T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

BUGÜNÜN ve TRANS-HÜMANİZMLE ŞEKİLLENEN GELECEĞİN TIBBINDA ADLİ ve KLİNİK ETİK DANIŞMANLIK: KANADA ve TÜRKİYE DÜZLEMİNDE ARAŞTIRMA

Gamze NESİPOĞLU

DANIŞMAN
Prof. Dr. Gökhan ORAL

II. DANIŞMAN
Prof. Dr. H. Nil SARI

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tıp Tarihi ve Etik Programı

Aralık, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Gamze NESİPOĞLU tarafından, **Prof. Dr. Gökhan ORAL** danışmanlığında hazırlanan ***"BUGÜNÜN ve TRANS-HÜMANİZMLE ŞEKİLLENEN GELECEĞİN TIBBINDA ADLİ ve KLİNİK ETİK DANIŞMANLIK: KANADA ve TÜRKİYE DÜZLEMİNDE ARAŞTIRMA"*** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **27/12/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr. Xxxx XXXX …… Üniversitesi ……Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Xxxx XXXX ..... Üniversitesi ..... Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Xxxx XXXX ..... Üniversitesi ..... Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Xxxx XXXX ..... Üniversitesi ..... Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Xxxx XXXX ..... Üniversitesi ..... Anabilim Dalı		☐ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Gamze NESİPOĞLU

(İmza)

Akademik rotama pusula olan mentorum Dr. Çağrı KALAÇA'ya ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

BUGÜNÜN ve TRANS-HÜMANİZMLE ŞEKİLLENEN GELECEĞİN TIBBINDA ADLİ ve KLİNİK ETİK DANIŞMANLIK: KANADA ve TÜRKİYE DÜZLEMİNDE ARAŞTIRMA

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

En zorlu sürecimde beni öğrencisi olarak kabul eden, klinik adli danışmanlık konusunu teze ekleyerek danışmanlık sacayağındaki eksiği tamamlayan, araştırma sürecimi akademik özgürlük içinde yürütmemi sağlayan danışman hocam Prof. Dr. Gökhan ORAL'a,
Akademiye adım attığım günden itibaren bana olan inancıyla hep yanımda duran, bilimselliği ile örnek olan ikinci danışman hocam Prof. Dr. H. Nil SARI'ya,
Tez izleme komitemde olmayı sorgusuz kabul eden, öğrenci merkezli yaklaşımı ve anlayışıyla süreci kolaylaştıran değerli hocam Prof. Dr. Gürsel ÇETİN'e,
Yardım elini koşulsuz uzatarak tezin idari sürecini engelsiz kılan, unvandan münezzeh insan değerini önceleyen, hocalığı ve insanlığıyla örnek olan Prof. Dr. İlhan ONARAN'a,
Sıfatlar üstü yaklaşımıyla adaleti ve insanı merkeze koyan, anlayışını ve desteğini esirgemeden sunan, her an ulaşılabilir olan Temel Bilimler Bölüm Başkanı'mız Prof. Dr. Matem TUNÇDEMİR'e,
Zorumu, kolay etmek için emek veren, her dem akademik ve insani olarak koşulsuz ve sorgusuz yanımda duran, değerli hocam ve ağabeyim Dr. Öğr. Üyesi Murat AKSU'ya,
Akademik ve insani açıdan varlığını, anlayışını ve desteğini sunmaktan kaçınmayan, psikiyatri tarihiyle ilgili çalışmalarıyla yoluma ışık tutan Doç. Dr. Fatih ARTVİNLİ'ye,
Hocalığını ve dostluğunu sıfatlar ve konumlarla sınırlamayan, akademik ve insani sohbetleri güvene dayalı ve keyifli kılan Doç. Dr. Mukadder GÜN'e,
Farklı değerlere saygısı ve farkındalığı ile akademik tartışmaları bilimsel, insani sohbetleri keyifli kılan, her çağrıda destek sunmaktan kaçınmayan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÖZDİNÇ'e,
Kanadan'dan Türkiye'ye desteğini ve yüreğini tevazuuyla sunan, etik değerleri duruşunda somut kılarak rol modelim olan, her zaman inanç duyan sözleriyle değerli ve umutlu kılan, tez sürecinde Fransızca dil yardımında titizlikle bulunan etik uzmanı ve Kanada Parlamentosu federal üyesi Dr. René VILLEMURE'ye,
Tezin zorlayıcı sürecinde sıkıntılarımı dinlemekten kaçınmayan, dostluğunu, desteğini ve anlayışını cömertçe sunan Dr. Erdal İNCE'ye,
Samimiyetinden bir an şüphe duymadığım, en karanlık yollara ışık tutan, en dar zamanlarda yükümü omuzlayan değerli dostum Jülide ÖNCEL'e,
Bu uzun yolda hep yanımda olan, inanç dolu sözleriyle en yorulduğum zamanlarda güç ve umut sunan değerli dostum Uzm. Tuğba GENÇER'e,
Anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen, yardımını ve tüm olanaklarını sorgusuz ve cömertçe sunan, en çözümsüz zamanlarda çözüm olan değerli ablam Uzm. Gönül ŞAHİN'e,
Kuşkusuz varlığımı olanaklı kılan, akademik yolculuğumda anlayış ve desteklerini koşulsuz sunan aileme,
Araştırmada değerli vakitlerini ve bilgilerini esirgemeden yardıma koşan Kanadalı ve Türkiyeli tüm katılımcılara
sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aralık 2022 Gamze NESİPOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....ii
BEYAN iii
İTHAF …….. iv
BÜTÇE DESTEKLERİ.....v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER…… ……vii
TABLO LİSTESİ xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xiii
ÖZET.....xvi
ABSTRACT xviii
1. GİRİŞ.....1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 5
2.1. Kavramsal Analiz…….... 6
2.1.1. Klinik Etik Danışmanlık ve İlgili Kavramların Analiz ……6
2.1.2. Klinik Adli Danışmanlık ve İlgili Kavramların Analizi……...17
2.1.3.Trans-hümanizm ve Trans-Hümanist Anlayışın Gelişmesinde Etkili Olan Kavramların Analizi…….....22
2.2. Tarihsel İzlek…….....…….....33
2.2.1. Klinik Etik Danışmanlığın "Soy Kütüğü"……33
2.2.1.1. Klinik Etik Danışmanlığın "Doğduğu ve Geliştiği Topraklar": Kanada ve Amerika ……..... 42
2.2.1.2. Avrupa Sağlık Sisteminde Klinik Etik Danışmanlığın Yer Edinmesi.....47
2.2.2. Klinik Adli Danışmanlığın "Soy Kütüğü"…….....50
2.2.2.1. Adli Tıp Anlayışının Geliştiği Topraklar…….51
2.2.2.2. Kanada'da Adli Tıbbın Kilometre Taşları ……56
2.2.2.3. Türkiye'de Adli Tıbbın Kökleri ve Gelişimi …….....59
2.2.3. Trans-Hümanizmin "Soy Kütüğü"…….....62
2.2.3.1. Trans-Hümanizmin Gelişiminde Yapay Zekânın Belirleyici Rolü……..69
2.2.3.2. Kuramsaldan Kurumsala Trans-Hümanizmin Kimlik Kazanma Süreci…… 71

2.3. Klinik Etik ve Adli Danışmanlıkta Yasal ve Etik Düzenlemelerin Önemi…….74
2.3.1. Klinik Etik Danışmanlık Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri …….....76
2.3.1.1. Klinik Etik Danışmanın Yetkinlik ve Yükümlülüklerine İlişkin Düzenleme Örnekleri…….76
2.3.1.2. Klinik Etik Danışmanlıkta Hizmet Sunulanlarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri…….....81
2.3.2. Klinik Adli Danışmanlık Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri ……84
2.3.2.1. Kanada'da Klinik Adli Danışmanlık Hizmeti Sunulacaklarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri…….....……...89
2.3.2.2. Türkiye'de Klinik Adli Danışmanlık Hizmeti Sunulacaklarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri…….....94
2.3.3. Klinik Etik ve Adli Danışmanın Geleceğin Tıbbı Bağlamında Başvurulabileceği Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri……...……107
2.3.3.1. Kanada'da Yayımlanan Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri……...116
2.3.3.2. Biyomedikal Mühendislik Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri……..….119
2.3.3.3. Türkiye'de Yayımlanan Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri……..……123
3. YÖNTEM……128
3.1. Gereç…….... 128
3.1.1. Alanyazın (Literatür)……..128
3.1.2. Nitel Araştırma Verileri…… 129
3.2. Araştırmanın Yöntemi……..129
3.2.1. Araştırmanın Türü ……..131
3.2.2. Evren ve Örneklem / Katılımcılar Çalışma Grubu……..132
3.2.3. Araştırmanın Etik Yönü……..135
3.2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları ……..136
3.2.5. Veri Toplama Araçları……137
3.2.6. Verilerin Toplanması……..138
3.2.7. Verilerin Çözümlenmesi……139
4. BULGULAR…….……...……...1281
4.1. Bugünün Tıbbı Kapsamında Edinilen Bulgular……142
4.1.1. Klinisyenler ile Yapılan Araştırma Bulguları……142
4.1.1.1. Klinisyen Katılımcıların Demografik Özellikleri……...143
4.1.1.2. Klinisyenlerin Etik İkilem ve Sorunlarla İlgili Deneyim Bulguları……144

4.1.1.3. Klinisyenlerin Tıbbi-Adli (Mediko-Legal) Sorunlarla İlgili Deneyim Sorularına Verdikleri Yanıtlar ve Bulgular……...169
4.1.2. Klinik Etik Danışmanlar/Konsültanlar ile Yapılan Araştırma Sonuçları……181
4.1.2.1. Klinik Etik Danışmanların Demografik Özellikleri……...182
4.1.2.2. Klinik Etik Danışmanın Sahip Olması Gereken Temel Bilgi ve Becerilere İlişkin Bulgular ……..185
4.1.2.3. Klinik Etik Danışmanların En Çok Danışmanlık Sundukları Etik Sorunlara İlişkin Bulgular……197
4.1.2.4. Klinik Etik Danışmanların Etik Karar Verme Sürecine İlişkin Yaklaşımları..204
4.1.2.5. Klinik Etik Danışmanların Adli Bilim/Tıp Uzmanlarıyla Olası İş Birliğine İlişkin Düşünceleri ……..217
4.1.2.6. Klinik Etik Danışmanlık ile Klinik Etik Komite Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular ……..227
4.1.3. Klinik Adli Danışmanlık Bağlamında Adli Bilimler ve Adli Tıp Uzmanlarıyla Yapılan Araştırma Bulguları……238
4.1.3.1. Adli Bilim ve Adli Tıp Uzmanlarının Demografik Özellikleri……239
4.1.3.2. Klinik Adli Danışmanlığın Mahiyetine İlişkin Bulgular…….241
4.1.3.3. Klinik Adli Danışmanın Sahip Olması Gereken Temel Bilgi ve Becerilere İlişkin Bulgular……254
4.1.3.4. Klinik Adli Danışmanlığa En Çok Gereksinim Duyulan Sorunlar ve Konulara İlişkin Bulgular ……...264
4.1.3.5.Tıbbi-Adli Sorunların Yargıya İntikal Etmeden Çözümüne İlişkin Yaklaşımlar…….293
4.1.3.6. Adli Bilim ve Adli Tıp Uzmanlarının Klinik Etik Danışmanlarla İş Birliğine İlişkin Düşünceleri ……304
4.1.4. Yeni Klinik Etik ve Adli Danışmanlık Modeline/Sistemine İlişkin Öneriler…..320
4.2. Geleceğin Tıbbı Kapsamında Edinilen Bulgular…….347
4.2.1. Biyomedikal Teknolojilerin Mahiyeti ve Etkilerine İlişkin Bulgular ……...348
4.2.2. Geleceğin Tıbbı ve Tıbbi Yaklaşımlarına İlişkin Ön Görüler……...357
4.2.3. Biyomedikal Teknolojilerin Geleceğin Tıbbında Hâkimiyeti: Olası Risk ve Faydaları; Kaygı ve Beklentiler …….....371
4.2.4. Biyomedikal Mühendislerinin "Daha İyi Bir Dünya" Tasarımı için Yasal ve Etik Açıdan Gereksinimleri ve Öncelikleri……..386
5. TARTIŞMA……402
5.1. Bugünün Tıbbında Klinik Etik ve Adli Danışmanlık Hizmetinin Önemi……...403
5.2. Geleceğin Tıbbında Klinik Etik ve Adli Danışmanlığın Olanaklılığı……..410
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 412
6.1. Sonuç……412

6.2. Öneriler……418
KAYNAKLAR.....426
EKLER 447
Ek-1: Klinisyenlere Yönelik Aydınlatılmış Onam Metni ve Soru Formu (TR)……..447
Ek-2: Klinik Etik Danışmanlara Yönelik Aydınlatılmış Onam Metni ve Soru Formu (ENG)……..449
Ek-3: Adli Bilimler ve Adli Tıp Uzmanlarına Yönelik Aydınlatılmış Onam Metni ve Soru Formu (ENG & TR)…….....451
Ek-4: Biyomedikal Mühendislerine Yönelik Aydınlatılmış Onam Metni ve Soru Formu (ENG & TR)……455
Ek-5: YODA Etik Karar Verme Algoritması …….……459
Ek-6: GREAT Etik Karar Verme Algoritması……460
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 461
ETİK KURUL İZİN YAZISI 462

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Klinik adli tıbbın çalışma alanları ……... 18

Tablo 2.2: Kanada tıp ve biyoloji mühendisliği topluluğu etik ilkeleri…… 121

Tablo 3.1: Klinisyen katılımcıların çalıştıkları uzmanlık alanları ……. 133

Tablo 4.1: Görüşme verileri değerlendirilen katılımcı gruplara ilişkin bilgiler ……... 141

Tablo 4.2: Klinisyen katılımcılara ilişkin demografik bilgiler ……. 143

Tablo 4.3: "Etik sorunlar" bağlamına ilişkin bulgular ……. 145

Tablo 4.4: "Etik ikilem" bağlamında ilişkin bulgular ……. 150

Tablo 4.5: "Etik ikilem ve sorunların nedenleri" bağlamına ilişkin bulgular ……. 154

Tablo 4.6: Klinik uygulamalarda iletişimin önemine değinen klinisyenlerin dağılımı ….. 158

Tablo 4.7: "Çözüme ilişkin yaklaşım ve öneriler" bağlamındaki bulgular …….. 163

Tablo 4.8: "Tıbbi-adli (mediko-legal) sorunların nedenleri" bağlamına ilişkin bulgular …. 169

Tablo 4.9: "Tıbbi-adli sorunlara yol açmamak amacıyla alınan önlemler" bağlamına ilişkin bulgular ……...……. 178

Tablo 4.10: Klinik etik danışmanlara ilişkin demografik bilgiler ……... 182

Tablo 4.11: "Klinik etik danışmanın sahip olması gereken bilgi" bağlamına ilişkin bulgular ……...……... 185

Tablo 4.12: "Klinik etik danışmanın sahip olması gereken beceri" bağlamına ilişkin bulgular …….. 192

Tablo 4.13: "En çok danışmanlık verilen etik sorunlar" bağlamına ilişkin bulgular …….. 198

Tablo 4.14: "Etik karar verme süreci" bağlamına ilişkin bulgular …….. 205

Tablo 4.15: "Klinik etik danışman-klinik adli danışman iş birliği" bağlamında edinilen bulgular …… 217

Tablo 4.16: "Klinik etik danışmanlık ile klinik etik komite karşılaştırması" bağlamında edinilen bulgular ……...… 227

Tablo 4.17: Katılımcı adli bilim ve adli tıp uzmanlarına ilişkin demografik bilgiler …….. 240

Tablo 4.18: "Klinik adli danışmanlığın mahiyeti" bağlamına ilişkin bulgular ……. 241

Tablo 4.19: "Klinik adli danışmanın sahip olması gereken nitelikler" bağlamına ilişkin bulgular …… 254

Tablo 4.20: "Klinik adli danışmanlığa en çok gereksinim duyulan sorunlar ve konular" bağlamındaki bulgular …….. 265

Tablo 4.21: "Yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunların çözümünde izlenen yol" bağlamına ilişkin bulgular ……. 294

Tablo 4.22: "Adli bilim ve adli tıp uzmanlarının klinik etik danışmanlarla iş birliğine ilişkin düşünceleri" bağlamında edinilen bulgular ……. 304

Tablo 4.23: "Yeni klinik etik ve adli danışmanlık modelinin yapısı ve işleyişi" ile ilgili bulgular …… 321

Tablo 4.24:"Biyomedikal teknolojilerin mahiyeti ve etkileri" bağlamına ilişkin bulgular .. 349

Tablo 4.25: "Geleceğin tıbbı ve tıbbi yaklaşımlarına ilişkin ön görüler" bağlamındaki bulgular …….. 357

Tablo 4.26: "Biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında hâkimiyeti: olası risk ve faydalar; kaygı ve beklentiler" bağlamındaki bulgular …… 372

Tablo 4.27: "Daha iyi bir dünya' tasarımında yasal ve etik gereksinimler ile öncelikli kılınması gerekenler" bağlamına ilişkin bulgular ……..…….. 387

Tablo 6.1: Yeni klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi ……. 419

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
H	**:** Hümanizm
H^+	**:** Trans-hümanizm / Humanity plus

Kısaltmalar	Açıklama
AAP	**:** American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
AB	**:** Avrupa Birliği
ABD	**:** Amerika Birleşik Devletleri
ACP	**:** American College of Physicians (Amerikan Hekimleri Koleji)
akt.	**:** Aktaran
Alm.	**:** Almanca
ANA	**:** American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
APA	**:** American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
ASBH	**:** American Society for Bioethics and Humanities (Amerikan Biyoetik ve İnsan Bilimleri Derneği)
BK	**:** Birleşik Krallık
bk.	**:** Bakınız
bs.	**:** Basım, baskı
CA	**:** Kanada
CBS	**:** Canadian Bioethics Society (Kanada Biyoetik Derneği)
CCE	**:** Centre for Clinical Ethics (Klinik Etik Merkezi)
CCHFA	**:** Canadian Council on Health Facilities Accreditation (Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konseyi)
CCNE	**:** Comité Consultatif National d'Ethique (Ulusal Etik Danışmanlık Komitesi)
CEC	**:** Clinical ethics committee
CFM	**:** Clinical forensic medicine (klinik adli tıp)

CMA : Canadian Medical Association (Kanada Tabipler Birliği)
CMK : Ceza Muhakemesi Kanunu
CMBES : Canadian Medical and Biological Engineering Society (Kanada Tıbbi ve Biyolojik Mühendislik Derneği)
CMPA : Canadian Medical Protective Association (Kanada Tıbbi Koruma Birliği)
CMUK : Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
CNA : Canadian Nurses Association (Kanada Hemşireler Birliği)
CTF : Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
çev. : Çeviren
DEÜ : Dokuz Eylül Üniversitesi
DJC : Department of Justice Canada (Kanada Adalet Bakanlığı)
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
DTB : Dünya Tıp Birliği
ed. : Edition (basım, baskı)
Ed. : Editör / Editor
Eds. : Editors (editörler)
Ens. : Enstitü, enstitüsü
et al. : ve diğerleri, ve arkadaşları
Fr. : Fransızca
GC : Government of Canada (Kanada Hükümeti)
HEK : Hastane Etik Kurulu
HMK : Hukuk Muhakemeleri Kanunu
IRB : Institutional Review Board (Kurumsal İnceleme Kurulu)
IRF : International Robot Fair (Uluslararası Robot Fuarı)
İng. : İngilizce
İÜ-C : İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
JCB : Joint Centre for Bioethics (Birleşik Biyoetik Merkezi)
KAD : Klinik adli danışmanlık
KED : Klinik etik danışmanlık
KEK : Klinik etik komitesi/komiteleri
MK : Medeni Kanun
MÖ : Milattan önce
MS : Milattan sonra

NBIC : Nano-Bio-Info-Cogno (Nanotechnology, Biotechnology, Information technology and Cognitive Science)
NHS : National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
p. : Page (sayfa)
PCCB : Pellegrino Center for Clinical Bioethics (Pellegrino Klinik Biyoetik Merkezi)
pp. : Pages (sayfalar)
RCP : Royal College of Physicians (Kraliyet Hekimler Koleji)
S : Sayı
s. : Sayfa
SB : Sağlık Bakanlığı
SBC : Society for Bioethics Consultation (Biyoetik Danışmanlık Derneği)
ss. : Sayfalar
T. : Türkçe
T.C. : Türkiye Cumhuriyeti
TCK : Türk Ceza Kanunu
TDK : Türk Dil Kurumu
TR : Türkiye
TRAI : Türkiye Yapay Zeka İnisiyatifi
trans. : Translator (çeviren)
TTB : Türk Tabipleri Birliği
vb. : ve benzeri, ve benzerleri, ve bunun gibi
vd. : ve diğerleri
WHO : World Health Organization
WMA : World Medical Association
WTA : World Transhumanist Association (Dünya Transhümanist Derneği)
Yay. : Yayını, yayınları
YZ : Yapay zekâ
YZS : Yapay zekâ sistemleri

ÖZET

DOKTORA TEZİ

Bugünün ve Trans-Hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Kanada ve Türkiye Düzleminde Araştırma

Gamze NESİPOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tıp Tarihi ve Etik Programı

Danışman : Prof. Dr. Gökhan ORAL

II. Danışman : Prof. Dr. H. Nil SARI

Tıbbın doğası, kliniğin yapısı, hastalığın belirsizliklere açık ve hastayla değerlerin farklı olması klinisyenin tıbbi kararında zorlanmasına, etik ikilem/sorun yaşamasına, tıbbi-adli sorunlara maruz kalmasına yol açmaktadır. Zorlandığı tıbbi kararlarda tıbbi danışmanlık/konsültasyon alabilirken, yaşadığı etik, etiko-legal ve/veya tıbbi-adli sorunlarda her klinisyenin başvurabileceği bütüncül danışmanlık sistemi bulunmamakta; iki parçası eksik bir sacayağı üzerinden hizmet sunmaya çalışmaktadır. Kanadalı klinisyenler etik ikilem/sorun yaşadığında kinik etik danışmanlık alabilirken, Türkiye'deki klinisyenler bu hizmetten yoksun kalmakta ve kendi bireysel çabalarıyla çözüm bulmaya çalışmaktadır. Yine, malpraktis iddiaları başta olmak üzere tıbbi-adli sorunların da öznesi olmakta, bu sorunlara da bireysel çözüm bulmaya veya kendisini mahkemede savunmaya çalışmaktadır.

Bu araştırma, bugünün ve geleceğin tıbbında yukarıda belirtilen eksikliği gidermek; etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara bütüncül çözüm sunabilecek bir danışmanlık sistemi geliştirmek amacıyla gerçekleştirildi. Öncelikle "ihtiyaç değerlendirmesi" yönünde Türkiye'den klinisyenlerle derinlemesine görüşme yapıldı ve klinisyenlerin tasarlanan danışmanlık hizmetine anlamlı ölçüde gereksinim duyduğu saptandı. Ayrıca, muhtemel bir danışmanlık sisteminin yapısı ve işleyişine dair önerilerine başvuruldu. Gereksinimi teyit etmek ve uyguladıkları danışmanlık sistemiye ilgili ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla Kanada'dan klinik etik danışmanlar da araştırmaya dâhil edildi. Etik destek sundukları vakalarla klinisyenlerin yaşadıkları etik ikilem/sorunlar ve nedenlerinin benzer olduğu tespit edildi. Danışmanlığın yapısına ve işleyişine dair bilgi edinildi ve tasarlanan sisteme/modele ilişkin önerileri alındı. Mediko-legal ve etiko-legal sorunların varlığını teyit etmek, çözüm çmerilerini

öğrenmek ve yeni sisteme ilişkin önerilerini almak için Kanada ve Türkiye'den adli bilim/tıp uzmanlarıyla görüşme yapıldı. Edinilen verilerden, belirlenen gereksinimi bütüncül olarak karşılayabilmek adına klinik etik ve adli danışmanlığa yeni bir kimlik kazandırmak gerekli görüldü ve her iki hizmetin yeni bir yapıda, bağımsız, çok disiplinli, ekip olarak, vaka özelinde ayrı veya gerektiğinde birlikte hizmet sunmasına dair yapısı ve işleyişi belirlendi. Gereksinim ve öneriler doğrultusunda kurumsal, sistematik sürdürülebilir klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi geliştirilmeye çalışıldı. Ayrıca söz konusu danışmanlık sisteminin küçük düzenlemelerle Kanada'da da uygulanabileceği saptandı. Öte yandan geleceğin tıbbında biyomedikal teknolojilerin paradigmayı değiştireceği ön kabulü, etik ve yasal açıdan ön görüyü de gerektirdiğinden "geleceğin tıbbının tasarımcıları" olarak addedilen biyomedikal mühendisleriyle de derinlemesine görüşme yapıldı. Kanada ve Türkiye'den biyomedikal mühendislerinin katılımıyla yürütülen araştırma sonunda klinisyen-klinik etik uzmanı-klinik adli tıp uzmanıyla iş birliği yapması, danışmanlık sistemine biyomedikal mühendislerinin/mühendisliğinin de dâhil edilmesi, geleceğin tıbbında muhtemel etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları önlemek adına etik ve yasal düzenlemelerin gerektiği ortaya konuldu.

Aralık 2022, 486 sayfa.

Anahtar kelimeler: Yeni danışmanlık modeli, bugünün tıbbı, klinik etik danışmanlık, klinik adli danışmanlık, geleceğin tıbbı, biyomedikal teknolojiler, trans-hümanizm

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

Forensic and Clinical Ethics Consultation for Medicine Today and in the Future Shaped by Transhumanism: A Research Conducted in Canada and Turkey

Gamze NESIPOGLU

Istanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of History of Medicine and Ethics

History of Medicine and Ethics

Supervisor : Prof. Dr. Gokhan ORAL

Co-Supervisor: Prof. Dr. H. Nil SARI

The nature of medicine, the quiddity of clinic, the fact regarding the disease bearing uncertainties, and different values of patients lead the clinician to have difficulties in his medical decision, face with ethical dilemmas/issues, and to be exposed to the medico-legal issues. While he can receive medical support/consultation for the medical decision that he has a difficulty, there's no any united consultation system provided ethical and/or medico-legal support together and in several to the clinician having ethical, ethico-legal and/or medico-legal issues; so, he attempts to work in a system based on a trivet without two legs. Although Canadian clinicians can take clinical ethics consultation when having/facing ethical dilemma/issues, the clinicians in Turkey are deprived of clinical ethics consultancy service, and so he attempts to find a solution with his own individual effort. The clinician could also be the subject of medico-legal issues, especially medical malpractice claims, again he tries to find individually a solution to the issues and allegations, and to defend himself in the court.

This research was carried out with the aim of making up the deficiency mentioned above medicine today and in the future, and to develop a new consultation system/model that can provide a holistic solution to the ethical, ethico-legal and medico-legal issues. For this aim, at first, the in-depth interview was conducted with the clinicians from Turkey to determine "needs assessment", and it was detected that they did significantly need this designed consultation service. In addition, their suggestions regarding the structure and process of the potential consultation system/model were received. To confirm that deficiency and evaluate the current consultation system conducted in the international conjuncture, Canadian clinical ethics

consultants were also participated to the research. It was determined that the ethical dilemmas/issues experienced by the clinicians and their reasons were similar to the cases that ethics consultants provided support. Information about the system and process/method of clinical ethics consultation was obtained, their suggestions regarding the designed system/model were received. To confirm the presence of ethico-legal and medico-legal issues, to learn their solutions for the issues and to get their suggestions about the new system, interviews were held with the forensic science/medicine experts from Canada and Turkey. By means of the data obtained from that part of the research, it was deemed necessary to gain a new identity to clinical ethics and forensic consultation in order to meet the deficiency holistically. A systematic, sustainable and an institutional clinical ethics and forensic consultancy model/system was attempted to be developed in accordance with the deficiency and recommendations. And also, it was determined that the consultation system above-mentioned could be implemented in Canada after minor adjustments. On the other hand, in-depth interviews were also conducted with biomedical engineers, considered as the "designers of future medicine", since the presupposition that biomedical technologies will change the paradigm in the future medicine, it also requires foresight in sense of ethics and law/forensic medicine. At the end of the research conducted with the participation of biomedical engineers from Canada and Turkey, it was recommended that collaboration a physician-clinical ethicist-clinical forensic medicine specialist with a biomedical engineer, a new consultation system including biomedical engineers/engineering, ethical and legal regulations, made in order to prevent the possible ethical, ethico-legal and medico-legal issues in the future medicine, are necessary.

December 2022, 486 pages.

Keywords: New consultation model, medicine today, clinical ethical consultation, clinical forensic consultation, future medicine, biomedical technologies, transhumanism

1. GİRİŞ

Klinisyenler, mesleklerini icra ederken, hasta/yakını ile değerlerinin farklı olması, çıkarlarının yarışması, temel iki etik ilkenin çatışması, etik ilkelerin ihlal edilmesi ve iletişim hataları gibi nedenlerle etik sorun yaşayabilmektedir. Bu sorunlar, hasta-hekim ilişkisinin zedelenmesine, hekime duyulan güvenin sarsılmasına, hastanın değer, tercih ve haklarının yok sayılmasına, hekimin karar vermekte zorlanmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca, bu sorunların çözümsüz bırakılması hastaya tedavi ve bakımın gereğince sunulmaması, klinisyenin yasal sorumluluğunun doğması, uzantısı olarak tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiası ile itham, şikâyet ve dava edilmesine yol açmaktadır. Öte yandan tıbbın doğası gereği kesinlik sunamaması ve sunulan tedavinin ön görülen risklere (komplikasyon) açık olması, hastanın ise bu riskleri "hekim hatası" olarak değerlendirmesi malpraktis iddialarını beraberinde getirmektedir. Ne var ki, hekim de yoğun iş yükü, sistem hataları, fiziki olanaksızlıklar, iletişim hataları, etiko-legal sorunlar ya da bizzat özensizliği nedeniyle hastaya zarar verebilmektedir. Malpraktis iddialarının ve tıbbi-adli sorunların çözümsüz bırakılması ise hekimin üst mercie şikâyet edilmesine veya dava açılmasına neden olmaktadır. Bu davaların doğrudan hasta, klinisyen ve sağlık kurumuna, dolaylı olarak da yargı sistemine, devlete ve topluma bedeli ise kaçınılmazdır. Nitekim klinik etiğe yönelik ilk çalışmaların 1960'lı yılların sonlarında Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bu sorunlara çözüm bulmak amacıyla başladığı görülmektedir. Bu çalışmaların yapılmasına yol açan başat unsurlar ise klinik uygulamaların zor ve değer temelli yapısı, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin tıbbi uygulamalarda ortaya çıkardığı sorunlar ve bu sorunların yasal ve toplumsal boyutta tartışılması olmuştur (Fletcher & Brody, 2004). Ancak klinik etik danışmanlığa ve danışılacak bir yapıya ilk kez Kanada'nın Katolik sağlık kurumlarında gereksinimin duyulduğu bu bağlamda etik danışmanlık anlayışına dair tohumların ilk kez Kanada'da atıldığı, kurumsal kimliğini ise Amerika'da kazanmaya başladığı ileri sürülebilir. Kanada'da klinik etik komitelerin yanı sıra başlangıçta salt etik danışmanlık hizmeti vermek amacıyla kurulan "klinik etik servisi" de danışmanlık bağlamında önem arz etmektedir (CCE, 2019). Kaldı ki klinik etik danışmanlığın tanımı da hizmetin nihai amacını ortaya koymaktadır. Tarzian (2013: 3) tarafından yapılan "sağlık hizmetlerinde değer yüklü kaygılarla ilgili olarak ortaya çıkan belirsizlik ya da çatışmaya çözüm arayan hasta, hastanın ailesi, temsilcisi, sağlık hizmeti

sunanlar veya ilgili diğer tarafların sorularını yanıtlayan bir uzman ya da grup tarafından sunulan bir dizi hizmet" tanımda olduğu gibi.

Klinik adli tıp ise adli sistemler kapsamında özel gereksinimleri bulunan ve hayatta olan kişilere (mağdurlara) klinik bilgi ve becerilerin klinik ortamda uygulanmasını ifade etmektedir. Bu bağlamda klinik adli tıp, hayatta olan kişilerle ilgili tıbbi-adli olguların incelenmesi ve tıbbi bulguların değerlendirilmesini içermektedir (Pollak & Saukko, 2000). Klinik adli tıbbın tanımında dikkat çeken husus, tıbbi-adli incelemenin "hayatta olan" hastalar ya da mağdurlarla ilgili olması ve değerlendirmenin klinik ortamda yapılmasıdır. "Klinik adli tıp" kavram ve yaklaşımının bilinir kılınmasındaki temel unsurun ise insan hakları ve sivil özgürlüklerin küresel konjonktürde önem kazanması ve buna karşın ihlaliyle ilgili farkındalığın son zamanlarda artması olduğu görülmektedir (Payne-James, 2005). Öte yandan 1980'li yıllarda Cleveland'da çocuk istismarı incelemelerinde hekimlerin yaptıkları hataların ifşa edilmesi ve bu hataların uzmanlaşma eksikliğinden kaynaklandığının ortaya konulması da klinik adli tıbbın gelişiminde önemli rol oynayan unsurlar arasında yer almaktadır (Butler-Sloss, 1988). Adli tıbbın klinik boyutuna işaret eden klinik adli tıbbın uygulayıcısı olan klinik adli tıp uzmanının danışmanlık sunduğu vakaları; tıbbi uygulama hataları (malpraktis), şiddet, cinsel istismar, çocuk ve yaşlı istismarı, insan hakları ihlalleri oluşturmaktadır (DEÜ, 2020). Bu noktada kötü muamele, tıbbi uygulama hatası, hastanın faydasına olmayan bir tedavide veli/vasinin ısrarı, faydasına olan tedavinin reddi, hukuki ehliyetin belirlenmesi, şiddet ve cinsel istismar gibi adli-tıbbi açıdan sorunlu vakalarda hekime danışmanlık verilmektedir (Özkara, 2020). İlaveten, hasta/hasta yakını ile sağlık çalışanı arasında yaşanan anlaşmazlıklarda karmaşık tıbbi konuların anlaşılır bir şekilde açıklanarak çatışmanın çözülmesi, çatışmalı olgularda olgu yönetimi konusunda hekime yardım edilmesi de söz konusudur. Uzman tanıklığı, süren davalarda tıbbi açıdan hastaya destek verilmesi, mahkemeye görüş raporu sunulması gibi konularda da klinik adli danışmanlık hizmeti verilmektedir (Yorulmaz MedikoLegal, 2020). Gerek kapsamından gerekse ortaya çıkış nedenlerinden anlaşılacağı üzere klinik adli danışmanlık hizmetinin nihai amacı; klinikte ortaya çıkan tıbbi-adli ve etiko-legal sorunlara çözüm üreterek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve tıbbi-adli vakalarda yargı sistemine yardımcı olmaktır. Her iki danışmanlığın hem kendi özel alanında ayrı ayrı hem de vaka özelinde birlikte sunulmasının hasta, hekim ve sağlık kurumuna doğrudan; yargı sistemi ve topluma da dolaylı olarak önemli katkıları bulunmaktadır.

Klinik etik danışmanlık, doğduğu topraklar olan Kanada'da sağlık sisteminin önemli bir parçası olarak uygulansa da Türkiye'de hâlihazırda kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir

nitelikte varlık göstermemektedir. Klinik adli danışmanlığın ise her iki ülkede sınırlı sayıda yürütüldüğü görülmektedir. Üstelik klinik etik ve adli danışmanlık hizmetlerinin salt günümüzde değil, ileri biyomedikal teknolojilerle şekillenecek geleceğin tıbbında da gerekli olduğu ön görülebilmektedir. Zira günümüzde genetik çalışmalar, elektronik hasta kayıtları, tele-tıp gibi uygulamalar mahremiyetin ihlali gibi etik ve tıbbi-adli sorunları da beraberinde getirmektedir. Yine, işlevini kaybeden organ ve uzuvların sentetik biyoloji aracılığıyla yeniden üretilmesi, hücre ve DNA üzerinde yapılan değişiklikler, kök hücre transferi, genetik şifrelerin çözümlenmesi gibi biyomedikal teknolojilerle yapılan çalışmalar insanın gelişimine hizmet ederken, varoluşsal, yasal ve etik açıdan kaygı ve sorunlara da yol açmaktadır (Debnath et al., 2010). Zira yapılan çalışmalarla insanın daha uzun, daha engelsiz ve daha sağlıklı yaşama arzusunun yanı sıra biyolojik sınırlarının ve engellerinin kaldırılması, yani "insanın geliştirilmesi"nin (*human enhancement*) hedeflenmesi bu sorunların kaynağı olarak görülmektedir. Biyomedikal teknolojilerle yapılan uygulamalar ve insanın geliştirilmesi de akla bu teknolojilerin felsefi tezahürü olan trans-hümanizmi getirmektedir. Bu argüman, Porter tarafından da trans-hümanizm tanımında ileri sürülmektedir. Zira ona göre, trans-hümanizm engelleri kaldırıp biyolojik sınırlılıkları aşarak, insanın gelişimini sağlayan "biyodönüştürücü" teknolojilerin kullanımından doğan mevcut ve olası (biyo)etik sorunları irdeleyen entelektüel ve sosyopolitik harekettir (Porter, 2017). Porter, tanımında trans-hümanizmin insani, kültürel, ekonomik ve sosyopolitik açıdan dönüştürücü etkisine de dikkat çekmektedir. Tıbbın, bu dönüşümün dışında kalamayacağı ve tıpta paradigma değişikliğinin kaçınılmaz olduğu bu tanımdan da anlaşılmaktadır. Dolayısıyla klinisyenin bugünün tıbbında yaşadığı ve paradigması değişecek olan geleceğin tıbbında yaşaması muhtemel sorunların çözümüne yönelik çalışmaların yapılması elzem görülmektedir. İşte, bu nedenle araştırmada hem günümüzde etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümüne yardımcı olacak hem de geleceğin tıbbında bu kapsamda yaşanması muhtemel sorunlara ilişkin ön görüde bulanarak, önleyici çözümler sunacak yeni bir klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi geliştirmek amaç edinilmiştir.

Geliştirilmesi amaçlanan yeni klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemine yönelik olarak öncelikle bugünün tıbbı bağlamında "ihtiyaç değerlendirmesi"ne gidilmiş ve Türkiye'den etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların en çok yaşandığı alanlardan klinisyenlerle (14) derinlemesine görüşme yapılmıştır. Hizmet sunanlardan mevcut durumu, danışmanlık kapsam, işleyiş ve yöntemini dair bilgi edinebilmek amacıyla da Kanada'dan klinik etik danışmanlar (14) ve her iki ülkeden adli bilim/tıp uzmanlarının (26) görüşlerine başvurulmuştur. Belirtilen amaç doğrultusunda ve geleceğin tıbbı bağlamında ise yine her iki

ülkeden “geleceğin tıbbının tasarımcıları” olarak anılan biyomedikal mühendisleri (26) ile derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın konusu gereği sadece Türkiye’de yürütülmesinin, hizmet sunanlar bağlamında klinik etik danışmanlık ayağını eksik bırakacağı, klinik adli danışmanlık ayağını ise tek yönlü kılacağı düşüncesi ikinci ülkeye yönelimin başlıca gerekçesi olmuştur. Nitekim salt bir toplumda (ülkede) yaşanan sorunların, nedenlerinin, çözümünün ve mevcut durumun o topluma özgü olup olmadığını saptamak, başka bir toplumla karşılaştırmayı gerektirmektedir. “Başka bir toplum” olarak Kanada’nın seçilmesinde ise klinik etik danışmanlık anlayışının tohumunun atıldığı topraklar olması, bu hizmetin günümüzde sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olması, klinik adli danışmanlık hizmetinin çok yeni ve sınırlı olması, çok kültürlü bir toplum olması belirleyici olmuştur.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Klinik etik ve klinik adli danışmanlık hizmetinin nihai amaçları klinikte ortaya çıkan tıbbi-adli ve etik sorunlara çözüm üreterek, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve tıbbi-adli vakalarda yargı sistemine yardımcı olmaktır. Söz konusu amaçlara ulaşma yolunda klinikte hasta, hasta yakını, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında yaşanan tıbbi-adli ve etik sorunların çözümünde aktif rol alınmakta ve hayatta olan kişilerin mağduriyetinin söz konusu olduğu/iddia edildiği tıbbi-adli boyuttaki vakalarda mahkemeye doğru kanıtlar, hukuka ve etiğe uygun görüşler sunulmaktadır. İlaveten tıbbi-adli ve/veya etik sorunlara yol açabilecek hasta-hekim anlaşmazlığında arabuluculuk yapılmakta, sağlık çalışanı hakkında sağlık kurumuna yapılan tıbbi uygulama hatası şikâyetleri giderilmektedir. Böylece tıbbi-uygulama hatası iddialarında yapılan tıbbi-adli ve etik analizlerle gereksiz davaların önüne de geçilmektedir. Gereksinime göre ayrı ayrı ve gerekli hallerde birlikte sunulabilecek olan klinik etik ve adli danışmanlık hizmetiyle tıbbi-adli-etik risk analizi yapılarak hizmet kalitesinin artırılmasında sağlık kurumuna da destek verilmektedir. Her iki danışmanlığın gerek kendi özel alanında gerekse birlikte amaç ve hedefleri uyarınca hasta, hekim, sağlık çalışanı, sağlık kurumu ve yargı sistemine doğrudan, topluma ise dolaylı olarak önemli katkıları bulunmaktadır. Klinik etik danışmanlık, doğduğu topraklar olan Kanada'da sağlık sisteminin önemli bir parçası olarak uygulansa da Türkiye'de hâlihazırda kurumsal ve yapısal nitelikte varlık göstermemektedir.

Klinik adli danışmanlığın ise her iki ülkede sınırlı sayıda yürütüldüğü ve alt uzmanlık alanı olarak yeni olduğu görülmektedir. Üstelik klinik etik ve adli danışmanlık hizmetlerinin salt günümüzde değil, ileri biyomedikal teknolojilerin şekillenecek geleceğin tıbbında da gerekli olduğu öngörülebilmektedir. Zira işlevini kaybeden organ ve uzuvların sentetik biyoloji aracılığıyla yeniden üretilmesi, hücre ve DNA üzerinde yapılan değişiklik, kök hücre transferi, genetik şifrelerin çözümlenmesi gibi biyomedikal teknolojilerle yapılan çalışmalar insanın gelişimine hizmet etmekte bu noktada "insanın biyoteknoloji ile dansı" olarak addedilen trans-hümanizmin nihai hedefiyle örtüşmektedir. İnsanın biyolojik sınırlarının ortadan kaldırılarak özgürleşmesinde biyomedikal teknolojilerin belirleyici rolü trans-hümanizmin tıpla olan içkinliğine işaret etmektedir. Felsefe, biyoloji, mühendislik, (nano)teknoloji ve hukuk başta olmak üzere birçok disiplinle olan yakın bağına karşın, insan gelişimindeki şekillendirici özelliği ile tıp ile trans-hümanizm bağlantısı ele alınmayı gerektirmektedir.

Bu bölümde, yukarıda ifade edilen gerekçelerle belirlenen tez konusuyla bağlantılı olarak öncelikle klinik etik danışmanlık, klinik adli danışmanlık ve trans-hümanizmin neyi ifade ettiği, mahiyeti, içeriği ve kapsamı ilgili kavramların analizleriyle ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Her iki danışmanlığın ve trans-hümanizmin tarihsel izleği; bu anlayışları ortaya çıkaran unsurlar ve varoluş sürecinde belirleyici olan koşullar geçmiş-bugün-gelecek bağı kurularak incelenmektedir. Böylece klinik etik ve adli danışmanlığın önemi, günümüzde ve gelecekte gerekliliği dünün deneyimlenen olguları ile gerekçelendirilmektedir. Teknolojinin felsefi tezahürü olan trans-hümanizmin ortaya çıkışı da teknoloji tarihi üzerinden ele alınmakta, bu yolla biyomedikal teknolojilerin hâkim olacağı geleceğin tıbbını niçin trans-hümanizmin şekillendireceği savımız da yine geçmişin mirasıyla temellendirilmektedir. Ayrıca hem her iki danışmanlığın bugünün ve geleceğin tıbbında bağımsızlığını ve gerekliliğini haklı çıkarabilmek hem danışmanların mesleki, hukuki ve etik yükümlülüklerine işaret edebilmek hem de danışmanlık sürecinde alınacak karara, çözüm önerisine ve hazırlanacak görüşe ışık tutabilmek amacıyla ilgili etik ve hukuki düzenlemeler ele alınmaktadır. Belirtilen konular tüm bölümlerde Kanada ve Türkiye bağlamında ayrı ayrı ve karşılaştırmalı olarak incelenmektedir.

2.1. KAVRAMSAL ANALİZ

Kavramın, anlamın kapısı olduğu düşüncesi herhangi bir olgu, sav ya da yaklaşımın mahiyetinin ortaya konulmasında öncelikle kavramsal analizin yapılmasını gerekli kılar. Zira ilgili olgu, sav ya da yaklaşımın ne ifade ettiği ve bunların gelişiminde rol oynayan kavramların ne olduğu bilinmeksizin, üzerine yapılacak yorumlar ve üretilecek savlar belirsiz kalır. Bu nedenle klinik etik danışmanlık, klinik adli danışmanlık, trans-hümanizm ve ilgili kavramların öncelikle ne ifade ettiği ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Nitekim ancak bu şekilde çalışmanın ilerleyen bölümleri, mahiyeti, amacı ve hedefleri daha anlaşılır kılınabilecek, kavramdan anlama ulaşılabilecektir.

2.1.1. Klinik Etik Danışmanlık ve İlgili Kavramların Analizi

İnsanın sosyal varlığını, parçası olduğu toplumun ve/veya topluluğun düzeniyle olanaklı kılan, davranış biçimini şekillendiren ve diğer üyelerle ilişkilerini düzenleyen olgusal ve törel norm ve değerler "ahlak"ı oluşturmaktadır. Bu bağlamda **"ahlak"**; belli bir süreçte oluşan, bir toplumun/topluluğun üyelerini bağlayıcı kılıp içselleştirilerek, törel nitelik kazanan ve o topluma/topluluğa "koruyucu sınırlar çeken" kural ve değerler kümesi olarak tanımlanabilir.

Ahlakın, insanın sosyal varlığının yanı sıra belli bir toplumun/topluluğun mahiyetinin esası olarak değerlendirilmesi Pieper'in (2012: 9) şu tümcesinde karşılığını bulmaktadır: "Ahlaklar ve bunların pratiği düzenleyen normları, üyeleri eylemleriyle birbirine bağlanmış bir topluluğun kültürel düzlemde kendini kavrayışının ve kendini anlayışının bir parçasıdır" (Pieper, 2012). Dolayısıyla ahlakın, "iyi" ve "kötü" davranışlara ilişkin sosyal uzlaşma alanı olması onun, mahiyeti gereği, toplumdan topluma farklılık göstermesinin kaynağını oluşturmaktadır (Cevizci, 2002). Öte yandan, özellikle günümüzde iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle insan ilişkilerinin sınırlar ötesi düzleme taşınması ve çoğulcu yapıda sürdürülmesi "insan-insan ilişkisi"nin çok kültürlü ve sınırlarüstü nitelik kazanmasını sağlamaktadır. İlişkinin çoğulcu niteliği daha çok kişi arasında uzlaşma sağlayan ve görecelilikten küreselliğe evrilen norm ve değerleri gerektirmektedir. Bu noktada etiğe gereksinim duyulmaktadır ki "dünya etiği" olarak da addedilen "evrensel etik"; "kültürlerin ayırıcı engellerini" ortadan kaldırarak, "uluslarüstü norm ve değerler"lerin birleştirici ve çoğulcu yapısına olanak sunmaktadır (Pieper, 2012). Zira **"etik"**; ahlaki yargıları çözümleyen, o yargılara nasıl varıldığını, "iyi"nin niçin iyi, "kötü"nün ise niçin kötü olarak değerlendirildiğini "kuramsal gerekçeleri" ile ortaya koyan, norm ve değer üreten, kabul edilmeyen norm ve değerleri değiştiren felsefi düşünüşü ifade etmektedir. Bu nedenle kısaca "ahlak felsefesi", "ahlak bilimi" ya da "teorik ahlak" olarak da anılmakta böylece "genelliği" ve "argümantatif yapısı" da vurgulanmaktadır (Oğuz, 2001). Ahlak ve etik kavramlarına ilişkin semantik (anlam bilimsel) ayırım aynı zamanda her iki kavramın kullanım alanlarının farkını da ortaya koyar. Bu içkin farka karşın, her iki kavramın zaman zaman birbirinin yerine kullanılması da söz konusu olup, anlam karışıklığına yol açar.

Eyleme ahlaki nitelik, eyleyene de "ahlaki yetkinlik" kazandıran "iyi"nin akılla istenmesi ve "eylemin ilkesi" olarak kabul edilmesi, ahlaki norm ve değerlerin düşünsel zeminde sorgulanıp içselleştirilmesi anlamına gelen **"ahlakilik"** de ancak etikle olanaklı kılınmaktadır. Nitekim Singer'ın (2015: 31) "[e]tik standartlara göre yaşamak nosyonu, kişinin yaşadığı tarzı savunması, ona bir sebep sunması, haklı göstermesi nosyonuyla da denk düşüyor" ibaresi de etiğin, insanı özgür kılarak ahlakiliğe olanak sunan özelliğine işaret etmektedir (Singer, 2015). Zira "iyi" eylemin nesnel ve evrensel mahiyeti ile akılcı temellendirilişinin, eylemi etik açıdan haklı çıkarılabilir, eyleyeni de savunu gerektiren öznellikten ya da haklı çıkarılması güç dogmatizmden arındırıp özgür kıldığı ileri sürülebilir.

Etiğin ahlak felsefesi ve "ahlakiliğin bilimi" olarak kuramsal niteliğinin vurgulanmasına karşın, "iyi"ye ulaştıran eyleme ve eyleme götüren karara yol göstermesi nedeniyle "**pratik etik**" olarak adlandırılması gerektiği de ifade edilmektedir. Bu anlayış özellikle II. Dünya

Savaşı sonrasında Nazi Almanyası'nın "yaşamaya değer bulmadığı" insanlar üzerinde "bilime katkıda bulunmak" amacıyla yaptığı deneylerden sonra gelişmiştir. İnsan türünü diğer türlerin karşısında "üstün kılan içkin değeri", yaşamın kutsallığı, ötanazi ve kürtaj gibi "pratik" sorunların felsefi belirsizlik ve etik ikilem barındırması bu anlayışa dayanak oluşturmaktadır. Ayrıca yapılan etik akıl yürütmenin pratiğe (eyleme) ilişkin bir kararı gerektirmesi de "pratik etik" kavramının ortaya çıkış esasları arasında yer almaktadır. Bahsi geçen kavramla pratik vurgularken, etiğin akla dayalı düşünsel boyutu göz ardı edilmemekte ve etik akıl yürütme pratiği gerekçelendirmek için elzem kılınmaktadır. Kaldı ki "evrensel etik yargı"lara da ancak bu şekilde ulaşılabilmektedir (Singer, 2015). Pratik etik ile eş anlamlı olarak kullanılan bir diğer kavram ise "**uygulamalı etik"**tir. Bu kavram etik kuramların genel anlamda ırkçılık, cinsiyetçilik, insan hakları ihlalleri; özel anlamda ise yaşamın başlangıcı ve sonu gibi sorunlu konulara uygulanarak çözüm üretmesi anlamına gelmektedir. Uygulamalı etik, kısaca, hukuk ve siyaset gibi sorunlu alanların meselelerine de ışık tutan "bilgisel etkinlik alanı"nı ifade etmektedir. Bu bağlamda "çözüme dayalı kuralların formülasyonu" olarak da adlandırılan uygulamalı etik, mesleğin ifasında meslek mensuplarının etik açıdan davranışlarını şekillendiren ve ilişkilerini düzenleyen norm, ilke ve değerler de üretmektedir (Cevizci, 2013). Bu noktada pratik etik veya uygulamalı etik kavramlarının salt **"vaka etiği"** bağlamında belli bir alanda etik açıdan sorunlu konulara çözüm sunmadığı, aynı zamanda ilgili alana özel değerler ürettiği de anlaşılmaktadır. İlgili alanda varlık gösteren kişilerin "iyi" eylemde bulunmaları amacıyla etik değer, kural ve ilke üreten düşünsel bir alt disiplin olduğu görülmektedir. Kavramsal tasımdan etiğin uygulama ya da pratiği (eylemi) düzenlemeye yönelik boyutunun vurgulanması, epistemolojik ve kuramsal mahiyetinin göz ardı edilmesi olarak değil, yaşamın etik açıdan sorunlu noktalarına çözüm bulması, eyleme ilişkin yargıları belirlemesi ve eyleme yön vermesi olarak da değerlendirilebilir.

Pratik ya da uygulamalı etik kapsamında "en sorunlu" alanlar arasında yer alan alt disiplinlerden biri de **"biyoetik"**tir. Kavram; etimolojik (köken bilimsel) olarak Yunanca "yaşam", "canlılık" ve "yaşama gücü (dirim)" anlamlarına gelen "*bios"* (*bíoς*) sözcüğü ile etik kavramına karşılık gelen "*ithikí"* (*ηθική*) sözcüklerinin birleşiminden türemiştir. Semantik olarak "yaşam ve canlılık biliminin etiği"ni ifade eden biyoetik kavramı, canlılık özelliği taşıyan tüm varlıklarla ilgili yaşam bilimlerinde ortaya çıkan değer sorunlarını inceleyen alt alan olarak tanımlanabilmektedir (Tepe 2016; Aşar, 2017). Ancak biyoetik kavramının Callahan (2004: 280) tarafından insan yaşamını ve yaşamın niteliğini artırmaya yönelik çalışmaları belirtmek amacıyla kullanıldığı öne sürülmektedir (Callahan, 2004). Buna karşın,

en daraltılmış anlamıyla biyoetik, tıbbın uğraş alanında ve insan üzerinde yapılan klinik ve insan-dışı araştırma nesnelerini de kapsayan biyomedikal araştırmalarda ortaya çıkan etik ikilem/sorunlar ve bu sorunlara ilişkin ilke, norm ve değerleri içeren "**biyomedikal etik"** kavramına indirgenmektedir (Walker, 2006). Öte yandan "biyoetiğin öncü ve kurucu isimleri"nden Amerikalı felsefeci Daniel John Callahan (1930-2019), biyoetiğin alanı genişledikçe ilgili sorunların da çeşitlilik ve artış gösterdiği bu nedenle çok disiplinli çalışmalara ve birden çok yönteme gereksinim duyduğunu da savunmaktadır. Bu doğrultuda biyoetiği, aralarındaki sınırlar geçişken olsa da içerik ve yöntembilim farkına dayalı olarak dört araştırma alanına ayırmaktadır. Bu ayırıma göre temel araştırma alanlarını "teorik/kuramsal biyoetik" (*theoretical bioethics*), "düzenleyici ve politika üretici biyoetik" (*regulatory and policy bioethics*), "kültürel biyoetik" (*cultural bioethics*) ve "klinik etik" (*clinical ethics*) oluşturmaktadır[1]. Biyoetiğin araştırma alanlarından biri olan "**klinik etik";** klinikte ortaya çıkan değer sorunlarını, etik ikilemleri ve çıkar çatışmalarını, ilgili anlaşmazlık ve belirsizlikleri inceleyerek, "yatak başı etik kararlar" gerektiren alt disiplindir. Her bir hastayla ilgili kararın farklı ve her bir vakanın "biricik" olması nedeniyle tikel kararları kapsamaktadır. Diğer ifadeyle düzenleyici (politika üretici) biyoetiğin aksine, vaka türlerine dair tümel kararlarla değil, her bir vakaya özgü tikel kararlarla ilgilenmektedir (Callahan, 2004). Klinik etik; tanı ve tedavi sürecinde ortaya çıkan değer sorunları ve belirsizliklerden oluşan etik ikilemlerin, hasta/yakını ile hekim ve/veya diğer sağlık çalışanları arasında yaşanan çıkar çatışmalarının ve etik karar vermeyi gerektiren sorunların çözümünü konu edinmektedir (Aydın, 2006). Klinik etikte dikkat edilmesi gereken husus ise etik açıdan sorunlu olan her bir vakanın ayrı ayrı incelenmesi değil, tümünün ortak noktada birleştiği değer çatışmalarının irdelenmesi ve çözümlenmesidir. Zira klinik etik, vaka etiği bağlamında, değer çatışmalarını içeren etik sorunlar temelinden yükselen tıp etiğinin alt disiplini olarak etik sorunların analizine yönelik algoritmaları, etik akıl yürütme yöntemlerini, karar verme sürecini ve karara bağlı uygulamayı (eylemi) içermektedir. Bu noktada klinik etik, tıp etiğinden ayrılarak özerk bir nitelik kazanmaktadır (Oğuz, 2001). Dolayısıyla klinik etik; aydınlatılmış onam, incinebilir/hassas grupların karar verme kapasitesi, Alzheimer ve Demans hastalarına ilişkin kararlar, hastanın mahremiyeti ve gizliliği, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, yaşamın sonu ve başlangıcı gibi konulara odaklanmaktadır (Fletcher, 2004).

[1] Adı geçen dört alandan tez konusu gereği sadece klinik etik kavramı ele alınmaktadır.

Vaka etiği bağlamında **klinik etikte akıl yürütme** ve **karar verme** sürecinde etik ikilem/sorunun çözümüyle birlikte yapılacak tercihte ve verilecek kararda "hastanın en yüksek yararı"nın gözetilmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda tıp etiğinin "en az değer harcayan ya da en çok değer koruyan" amacıyla koşutluk göstermektedir (Oğuz, 2001). Zira hastanın "en yüksek yarar"ı; yaşamına, yaşamın niteliğine ve değerlerine işaret etmektedir. "En çok değerin korunması", hastanın yaşamına yön veren unsurların dikkate alınması ve kararın hastanın değerlerine uygun verilmesi anlamına gelmektedir. Nitekim "**değer"**; insanın kişiliği, duygu, düşünce ve inancını şekillendiren, eylemini yönlendiren ve ilişkilerini düzenleyen olgusal ölçüt ve yargıyı ifade etmektedir (Doğan, 2010). Klinik etik açısından değer, kliniğin içkin değeri olup, tüm tıbbi ve etik karar verme süreçlerinde bulunmaktadır. Etik karar verme ise genel olarak karşılaşılan etik ikilem ya da sorunun varlığına dolayısıyla yapılan bir tercihe işaret etmektedir.

"Sorun" (problem) sözcüğü, irdelenmesi ve üzerine "düşünüp, sonuca bağlanması" gereken sıkıntılı bir durum anlamına gelmektedir. Koşut olarak "**etik sorun"** kavramı da etik açıdan "iyi" olması ile ilgili şüphe, belirsizlik ya da karşı çıkışların olduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla çözüm yolunda yapılan bir tercihi ya da kararı da içermektedir (Özlem, 2016). Önem arz eden nokta ise etik sorun ile etik ikilem ayırımına ilişkin olup, bu noktada iki karşıt görüş saptanmıştır. Bir görüşe göre etik sorun içerik olarak etik ikilem ve etik ihlali de kapsamakta, bu noktada karar ya da eylemin "iyi" olarak değerlendirilmesindeki belirsizlikten ya da etik açıdan "iyi" olarak kabul edilene aykırılıktan ortaya çıkmaktadır (Yıldırım & Kadıoğlu, 2007). Diğer taraftan, etik sorun ile etik ikilemin kesin çizgilerle ayrılması gerektiği, bu ayırımın salt semantik bir mesele değil, aynı zamanda içerik ve çözüm açısından uygulamaya yansıması gerektiği de ifade edilmektedir. Bu görüşe göre etik sorun, klinikte etik kod, norm, ilke ve değerlere başvurularak çözümlenebilen etik açıdan sorunlu durum olarak açıklanmaktadır. Etik sorun yaşandığında çözüme ulaşma, sorunun herhangi bir çatışmadan kaynaklanmaması nedeniyle mümkün görünmektedir.

Ne var ki **"etik ikilem"**[2] iki ilkenin ya da değerin kendi arasında çatıştığı, etik ilke veya kurallarla "çıkar yol"un kolaylıkla bulunamadığı, etik açıdan girift bir durum (Bartlett, 2016). Etik ikilem; karar verirken birbirine yakın değerde olan ilke ve kurallardan birini seçerken

[2] **İki-lem:** Sözcük anlamı eşdeğerde "iki" seçenek arasında tercih yapmayı gerektiren durum. "İki seçeneğin de olumsuz sonuçlanacak olması". Bir önermenin hem yanlışlanabilir hem de doğrulanabilir olması durumu. Örneğin; iki önermeden A'nın hem insan, hem de insan olmaması tasımı (TDK, n.d., *İkilem*, Türk Dil Kurumu, http://sozluk.gov.tr/?q=ikilem, Ziyaret tarihi: 19 Ekim 2018).

diğerine aykırı olmaya ya da aynı önemde olan iki değerden birini seçmek zorunda kalmaya işaret etmektedir (Özlem, 2016).

Dolayısıyla etik ikilem; bir kararı/eylemi "iyi" ve "doğru"[3] kılan gerekçelerin yanı sıra yanlışlayan "kötü" ve "yanlış" gerekçe veya kanıtları da içermektedir. Ayrıca bir kararı vermeyi/eylemde bulunmayı gerektiren, eşdeğerde iki gerekçenin ya da aynı önemde iki etik değerin[4] bulunduğu değer çatışmasını da kapsamaktadır. İnsan-insan ilişkisinde tarafların "değersel önceliklerinin farklılığından doğan anlaşmazlıklar"ı ifade eden **değer çatışması**nda; bir değer öteki değere "açıkça üstünlük" ya da "öncelik" sağlamamaktadır (Oğuz ve ark., 2005). Ancak ikisinden birinin seçilmesi gerekmekte, bu durum bir "değeri korurken, diğer değeri harcama"yı ima etmektedir. Dikkat edilmesi gereken nokta ise etik değerlerle kişisel çıkar çatışmasının ikileme yol açmasına karşın etik ikilem oluşturmamasıdır (Özlem, 2016). Zira "**çıkar çatışması"**; insan-insan ve/veya insan-kurum ilişkisinde öteki için zararlı olsa dahi tarafların kendileri için yararlı olanı yani "çıkar"ını kararına temel ölçüt alması anlamına gelmektedir. Etiğin, insanın insan olmasından kaynaklı değerini tüm çıkarların üstünde tutması nedeniyle çıkar çatışması içkin olarak etiğe aykırı görünmektir. Tıbbın uğraş alanında da hekimden, hastanın çıkarlarını kendisinin ve ilgili kurumların çıkarlarının üstünde tutması beklenmektedir (Oğuz ve ark., 2005). Dolayısıyla çıkar çatışması ile değer çatışması bağlam ve içerik olarak birbirinden farklı görünmektedir. Yine, etik sorunun içerik olarak etik ikilem ve etik ihlali kapsadığını savunan görüşe göre "**etik ihlal"** şüpheye mahal vermeyecek derece bir ya da birkaç etik değer, ilke veya norma aykırı davranış olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım & Kadıoğlu, 2007). Söz konusu tanımlar ve tanımlara ilişkin ayırımlar "etik tartışmalarda yol almanın zorunlu koşulu" olup (Tepe, 2016), etik ihlallerde yargıya varma sürecinde gerekli olan "etik değerlendirme" için belirleyici görünmektedir.

"Etik değerlendirme" ("etik düşünme"); geçmişte yaşanmış ya da hâlihazırda yaşanmakta olan (*prospektif*) bir eylemin/durumun değerler, ilkeler ve normlar uyarınca irdelemesidir. Analitik (çözümleyici) bir süreci ihsas eden etik değerlendirme salt geriye dönük (*retrospektif*) değil, ileriye dönük (*prospektif*) de yapılabilmektedir. **"Etik karar verme"** ise

---

[3] **"İyi"** ve **"kötü"** etik değeri, "doğru" ve "yanlış" ise mantık değerlerini ifade etmektedir bu nedenle tez genelinde etik değerler için "iyi" ve "kötü", mantık değerleri içinse "doğru" ve "yanlış" kavramları kullanılmaktadır (Arat, N., 1996, *Etik ve Estetik Değerler*, Telos Yayıncılık, İstanbul, 13). Bu açıklamayı gerektiren yerde ise hem "iyi" hem de "doğru" kavramları etik ve mantık değerlerini belirtmek amacıyla kullanılmıştır.

[4] **Etik değer:** İnsan eylemlerini ve davranış biçimini şekillendiren ve yön veren, gerekçelendiren ve "iyi" olanı haklı çıkaran nitelik. Davranışa yön veren, yöneten ve bu nedenle pratik mahiyeti olan "ahlaki kavramlar sistemi [Rosenthal, M. & Yudin, P., 1997, *Felsefe Sözlüğü*, Çalışlar, A. (çev.), Sosyal Yayınları, İstanbul, 95]. Tıp etiği bağlamında ise hekim ve diğer sağlık çalışanlarından uymaları beklenen ve evrensel olarak kabul görmüş nitelik ve/veya ilkelere işaret etmektedir. Adil olma, dürüstlük, şeffaflık, hesap verebilirlik, duyarlılık örnek olarak verilebilir.

mevcut etik ikilem ya da sorunun tanımlanıp, analiz edilerek etik açıdan haklı çıkarılabilir şekilde çözümlenmesi ve karar verilmesidir. Etik karar verme, doğası gereği, o an yaşanan bir etik sorun ya da ikilemin çözümüne ilişkin olup, ileriye dönük (*prospektif*) nitelik sergilemekte ancak geçmişte yaşanmış emsal olaylardan çıkarım ve değerlendirme (*casuistry*)[5] de yapılabilmektedir. Böylece zaman zaman geriye dönük değerlendirmeyi de içerebilmektedir. Etik değerlendirme ve etik karar verme, kapsam ve anlam açısından farklı kavramlar olsa da birbiriyle bağlantısı yadsınamaz niteliktedir. Zira "etik değerlendirmenin teşhis, etik karar vermenin ise tedavi süreçleri" ile özdeş kılınması da bu bağlantıya işaret etmektedir. Nitekim etik ikilem/sorunun ayrımına varılması etik değerlendirme; mahiyetinin belirlenip çözüme gidilmesi de etik karar verme kapsamında gerçekleştirilmektedir (Kadıoğlu & Kadıoğlu, 2001). Dolayısıyla etik karar verme süreci genel olarak etik ikilemin/sorunun tanımlanması ve analizine bağlı olarak "saptama" ve "çözümleme" aşamalarından oluşmaktadır. Bu aşamalar da sırasıyla "etik değerlendirme", "karar verme ve temellendirme"ye ya da "haklı çıkarma"ya karşılık gelmektedir. Etik değerlendirme/düşünme aşaması; etik ikilemin/sorunun ortaya çıktığı eylem, eylemin öznesi ya da eylemin yol açacağı (olası) sonuçların irdelenmesini gerektirmektedir (Oğuz, 2001). Diğer bir ifadeyle etik düşünme aşaması vakadaki ikilemin/sorunun etik nitelikte olup olmadığının saptanmasına; etik nitelikte olması durumunda hangi etik değer, ilke ya da normların çatıştığı, hangilerinin ihlal edildiği gibi temel nedenin belirlenmesi ile başlamaktadır. Çözümleme ve temellendirme/haklı çıkarma aşamasında ise hastanın yaşam kalitesi, tercihi, değerleri ve vakayı çevreleyen sosyal, ekonomik, hukuki unsurlar dikkate alınarak tıp alanında kanıksanmış etik ilke, değer ve normlara uygunluk ve aykırılık bağlamında irdelenmektedir. Bu aşamada "hastanın en yüksek yararı" doğrultusunda etik açıdan "iyi" karar verilmekte; verilen karar yine etik değer, ilke ve normlarla gerekçelendirilerek haklı çıkarılmaktadır (Blackburn, 1994).

Nitekim **"çözümleme"** kavramının sözcük anlamı bir konu, durum, olay ya da olguyu temel bileşenlerine ayırarak, "yapısının, işleyişinin ve gelişim yasalarının ortaya konması işlemi"ni ifade etmektedir (TDK, 2019). Kısaca "kurucu yapılar" olarak da adlandırılan temel bileşenlerin dilsel, varoluşsal ve çevresel olarak irdelenmesini ifade eden çözümleme işleminin; felsefi çözümleme/analiz ve nedensel akıl yürütmeyi (*causal reasoning*) de içerdiği ileri sürülebilir. Kaldı ki "felsefi çözümleme, geleneksel sorunlara bilimsel ve nesnel (objektif) bir

[5] **Vakasallık (*Casuistry*):** Vakalara dayalı "vaka çözüm yöntemi". Geçmişte yaşanmış benzer özellikler gösteren, emsal niteliğindeki, vakalarla özdeşlik kurarak yapılan etik akıl yürütme ve karar verme yöntemi [Oğuz, Y., 2000, *Tıp etiği eğitiminde vaka çözümlemesi yöntemi*, Medikal Etik (İlkeler ve Sorunlar), Yüce Yayım, İstanbul, 35-40].

yaklaşım sunabilmektedir" (Blackburn, 1994: 14). Bilimselliğe ve bağlantılı olarak nesnelliğe de hem ele alınan sorunu temel bileşenlerine ayırarak mantık yapısını hem de gerçekliğiyle ilgili felsefi bilgisinin kaynağını ve dil-dış dünya arasındaki ilişkisini ortaya koyarak ulaşılmaktadır.

Etikte felsefi çözümleme ise "iyi"nin mahiyetini, neyin "iyi" olarak değerlendirildiğini ve "iyi"ye ulaştıran unsurları analiz etmeyi; etik yargının ya da sorunun mantıksal yapısını, felsefi dayanaklarını, dış dünyada ve düşüncedeki yerini parça-bütün ilişkisiyle görünür kılmayı gerektirmektedir (Soames, 2006). Dolayısıyla klinikte "**etik çözümleme"**; etik açıdan sorunlu olan vakanın, etik kuramlar ya da benimsenmiş etik öğretiler ışığında analiz edilmesi anlamına gelmektedir. Bu doğrultuda içkin olarak kabul görmüş bir kuram ya da öğretinin tek bir vaka üzerinden değerlendirilmesi, o kuram ya da öğretinin geçerliliğini ortaya koymayı da ihsas etmektedir (Blackburn, 1994; Soames, 2006). Klinikte etik ikilem/sorunun analizine bağlı olarak karar vermeyi gerektiren bir vaka çözümlemesinin; öncelikle ikilem/sorunun ne olduğunun yani mahiyetinin gerçekliğinin ve varsa kimliğinin daha sonra da nereden kaynaklandığının yani neden-sonuç ilişkisinin belirlenmesini gerektirdiği anlaşılmaktadır. Bahsi geçen belirleme sürecinde bir yandan ele alınan ikilemin/sorunun, hastanın hangi değerleriyle çatıştığı ile hekimi hangi ilke ve değeri öncelikli kılmaya zorladığı gibi yapısal özelliklerinin ve nedenlerinin saptanması gerektiği de öne sürülebilir.

Tıbbın uğraş alanında karşılaşılan etik ikilemin/sorunun değerlendirmesinde fayda-risk (yarar-zarar) dengesinin kurulması değerlendirmenin doğru, varılacak sonucun da iyi olması adına zorunlu koşulu oluşturmaktadır. Kısaca olası olumlu sonuçlar ile olası olumsuz sonuçların karşılaştırılması anlamına gelen "**fayda-risk çözümlenmesi"** elde edilecek yararın ve oluşabilecek zararın ortaya konulmasını sağlamaktadır. Bu çözümleme mahiyeti gereği tam bir kesinlikten söz edilemeyen tıbbi kararlarda ve ilgili etik sorunda kararın esasını oluşturmaktadır. Dolayısıyla fayda-risk çözümlenmesine dayalı "**fayda-risk dengesi"**; koşullara göre "en çok yararı sağlama", zarar vermeme, "en az zararı verme" veya "yararın, olası zarardan yüksek olması" hedefiyle yapılan hesaplama olarak tanımlanmaktadır. Zarar vermeme ve yararlılık ilkelerinin temel alındığı bu hesaplamada, riskin fazla olması halinde önerilen uygulama/eylemden kaçınılması salık verilmektedir. Bunun yanı sıra fayda-bedel dengesinin kurulması da etik değerlendirmenin gerekli koşulu olarak anılabilir. "**Fayda-bedel dengesi"**; olası olumlu sonuca/yarara ulaşma yolunda ödenmesi gereken maddi ve manevi bedelin saptanmasını ifade etmektedir. Bu noktada elde edilecek yararın ödenecek bedeli karşılayacak değerde ya da eşdeğerde olması elzem görünmektedir. Fayda-bedel dengesinin,

fayda-risk dengesinden temel farkı ise yarara karşılık riskin/zararın değil, belli bir maddi/manevi bedelin ya da külfetin olmasıdır (Oğuz ve ark. 2005). Anlaşılacağı üzere, klinikte karşılaşılan etik ikilemin/sorunun çözümü yolunda yapılan etik değerlendirmenin doğru olabilmesi adına fayda-risk dengesinin saptanıp, bu dengenin kurulması değerlendirmenin zorunlu koşulunu oluşturmaktadır. Olası yarar karşısında ödenecek bedelin (değerinin) belirlenmesi ise etik değerlendirmenin gerekli koşulu olarak değerlendirmeyi eksiksiz kılmaktadır.

Yukarıda belirtilen etik ikilemin/sorunun tanımlanması ve değerlendirilmesi/çözümlenmesinin ardından gerekli olan aşama ise çözümde seçilen etik kuram, öğreti, ilke ya da değerin vakaya uygulanmasının olası sonuçları ve yapılan seçiminin haklı çıkarılması üzerine akıl yürütmedir ki bu aşama da "**etik temellendirme"** olarak ifade edilmektedir. Klinikte etik ikilem/soruna ilişkin kararda etik çözümlemenin/analizin yanı sıra etik temellendirme de "ikinci esas etkinlik" olarak addedilmektedir. Zira kararda öncelenen etik değer, ilke ya da normun niçin öncelikli kılındığının yani seçimin doğruluğunun ortaya konulması ve haklı çıkarılması gerekmektedir (Agich, 1994.). "Haklı çıkarma" işleminin ise seçimin olası sonucu ve sonucun "en çok değer koruyan ve en az değer harcayan" niteliği üzerinden yapılabileceği anlaşılmaktadır.

Kısaca gerek tıbbın uğraş alanında eylemin etik açıdan değerlendirilmesi gerekse klinikte ortaya çıkan etik ikilem ve sorunların çözülüp, etik açıdan haklı çıkarılabilir bir kararın verilebilmesi özel bir bilgi alanını gerektirmektedir. Söz konusu bilgi alanı ise en temel anlamda felsefe ve tıp etiği bilgisinin yanı sıra klinik etik akıl yürütme, vaka çözümleme ve karar verme yöntemlerine ilişkin bilgiyi içermektedir. Kısaca, özel bir alt disiplin olarak bu bilgi alanı klinik etiği, bu alanın bilgisine sahip olan uzman klinik etik uzmanını, bahsi geçen uzmandan görüş alınması ise klinik etik danışmanlığı (konsültasyon) ifade etmektedir.

Nitekim herhangi bir konuda bilgi edinmek ve fikir almak amacıyla o konuda uzman olan bir kişinin görüşüne başvurma **"danışma"**; "insanlara yaşantılarını düzenlemede, toplum ve eğitimle ilgili sorunlarının çözülmesinde yol gösterip yardım eden kişi" ise "**danışman"** sözcükleriyle karşılık bulmaktadır (TDK, 2019). "İyileştirici yardım"da bulunan kişi danışman; yardım, fikir veya öğüt isteyen kişi "**danışan"** ve ilgili tüm işlemleri içeren süreç "**danışmanlık"** anlamına gelmektedir (Valpy, 1828). Danışmanlık sözcüğünün tıp literatüründe eş anlamlısı ise "konsültasyon" olup, bu kavram Türkçe tıp yazınında da yaygın olarak kullanılmaktadır. "**Konsültasyon"** kavramı etimolojik olarak Latince "akıl almak", "bilgisine başvurmak" ve "öğüt istemek" anlamına gelen *cōnsultō* (*cōnsulō* + *-tō*) sözcüğünden

köken almıştır. İngilizce *consultation,* Fransızca *la consultation,* Almanca *konsultation,* İtalyanca *consultazione,* İspanyolca ve Portekizce *consulta*, Felemenkçe *consultatie* ve Lehçe *konsultacja* gibi birçok Batı dilinde de aynı kökten türemiştir (Linguee, 2019). Konsültasyon kavramının birçok Batı dilinde olduğu gibi Türkçe tıbbi literatürde de yer edinmesi, tıbbi terminolojinin Latince kökenine dayandırılabilir. Ancak bu kullanımda kavramın salt tıp alanıyla özdeş kılınarak, semantik açıdan daraltılması söz konusudur. Kavramın hangi alanda kullanıldığını belirten bir ön ad eklenmesi anlamını özel alanda sınırlasa da genel alanda genişlemesine yardımcı olacaktır. "Tıbbi konsültasyon", "felsefi konsültasyon", "etik konsültasyon", "klinik etik konsültasyon" kavram grupları bu önermeyi desteklemektedir.

Klinik etik danışmanlık 1970'lerde Kanada ve Amerika'da, 1980'lerde ise Avrupa'da varlık göstermeye başlayan "yeni" addedilebilecek bir uygulamadır. Tıbbi danışmanlıktan farklı olarak sadece hastadan sorumlu hekim tarafından değil; hasta, hastanın ailesi/yakınları ya da tedavi/bakım ekibinin diğer üyelerince de istenebilmektedir. (Kanoti & Youngner, 2004). Klinik etik konsültasyonda/danışmanlıkta nihai amacın hastanın yararına, tedavi ya da bakımın niteliğinin arttırılması olduğu ileri sürülebilir.

Klinik etik konsültasyon/danışmanlık, Tarzian (2013: 3) tarafından "sağlık hizmetlerinde değer yüklü kaygılarla ilgili olarak ortaya çıkan belirsizlik ya da çatışmaya çözüm arayan hasta, hastanın ailesi, temsilcisi, sağlık hizmeti sunanlar veya ilgili diğer tarafların sorularını yanıtlayan bir uzman ya da grup tarafından sunulan bir dizi hizmet" olarak tanımlanmıştır. Yine, Siegler'ın (2016: 41) "[h]astanın bakım sürecini ve bakımın sonucunu geliştiren önerilerle hastaya, ailesine ve sorumlu hekime yardımcı olma" tanımıyla karşılık bulmuştur. Öte yandan Fletcher'in (2016: 41) "[k]linikte karar verenleri, karşılaştıkları etik belirsizlik/karmaşıklıklar ve kabul edilebilir seçeneklerle ilgili eğitmek ve etik sorunların çözümünde sorumluluk paylaşımını artırmak" amacıyla verilen hizmet cümlesi danışmanlığın temel hedefinin eğitim olduğunu da ortaya koymaktadır (Kornfeld, 2016). Verilen tanımlardan bahse konu hizmetin temel hedefine ilişkin tam bir fikir birliğine varılmadığı görülmektedir. Ancak klinik etik danışmanlığın mahiyetine en yakın tanım "değer yüklü kaygılarla ilgili olarak ortaya çıkan belirsizlik ya da çatışmaya çözüm"ünde yardımcı olunması ile Tarzian tarafından yapılmış olsa da, bunun nerede ve ne şekilde yapıldığına dair bilgi verilmemesi açısından eksik kaldığı ileri sürülebilir. Siegler'ın tanımında bu hizmetin bakıma yaptığı katkıyı vurgulasa da bakımın hangi boyutuna, kim tarafından, nasıl, niçin ve ne şekilde verildiğine dair bilgi verilmeyerek hizmetin mahiyetini tam olarak karşılamadığı ifade edilebilir. Fletcher'in tanımında ise hizmetin etik belirsizlik, karmaşa ve sorunun çözümündeki niteliği ortaya

konulurken, “eğitimci” niteliğinin ön planda tutulması, birincil amacın ve temel hedefin geri planda kalmasına yol açtığı belirtilebilir. Farklı biyoetik uzmanları tarafından yapılan tanımlarda klinik etik danışmanlığın esas niteliği ve temel hedefine dair uzlaşı sağlanamadığı görülmektedir.

Ne var ki kavramın içeriğini ve hizmetin mahiyetini klinik etik danışmanın görevi üzerinden tanımlayan Jonsen’ın bağlantılı olarak hizmetin niçin ve ne şekilde sunulduğunu da ortaya koyduğu böylece hizmete ilişkin temel bilgileri içeren bir tanım yaptığı görülmektedir. Zira Kanoti ve Youngner’ın (akt. 2004: 439) ifadesiyle Jonsen “**klinik etik danışman”**ı “(…) talep üzerine hastaların bakımında ortaya çıkan etik sorun ve ikilemlerin tanımlanması, analizi ve çözümünde tavsiye niteliğinde önerilerde bulunarak yardımcı olan uzman” şeklinde tanımlamıştır. Jonsen ayrıca klinik etik danışmanın her ne kadar etik eğitimine ve politika üretimine katkıda bulunması gibi görevlerine değinse de birincil görevlerinin etik ikilem/sorunla ilgili yatak başı değerlendirme olduğunun üzerinde önemle durmuştur (Akt. Kanoti & Youngner, 2004). Gerek söz konusu hizmetin gerekse hizmeti sunan danışmanın niteliğinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmak amacıyla yapılan kavramsal analizde en temel unsur, danışmanın önerisinin hizmetin ölçülebilir nihai hedefi olmasıdır. Bu nedenledir ki danışmanın niteliği aynı zamanda hizmetin niteliğidir. Danışmanlık hizmetinin salt danışman tarafından bireysel olarak verilebileceği gibi bir ekip ya da Klinik Etik Kurul (KEK)/Hastane Etik Kurulu (HEK) tarafından da verilebilmesine karşın, esas olan etik sorunun çözümünde ve etik açıdan kabul edilebilir kararların alınmasında başat rol oynayan fikir ve önerilerin sunulmasıdır. Bu noktada önem arz eden bir diğer husus ise klinik etik danışman, ekip veya kurul tarafından verilen fikir/önerinin klinik karara uygulanabilir nitelikte olmasıdır. Dolayısıyla danışmanın sahip olması gereken nitelikler, yeterliği ve uzmanlığı önerisinde bağlantılı olarak kararda belirleyici bir rol oynamaktadır. Kaldı ki Rasmussen (2011: 649) klinik etik danışmanlığın meşruluğunu, etik danışmanın mesleki konulardaki uzmanlık yetisine ve yeterliğine dayandırmaktadır. Nihai olarak klinik etik danışmanlığın niteliğinin danışmanın yetkinliği ile içkin, bunun da sağlık hizmetinin niteliğinde ve hastanın yaşamında etkili olduğu ifade edilebilir. Bu durumun ayrıca klinik etik danışmanlığın önemini ve gerekliliğini de ortaya koyduğu ileri sürülebilir. Ancak salt klinik etik danışmanın değil, onun önerilerini uygulayacak ekibin ve tıbbi-adli özellikteki vakalarda klinik adli danışmanın da yetkinliği önemli görünmektedir.

2.1.2. Klinik Adli Danışmanlık ve İlgili Kavramların Analizi

Klinik adli danışmanlığın ve bağlantılı olarak klinik adli tıbbın içeriği, kapsamı ve mahiyetinin açık kılınması öncelikle adli tıbbın neliğinin açıklanmasını gerektirmektedir. Nitekim klinik adli tıbbın, adli tıbbın alt alanı olması da bu açıklamayı elzem kılmaktadır. **"Adli tıp"**; istismar, şiddet, ebeveynlik tayini ve tıbbi uygulama hataları gibi hukuki ve tıbbi nitelikteki konuları içeren, tıpla hukukun kavşak noktasını oluşturan bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Koç & Biçer, 2009). Bir diğer ifadeyle insana dair hukuki sorunların tıbbi boyutunu inceleyerek, hukuk sistemine yardımcı olan tıp disiplinidir. Zira bu disiplin tıp uğraşında ortaya çıkan ve hukuki değerlendirmeyi gerektiren vakaları çeşitli açılardan inceleyerek yargı sistemine kanıt ve bilgi sunmaktadır (Özkara, 2020). Bu nedenle hukukun yanı sıra genetik, psikiyatri, patoloji, kimya ve biyoloji gibi birçok alanla çalışmayı gerektiren disiplinlerarası niteliğe sahiptir. Bahsi geçen alanların "adli sisteme yansıyan kısımları" ise "**adli bilimler"** olarak anılmakta; tıp hukuku, adli genetik, adli psikiyatri, adli patoloji, adli kimya ve adli biyoloji gibi alt alanların gelişmesini sağlamaktadır (Özkara & Karaman, 2020). Adli bilimler gibi ayrı bir bilim dalının adli tıpla ortaklığından oluşmasa da klinik adli tıp, adli tıp kapsamında "yeni" sayılabilecek bir alt disiplin olarak ortaya çıkmıştır.

"Klinik adli tıp" (*clinical forensic medicine;* CFM); kısaca "adli tıbba ilişkin uygulama ve ilkelerin hayatta olan hastalara, klinik ortamda uygulanması"nı ifade etmektedir (Recktenwald et al., 2005: 433). Daha geniş tanımıyla yasal ve adli sistemler kapsamında özel gereksinimleri bulunan ve hayatta olan kişilere (mağdurlara) klinik bilgi ve becerilerin uygulanması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda klinik adli tıp, hayatta olan kişilerle ilgili tıbbi-adli veya adli özellikteki olguların incelenmesi ve adaletin tecellisi yolunda tıbbi bulguların değerlendirilmesine işaret etmektedir (Pollak & Saukko, 2000). Klinik adli tıbbın tanımında dikkat çeken husus ise "hayatta olan/yaşayan" kişilerle ilgili adli ya da adli boyutu olduğu iddia edilen/düşünülen vakalar üzerine tıbbi inceleme yapılmasıdır.

"Hayatta olan adli hasta"larla da çocuk istismarı, taciz, tecavüz, darp ve aile içi şiddet vakalarında mağdurlar, failler ve şüpheliler; tıbbi uygulama hatası vakalarında mağdur olan ya da olduğu iddia edilen hastalar; kötü muameleden mustarip olan/olduğu iddia edilen kişiler, kendini yaralayan ve ateşli silahla yaralanmış kişiler ihsas edilmektedir (Debnath et al., 2010). Öte yandan intihar girişimi, ölümle sonuçlanmayan zehirlenme ve yanma, yaş tayini, hukuki ehliyet/karar verme yeterliğinin saptanması, trafik kazalarında yaralı yayaların muayenesi, kusur dağılımı, sürücü-yolcu belirlenmesi, sürücünün araç kullanmaya uygun olmadığının değerlendirilmesi gibi konular da klinik adli tıp kapsamında yer almaktadır. Her ne kadar klinik

adli tıp uygulama, içerik ve düzenlemeleri, kısmen yasal sistemden ötürü, ülkelere göre farklılık gösterse de genel olarak aşağıdaki konuları (Tablo 2.1) içermektedir (Pollak & Saukko, 2013: 363-4):

Tablo 2.1: Klinik adli tıbbın çalışma alanları.

Çalışılan Alanlar/Vakalar	Ayrıntılar
Yaralanmalar: Rapor, Açıklama ve Uzman Görüşü Hazırlanması	• Yaralanma vakalarında yaraların ve diğer tıbbi kanıtların yorumlanması: - Yaralanma nedeninin tespiti (hangi tür aletle yaralandığı) - Vücutta oluşan zararın, derecesinin ve ciddiyetinin değerlendirilmesi - Zararın müdafaa ya da saldırı sonucu verilip verilmediğinin tespiti - Vaka ve çevreleyen koşullarla ilgili tıbbi-adli (mediko-legal) değerlendirme yapılması • Tıbbi bulguların yazılı ve görsel dokümantasyonu
Hayatta Olan Hastaların/Mağdurların İncelenmesi	• Darp nedeniyle bedensel yaralanma • Yetişkinlerde tecavüz veya cinsel istismar • Çocuk istismarı • Çocuğa uygulanan fiziksel şiddet • Yaşlı istismarı • Eş istismarı ve diğer aile içi şiddet türleri • İşkence
Tıbbi Delillerin Mahkemede Sunulması	• Bilirkişi olarak • Tanık olarak • Profesyonel [adli tıp hekimi] tanık olarak • toplanan tıbbi delillerin mahkemeye sunulması
Trafik Kazalarında Tıbbi İnceleme	• Yayaların incelenmesi • Sürücünün belirlenmesi/incelenmesi
Araç Kullanmaya Uygunluğun Değerlendirmesi	• Alkol ve/veya madde kullanımı nedeniyle araç kullanma yetisinde bozulma olup olmadığının değerlendirilmesi Örnek alma (kan örneği, vd.)
Karar Verme Yetisinin (Hukuki Ehliyet) Belirlenmesi	• Akıl ve ruh sağlığı değerlendirmesi • Alkol ve/veya madde karar verme ve eyleminden sorumlu tutulmaya dair etkisinin değerlendirilmesi
Tutukluların Tıbbi Tedavi ve Bakımı	• Kısa süreli - gözaltında tıbbi tedavi ve bakım • Uzun süreli - hapiste tıbbi tedavi ve bakım • Gözaltına alınmaya ve sorgulanmaya uygunluğun değerlendirilmesi

Kaynak*:* Pollak, S. & Saukko P.J., 2000, *Clinical forensic medicine-overview*, Encyclopedia of Forensic Sciences, Academic Press-Elsevier, Cambridge, UK, 363-364.

Yukarıdaki tabloda klinik adli tıbbın çalışma alanlarının genel çerçevesi çizilmiş olup, zamanla ve toplumdan topluma farklılık gösterdiği de ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle içinde bulunulan döneme, dönemin bilimsel ve teknolojik gelişmelerine, oluşan gereksinim ve sorunlara koşut biçimde farklılık gösterdiği de ifade edilebilir. Nitekim biyomedikal mühendislik alanındaki gelişmelerin tıbbi uygulamalarda karşılık bulmasıyla yeni tıbbi-adli ve etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca şiddet, istismar, bunlara bağlı olarak travma, ihmal, kötü muamele, yaralanma, kendi kendini yaralama ve trafik kazalarından mustarip olan kişilerin sayısında artış olduğu da ileri sürülmektedir (Sharma, 2006). Bu sorunların çözümünde adli tıp ilke ve standartlarının dolayısıyla adli tıp uzmanlarının önemli rol oynadığı giderek daha fazla kabul görmektedir. Ancak toplumun ve yargı sisteminin beklentilerini karşılamak için adli tıbbın da kendisini ve yeni yaklaşımlarını geliştirmesi ya da mevcut yaklaşımların güncellenmesi de elzem görünmektedir. Kaldı ki günümüzde yukarıda bahsi geçen adli vakalara ilaveten genetik çalışmalar, elektronik hasta dosyaları, tele-tıp gibi uygulamalar gizliliğin ihlali ve tıbbi uygulama hatalarına yönelik iddia ya da davalarda artışa yol açmaktadır. Bu doğrultuda hekimlik mesleğinde yeni davranış kuralları gelişmekte ve adli-tıbbi sorunların çözümü için yasal düzenlemeler hazırlanmaktadır (Debnath et al., 2010). Adli tıp da bu gelişmelere uyum göstererek, yeni alt disiplinlerini geliştirmektedir ki klinik adli tıp buna örnek teşkil etmektedir. Ne var ki, yeni alt disiplinlerin gelişmesi de aynı zamanda o alanın uygulayıcısı olacak uzmana gereksinim doğurmaktadır.

Klinik adli tıbbın uygulayıcısı olan klinik adli tıp uzmanının ise sadece yargı talebinde mahkemeye değil, aynı zamanda klinikte hekime ve hastaya/hasta yakınına da yardımcı olacak, duruma göre sorulara anında yanıt sunacak uzmana da gereksinim olduğu, tarafımızdan, düşünülmektedir. Bu uygulama klinik adli danışmanlığa, danışmanlığı yerine getiren uzman ise klinik adli danışmana işaret etmektedir. **"Klinik adli danışmanlık"**; adli tıp alanında bilirkişilik hizmetinin yanı sıra hastaya ve hekime de verilen tıbbi-adli desteği içermektedir. Danışmanlık hizmeti; tıp fakültelerinin özellikle acil servis ve yoğun bakım birimlerinde adli nitelikteki vaka bildirimlerinde adli tıp poliklinikleri tarafından 7 gün-24 saat verilen hizmeti de kapsamaktadır. Danışmanlık verilen konuları ise ağırlıklı olarak tıbbi uygulama hataları (tıbbi malpraktis), şiddet, cinsel istismar, çocuk ve yaşlı istismarı, insan hakları ihlalleri oluşturmaktadır (DEÜ, 2020). Bu noktada örneğin kötü muamele, tıbbi uygulama hatası ya da veli/vasinin hastanın faydasına olmayan bir tedavide ısrarı gibi konularda hastaya/hasta yakınına; hekimin yeterlik (hukuki ehliyeti), şiddet ve cinsel istismar konusundaki şüphesinde de hekime danışmanlık verilmektedir (Özkara, 2020). İlaveten hasta/hasta yakını ile sağlık

çalışanı arasında yaşanan anlaşmazlıkta karmaşık tıbbi konuların anlaşılır bir şekilde açıklanarak çatışmanın çözülmesi, çatışmalı olgularda olgu yönetimi konusunda hekime yardım edilmesi de söz konusudur. Uzman tanıklığı, süren davalarda tıbbi açıdan hastaya destek verilmesi, mahkemeye görüş raporu sunulması gibi konularda da Kanada'da[6] klinik adli danışmanlık hizmeti verilmektedir (CFMC, 2019). Türkiye'de ise üst mercie şikâyet ya da dava sürecinde tıbbi uygulama hatası dava/iddiaları, yeterlik (karar verme kapasitesi) belirlenmesi, nedensellik ilişkisinin (illiyet bağı) saptanması, "hasta yakınlarının onamının aleyhte olması" gibi konularda hekime savunma/ rapor yazma ve tanıklığa hazırlamayla ilgili danışmanlık hizmeti verildiği görülmektedir. Danışmanlık kapsamında hekime tıbbi-adli savunma desteği vermenin yanı sıra sağlık kurumuna risk yönetimi ve "kalite- akreditasyon-hasta güvenliği" konusunda destek olma, hukukçulara ve arabuluculara uzman/bilirkişi görüşü sunma da bulunmaktadır (Yorulmaz MedikoLegal, 2020). Her iki ülkeden alınan örneklerden anlaşılacağı üzere klinik adli danışmanlık salt yargıya intikal etmiş olgularda değil, aynı zamanda hasta-hekim arasındaki çatışmanın çözümünde, üst mercie şikâyetlerde hekime, risk yönetime ve kalite süreçlerinde de sağlık kurumuna desteği de içermektedir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken husus ise yukarıda bahsi geçen konularda hizmet veren uzman olarak klinik adli danışmanın diğer uzmanlardan farkıdır. Klinik adli danışmanlığın hizmetin kapsamı, veriliş şekli ve mahiyeti gereği bilirkişilikten, klinik adli danışmanın da adli tıp uzmanından ve bilirkişiden ayrı değerlendirilmesi gerekli görülmektedir.

Zira **"bilirkişi";** yargıya intikal etmiş bir vakada "hâkimin bilgisi dışında kalan, özel ve teknik bilgi gerektiren hallerde görüşüne başvurulan ve görüşü resmiyet kazanan kişi"yi ifade etmektedir (Özkara & Kureş, 2020: 36). Adli vakada dava konusu sonuç ile neden arasındaki ilişkinin tıbbi kanıtlarla ortaya konulması ya da kurulan nedensellik ilişkisinin doğruluğunu saptaması bilirkişiden talep edilmektedir. Mahkemenin görevlendirme talep ettiği bilirkişinin yasal gerekçe olmaksızın görevi kabul etmesi ve vakaya dair inceleme yapıp, görüş bildiren

---

[6] Yapılan inceleme kapsamında klinik adli danışmanlık hizmetinin özellikle Avustralya'da kamu ve özel kurumlarca yaygın olarak sunulduğu ancak hizmetin ağırlıklı olarak ölümle sonuçlanmış ya da yargıya intikal etmiş vakaların aydınlatılmasıyla ilgili olduğu görülmektedir (Queensland Health, n.d., *Clinical forensic medicine*, State of Queensland-Queensland Health, https://www.health.qld.gov.au/healthsupport/businesses/forensic-and-scientific-services/forensic-services/clinical-forensic-medicine, Ziyaret tarihi: 9 Mayıs 2019; VIFM, n.d., Clinical forensic medicine, Victorian Institute of Forensic Medicine, https://www.vifm.org/forensic-services/forensic-medicine/clinical-forensic-medicine/, Ziyaret tarihi: 9 Mayıs 2019). Oysa klinik adli tıbbın mahiyeti gereği danışmanlığın da hayatta olan mağdur ya da bireylere sunulması gerektiği ifade edilebilir. Bu noktada Türkiye ve Kanada'da yaygınlık göstermese de klinik adli tıbbın mahiyetine uygun olarak verilen danışmanlık hizmetine ülkemizde Yorulmaz MedikoLegal (Yorulmaz MedikoLegal, n.d., *Hizmetlerimiz-Adli bilimler ve tıbbi malpraktis danışmanlığı*, https://www.yorulmazmedikolegal.com/, Ziyaret tarihi: 10 Mayıs 2019), Kanada'da da *Canadian Forensic Medicine Consulting* (CFMC, 2019, *Clinical forensic medicine-canadian forensic medicine consulting*, https://www.cfmc.ca/services.html, Ziyaret tarihi: 10 Mayıs 2019) örnek olarak verilebilir. Zira her iki kuruluşta tanı ve tedavi sürecinde hasta ve hekime ya da yargılaması devan eden vakalarda hayatta olan/yaşayan bireylere ve hekime yönelik de danışmanlık hizmetinin verildiği anlaşılmaktadır.

raporu 3 ay içinde mahkemeye sunması gerekmektedir. Bilirkişi raporunun bağlayıcılığı olmasa da mahkeme kararında raporun dikkate alınıp alınmamasında ve bunu gerekçelendirmekle de mahkeme yükümlü tutulmaktadır. Bu durum bilirkişi raporunun önemine ve içeriğinin de öncelikle tarafsız, kanıta dayalı, dönemin bilimsel anlayışına uygun, açık ve anlaşılır bir dille hazırlanması gerektiğine işaret etmektedir. Bilirkişilikte dikkat edilmesi gereken husus; bilirkişinin uzmanlığıyla ilgili inceleme yapıp, kanıt toplayıp bunları yorumlamasıdır, hukuki görüş bildirmek değildir. Tıbbi bilirkişilikte de adli tıp bilirkişiliğinde de talep edinilen ve istenen budur. Öte yandan, mahkemenin atadığı resmi bilirkişinin yanı sıra gerekli görürse mahkeme, davalı ya da davacı da ilgili konuda uzman görüşüne başvurup, bu görüşü mahkemeye sunabilmektedir (Erdoğan 2017; Özkara & Kureş, 2020). Ancak alınan **"uzman görüşü (mütalaası)"** bu noktada resmi bilirkişilikten ayrılmaktadır zira uzman hukuki açıdan da fikir beyan edebilmektedir. Uzman görüşüne dair yapılan "[u]yuşmazlık konusu vakıaların teknik boyutuna veya hukuki nitelendirmesine ilişkin olarak uzman bir kişiden, ilgili tarafın bizzat aldığı bilimsel görüş" tanım da bu farkı ortaya koymaktadır (Erdoğan, 2017: 41). Bu bağlamda klinik adli danışmanın desteği ve görüşü de uzman görüşü kapsamında değerlendirilebilir ve diğerleri gibi bağlayıcılığı olmasa da vakanın aydınlatılması ve adil karar verilmesi yolunda önem arz etmektedir.

Gerek bilirkişi gerekse uzman görüşüne en çok başvurulan konuların; çocuk istismarı, aile içi şiddet, darp, adli psikiyatri vakaları, trafik kazaları, iş kazaları, işkence ve tıbbi uygulama hataları olduğu ileri sürülmektedir (Polat, 2012). Özellikle tıbbi uygulama hatalarına ilişkin dava ya da iddialar hekim açısından mesleki, hukuki ve etik açıdan sorunlu olup, hukuki ve etik olarak en çok irdelenen konular arasında yer almaktadır. **"Tıbbi uygulama hatası (*malpraktis*)"** en net şekilde "hastalık sürecine bağlı olmayan tıbbi yönetimden kaynaklanan yaralanma" anlamına gelmektedir (Akt: Yorulmaz, 2005: 4). Ayrıntılı olarak hekimin bilgi-beceri eksikliği, ihmal, standart tedavi sunamaması veya hastayı tedavisiz bırakması nedeniyle hastanın doğrudan yaralanmasına ya da zarar görmesine neden olmasını ifade etmektedir (WMA, 2005). Tanımdan da anlaşılacağı üzere oluşan zararın "tıbbi uygulama hatası" olarak değerlendirilebilmesi için "hukuka aykırı olması, kusurlu olması, zararlı bir sonuç doğurması ve zararlı sonuçla kusurlu davranış arasında nedensellik ilişkisinin bulunması gerekir" (Yorulmaz, 2005: 11). Ancak bu şekilde hekim verdiği zarardan sorumlu tutulabilmektedir. Öte yandan bilgi ve beceri eksikliği, sağlık sisteminden kaynaklı iş yükü fazlalığı, yorgunluk, iletişim sorunları ve etik sorunlar gibi tıbbi uygulama hatası iddiası ya da davasına yol açan nedenler düşünüldüğünde ise hekimin gerçekten sorumlu tutulup tutulmayacağı tartışmalı

görünmektedir (Yorulmaz, 2005). Bunun yanı sıra iddia ve davaların arttığı da dikkate alındığında (WMA, 2005), hem hasta hem de hekime yardımcı olma açısından klinik adli danışmanlığın gerekli ve önemli olduğu görülmektedir.

Üstelik klinik etik ve adli danışmanlık hizmetlerinin salt günümüzde değil, ileri biyomedikal teknolojilerin belirleyici olacağı düşünülen geleceğin tıbbında da gerekli olduğu ifade edilebilir. Zira tıbbi yaklaşımların, tanı ve tedavi uygulamalarının, hasta-hekim ilişkisinin kısaca tıp anlayışının bilimsel ve teknolojik gelişmelerle yeni bir boyut kazandığı, evrilerek farklılaştığı tıp tarihinde de görülebilmektedir. Geçmişte hekimin kararlarının belirleyici olduğu babacı (*paternalist*) tıp anlayışının, günümüzde hastanın özerkliğinin tıbbi kararda belirleyici olduğu anlayışa evrilmesi yukarıdaki sava örnek niteliktedir. Dolayısıyla insan ve değerlerini merkeze koyan hümanist tıp anlayışının insanın fiziksel ve zihinsel gelişimi ile yapay zekâyla donanmış *entité*lere[7] odaklanan anlayışa evrileceği de ileri sürülebilir. Bu anlayışın trans-hümanizm olduğu ve yaşamın diğer alanlarında olduğu gibi tıbbın uğraş alanında da belirleyici olacağı öne sürülebilir.

2.1.3. Trans-hümanizm ve trans-hümanist anlayışın gelişmesinde etkili olan kavramların analizi

Trans-hümanizm kavramının semantik olarak ele alınması öncelikle sözcüğün türediği ve üzerinden yükseldiği hümanizm kavramının açıklanmasını gerektirmektedir. Bu açıklama, kavramların mahiyetine dair bilgi sunmasının yanı sıra her iki felsefi görüşün art alanını, tarihsel izleğini ve geliştiği düşünce ortamını da ortaya koymaktadır.

"Hümanizm" kavramı etimolojik olarak Latince "tinsel yetkinlik" ve antik Yunanca "vakıf olan" anlamlarına karşılık gelen *humanitas* sözcüğünden türemiştir. Kavram ilk kez Roma dönemi düşünür ve yazarı Cicero (MÖ 106 - 43) tarafından klasik eğitim biçimini ve ilkelerini ifade eden *"studia humanitatis"* şeklinde kullanılmıştır. Bu dönemde etik, tarih, gramer, şiir ve resim derslerini içererek insani bilimlere karşılık gelen *studia humanitatis* sözcüğü ile insandan çok insanla ilgili çalışmalara vurgu yapılmıştır. Zamanla *humanismus* sözcüğüne evrilmiş ve bu dersleri veren eğitmen de *humanist* olarak adlandırılmıştır. *"Humanist"* sözcüğü ise 15. yüzyıl İtalyası'nda bir önceki yüzyılın "eğitim hareketi"nin eğitmelerinden çok, klasik diller ve antik felsefe çalışan kişileri tanımlamak amacıyla

[7] **Entité** (Fr.): "Kendilik, kendinde şey, oluş gösteren varlık, belirlenimli varlık; belli bir türün tüm üyelerinde bulunan, onları meydana getiren ve diğer türlerden ayıran gerçek şey, gerçek varlık" [Runes, D.D., (ed.), 1942, *Entité,* Dictionary of Philosophy, Philosophical Library, New York, US, 93].

kullanılmıştır. Aynı zamanda İtalya sınırlarını aşarak İngiltere, Fransa ve Kuzey Avrupa'da da kullanılmaya başlamıştır (Dağ, 2018a). Antik Yunan düşün kaynaklarına dönüşle doğaüstünden doğaya ve insana evrilen yaklaşım doğaya ve insana yaptığı vurguyla salt Skolastik düşünceyi yıkıp, Rönesans'ı başlatmamış, aynı zamanda *humanism* kavramına bugünkü anlamını da kazandırmıştır. İnsan varlığına yüklenen ontolojik anlam monastik sınırlandırmalardan ve teolojik temelinden arındırılarak, akıl ve özgür irade üzerinden yükselen rasyonalite ile açıklanmıştır. Bu doğrultuda ahlakiliğin ölçütü dünyevi olandan uzaklaşıp acı çekerek Tanrı'nın buyruklarına itaat etmekten uzaklaşıp, bilgelik, adalet, ölçülülük gibi "insanın irfanı"nı merkezde konumlandıran antikitenin erdem ve değerleri ile açıklanmıştır (Akkaya, 1947). İnsana atanan değeri ile köklerini Rönesans'tan alan hümanizm, hakikatin akılcı bir epistemoloji üzerine inşa edildiği Aydınlanma ile koşut olarak da insan hakikatini salt akıl üzerine değil, akıl ve duyum üzerine temellendirmiştir. Yeni bilim ve toplum "teosantrik" (Tanrı merkeziyetçilik) düşünceden koparak, seküler, insanın düşünsel yetkinliğine ve etik mükemmelliğine atıfta bulunan "homosantrik" (insan merkeziyetçilik) düşünce ile tasarlanmaya başlamıştır (Dağ, 2018a). Bu doğrultuda hümanizm; insanın refahını, hak değerlerini savunan, insan onurunu ve bireysel özgürlüklerini destekleyen, insanın yaşamını şekillendirme hakkına saygı duyan, insan aklı ve iradesini merkezde konumlandıran felsefi anlayış olarak tanımlanabilmektedir (Grudin, 1999). Dolayısıyla hümanizm, antik düşüncenin "yeniden doğuş"unu ifade eden Rönesans ve bilginin gücünü vurgulayan Aydınlanma ile koşutluk göstererek, rasyonel varlık olarak düşünsel yetileri ve ahlaki etkinliği ile kendini gerçekleştiren insanın yeniden doğuşu olarak da değerlendirilebilir.

"Trans-hümanizm" sözcüğü ise demokratik ve seküler toplum tasımı ile insanı doğayla bütünleyen ve aklıyla var eden hümanizm kavramına, "ötesi", "-in ötesinde", "üzerinde", "-den sonra" anlamlarını ifade eden *"trans-"* ön ekinin eklenmesiyle yeni bir anlam kazanmıştır (Güngör, 1993: 1616). Sözü geçen yeni kavramın ilk kez hümanist biyolog, yazar ve düşünür Julian Huxley (1887-1975) tarafından 1957 yılında *New Bottles for New Wine* (*Yeni Şarap için Yeni Şişeler*) adlı kitabında kullanıldığına ve bu nedenle kavramın fikir babasının Huxley olduğuna ilişkin yaygın kanı, kavramın ortaya çıkış serüvenini inceleyen araştırmacılarca yanlışlanmaktadır. Zira Harrison ve Wolyniak (2015: 465-7), trans-hümanizm sözcüğünü ilk kez kullanarak literatüre kazandıran ismin Huxley değil, 1940 yılında insanın

evrimsel gelişiminin metafizik göndermeler ve İncil'den metaforlarla irdelendiği makalede[8] Kanadalı düşünür, felsefeci ve yazar William Douw Lighthall tarafından kullanıldığını ileri sürmektedir[9]. Öte yandan, trans-hümanizm kavramının ilk kez Huxley tarafından 1957'de değil, 1951 yılında Washington'da verdiği ve aynı yıl yayımladığı *"Knowledge, Morality and Destiny"* ("Bilgi, Ahlakilik ve Kader") adlı kitabında kullanıldığı da belirtilmektedir (Harrison ve Wolyniak, 2015). İlk o kullanmasa da trans-hümanizm kavramına dair yapılan çok sayıda tanımdan Huxley'nin tanımı kavramı semantik olarak en açık biçimde ifade etmektedir. Zira **"trans-hüman"** (geçiş insanı) olarak "insan olarak kalan fakat kendisini aşarak insan doğasının yeni imkânlarını, yine kendi doğası içinde keşfeden insan"[10] (Huxley, 1957: 17) tanımı, insanın daha gelişmiş ontolojik süreğenliğini vurgulamaktadır. Kavramın çeşitli tanımlarında farklı nitelikleri vurgulansa da bu çeşitliliğin semantik farklılıkları da beraberinde getirdiği görülmektedir.

Nitekim trans-hümanist felsefenin önemli temsilcilerinden Nick Bostrom (2005: 3) trans-hümanizmi; "yaşamı uzatan, hastalıkları yok eden, gereksiz acıyı ortadan kaldıran, insanın zihinsel, fiziksel ve duygusal yetilerini geliştiren teknolojilerin gönüllü kullanımını destekleyen anlayış ve geçiş hareketi" olarak tanımlamaktadır (Bostrom, 2005a: 3). Trans-hümanizm anlayışına insan bedeninin "zaafları"nın ortadan kaldırılması ve var olan fiziki koşullara uyum sağlayabileceği özelliklerin geliştirmesini dayanak göstermesi ise Bostrom'u insanın fiziki gelişime yaptığı vurguyla Huxley'nin insan vurgusunun önüne geçirmektedir (Bostrom, 2005b). Ancak daha önceki yıllarda yaptığı açıklamada ise bu ılımlı yaklaşımdan ziyade insan gelişime yönelik radikal değişikliklerden hatta "insan-sonrası" (*post-human*) olma

---

[8] Lighthall, W.D., 1940, The law of cosmic evolutionary adaptation: an interpretation of recent thought, *Royal Society of Canada (Ottawa)-Proceedings and Transactions* (*Mémoires et Comptes Rendus de la Société Royale du Canada*), Sec. 2, 34(3), 135-141.

[9] Kavramın "trans-hümanizm" şeklinde kullanımı olmasa da "transhumanise" şeklinde kullanımı ilk kez Dante'nin *İlahi Komedya* adlı eserinin Henry Francis Carey tarafından yapılan ve 1814 yılında yayımlanan İngilizce tercümesinde görülmektedir (Farina, J., 2002, *Great Spiritual Masters: Their Answers to Six of Life's Questions*, Paulist Press, New York, US, 191):

> "To represent **transhumanise** in words
> Impossible were; the example, then, suffice
> Him for whom Grace the experience reserve."

Ancak Dante'nin "trans-hüman" öznesi ile kişilik tasarımının aşkınlık ve ahlakilik üzerinden yapıldığı, bunun da ölümden sonra cennete yapılan yolculukta insanların karşılıklı ilgi ve özene dayalı ilişkisiyle birlikte varoluşu üzerinden ifade edildiği öne sürülmektedir (Webb, H., 2016, *Dante's Persons: An Ethics of the Transhuman,* Oxford University Press, Oxford, 6-17). Gerek bağlamı ve taşıdığı anlamı, gerekse bilimsel bir çalışmadan ziyade edebi bir eserde yer alması nedeniyle kavramın ilk kullanıldığı çalışma olarak Dante'nin *İlahi Komedya* ("Cennet"/*Paradiso*) adlı eseri değil, Lighthall'un makalesi ilk kullanıma esas alınmaktadır. Kaldı ki *transhuman* kavramına eklediği ve bir yaklaşıma işaret eden "-ism" son eki de ilk kez Lighthall tarafından kullanılmış, bu da referans olarak alınması gerektiği dayanağını güçlendirmiştir.

[10] **Metnin özgün hali:** "We need a name for this new belief. Perhaps ***transhumanism*** will serve: **man remaining man, but transcending himself by realizing new possibilities of and for his human nature"** (Huxley, J., 1957, *New Bottles for New Wine*, Chatto & Windus, London; Clarke, Irwin and Co., Toronto, CA, 17).

yolunda dönüşüme işaret ettiği anlaşılmaktadır. Zira 2001 yılında trans-hümanist değerlerin mahiyetini açıkladığı çalışmasında insanlığın, insan-sonrası olma (*post-human*) yolunda kullandığı teknolojilere ilişkin amaç ve etiği inceleyen değerler dizgesini trans-hümanist değerler olarak addetmiştir (Bostrom, 2001). Bu çalışmada, esasen insanlık açısından ontolojik kaygı uyandıran gelişiminin radikalliğine işaret edilmektedir ki Porter "biyodönüşüm" sözcüğü ile insan gelişiminin aşırılığını ve bağlantılı olarak ortaya çıkan (biyo)etik sorunları vurgulayarak Bostrom'ın yaklaşımına karşı çıkmaktadır.

Porter, trans-hümanizmi engelleri kaldırıp biyolojik sınırlılıkları aşarak insanın gelişimini sağlayan "biyodönüştürücü" teknolojilerin kullanımından doğan mevcut ve olası (biyo)etik sorunları irdeleyen entelektüel ve sosyal-politik hareket olarak tanımlamaktadır (Porter, 2017). Porter'ın tanımında trans-hümanizm -hümanizmde olduğu gibi salt teknolojik ve bilimsel gelişime değil- açısından gelişimle insani, kültürel, ekonomik değerlerin ve sosyal-politik yapının dönüşümüne dikkat çekilmektedir. Porter'ın sorunlara odaklanan karamsar yaklaşımı, fütürist felsefeci Max More'un trans-hümanizmi, temel insani sınırlılıklarının aşılmasında kullanılan teknolojilerin sonuçlarını, vaatlerini ve olası risklerini inceleyen ve ilgili etik sorunları ele alan disiplin olarak değerlendirmesi ile iyimserliğe evrilmektedir (Humanity+, 2001). Zira More trans-hümanizmi, "kısmen türetildiği hümanizmin uzantısı" olarak değerlendirip, akılcı düşünce, öznellik, özgürlük, hoşgörü ve demokrasi bağlamında hümanizm ile özdeş kılmaktadır. Ancak hümanizmden farklı kılan unsurun ise trans-hümanizmde insan potansiyelinin ve dış dünyanın akılcı araçlarla geliştirilmesi olduğunu düşünmektedir. Bunun yanı sıra trans-hümanizmin Aydınlanmanın insanı geliştirme taahhüdünü yansıttığının ve buna karşı çıkan tüm düşünceleri reddettiğinin üzerinde önemle durmaktadır. Bu noktada "gelişim" ile "sürekli ilerleme sürecini"nin ihsas edildiğini, bunun da insan olarak "kendimizde, kültürümüzde ve çevremizde sürekli gelişim arayışı"ndan doğduğuna dikkat çekmektedir (More, 2013). Ayrıca trans-hümanistlerin de insanın refaha ulaşmasında akıl, değerler ve gelişimi esas aldıklarını belirterek, hümanizm ile yakın bağını güçlendirmektedir (Ferrando, 2013). More'un trans-hümanizmin teknoloji uygulamaları ile insanın zihinsel, fiziksel ve psikolojik gelişimini destekleyen değerleri ile hümanizmle örtüştürdüğü ve teknolojiyi bu yolda araç kıldığı ileri sürülebilir.

Ne var ki More'un insan gelişiminde hümanist temele ve değerlere yaptığı atıf, Porter tarafından insan gelişiminin araçları bağlamında eleştirilmektedir. Porter eleştirisini insan gelişiminin hümanizmde eğitim ve kültür aracılığıyla, trans-hümanizmde ise genetik mirastan kalan sınırlılıkların biyomedikal teknolojilerle giderilerek gerçekleştiği ayrımıyla

temellendirmektedir (Porter, 2017). Bu bağlamda More'un düşüncesi, idealize edilen ve tezde savunulan trans-hümanist anlayışa çok daha yakın görünmektedir. Zira trans-hümanizmin insanın gelişimi üzerinden insanı merkezde konumlandırması, akıl ve özgür irade üzerinden rasyonalitenin önemine işaret etmesi, gelişen bilim ve teknoloji ile dönüşmekte olan fiziki çevrenin insana değil, insanın çevreye tahakkümünü amaç edinmesi nedeniyle hümanizmin "artırılmış uzantısı" olarak değerlendirilebilir. Kaldı ki kavramsal olarak hümanizmin üstünde ya da ötesinde anlamını taşıyan trans-hümanizmin, hümanizmi ifade eden **"H"** simgesine "+" işaretinin eklenmesiyle tasarlanan **"H+"** simgesi de benzer ve farkları yanlarını da örtük olarak ortaya koymaktadır. "H+" simgesi ile trans-hümanizmin, hümanizme içkinliği anlaşılmakta, bu nedenle "artırılmış hümanizm" olarak da adlandırılabilmektedir (Dağ, 2018a: 170). Trans-hümanizm, hümanizmi ileriye taşırken köken aldığı bu anlayışla olan bağını "ultra-hümanizm" karşılığı ile de görünür kılmaktadır. Fakat **"ultra-hümanizm"** kavramını trans-hümanizmin bir çeşidi olarak değerlendirilen görüşe göre, kavramın "sürekli ilerleme, öz dönüşüm, iyimserlik, akıllı teknoloji, açık toplum, öz yönetim ve rasyonel düşünme"yi ilke edinerek insanın gelişimini ifade eden "**ekstropiyanizm"** (*extropianism*) ile özdeş kılınabileceği de ileri sürülmektedir (Ferrando, 2013). "Akılcılık, ilerleme ve iyimserlik" vurgusu ile hümanizmden fazla anlamıyla "ultra" ile hümanizmin üstünde anlamıyla "trans" ön ekleri yakın anlamlı kullanılabilmektedir. Hümanizmin "iyi tamamlanmış" özne ve kimlik ideali ile bu noktada koşutluk göstermektedir (Dağ, 2018a). Bu düşüncenin trans-hümanizmin homosantrik özelliğini vurgulayarak, "ultra-hümanizm" nitelemesini haklı çıkarır olduğu belirtilebilir.

Öte yandan Porter'a göre, insan gelişimi hümanizmde entelektüel ve sosyal boyutta soyut, trans-hümanizmde ise "biyolojik sınırların aşılması" ile somut bir nitelik taşımaktadır. Nitekim "hastalık, engellilik ve yaşlılık"tan oluşan "biyolojik kölelik"ten özgürleşme ancak bilim ve teknolojideki ilerleme ile olanaklı kılınabilmektedir (Dağ, 2018a: 167). İnsanı biyolojik sınırlılıklarını aşarak özgürleştiren araçlar ise biyomedikal teknolojiler olup, insan gelişiminin maddesel dayanağını ortaya koymakta ve trans-hümanizmi, hümanizmden ayırmaktadır. İnsanın yeni evriminde ve biyolojik özgürleşmesinde biyomedikal teknolojilerin belirleyici rolü trans-hümanizmin tıpla olan içkinliğine işaret etmektedir. Felsefe, biyoloji, mühendislik, (nano)teknoloji ve hukuk başta olmak üzere birçok disiplinle olan yakın bağına karşın, insan gelişimindeki şekillendirici özelliği ile tıp ile trans-hümanizm bağlantısı ele alınmayı gerektirmektedir.

Zira "insanın biyoteknoloji ile dansı" (Demir, 2018: 102) olarak da addedilen trans-hümanist felsefede insanın gelişimi; işlevini kaybeden organ ve uzuvların sentetik biyoloji

aracılığıyla yeniden üretilmesi, hücre ve DNA üzerinde değişiklik, kök hücre transferi, klonlama, bedenin dondurulması (*kriyonik*), genetik şifrelerin çözümlenmesi ve gen yapısının değiştirilmesi gibi biyomedikal teknolojilerle gerçekleştirilmektedir. Esasen nanoteknoloji, biyoteknoloji, enformasyon teknolojisi ve nöroteknolojinin (*Nano-Bio-Info-Cogno* / NBIC) insanın gelişime dolayısıyla trans-hümanizme hizmet ettiği görülmektedir. Bunların yanı sıra genetik, robotik, sibernetik ve yapay zekâ çalışmaları ile daha sağlıklı, daha uzun, daha refah bir yaşamda daha zeki ve çevreye daha çok tahakküm kurabilen insan ideali trans-hümanizmin özünü oluşturmaktadır (Demir, 2018; Dağ, 2018a). İşte, bu noktada teknoloji ile inşa edilen insan **"geçiş insanı" (*transhuman*)** olarak adlandırılmakta, engel ve sınırlılıklarının giderilmesiyle **"üst-ün insan"**a dönüşmektedir. Fakat trans-hümanizmin "üst-insan"ının insanın evrimsel doğası, sürekli gelişiminin uzantısı olarak "ebedi dönüşü" ve gelişimin özünde bulunan esas başlatıcı olan "güç istenci" bağlamındaki düşünsel temeline karşın, Nietzsche'nin "üst insan"ından farklı olduğuna dikkat etmek gerekmektedir. Aralarındaki yapısal farklılıkların ortaya konulması işaret edilen yeni öznenin anlaşılır kılınması bağlamında önemli görünmektedir.

Trans-hüman öznenin kimlik inşasının Nietzsche'nin "üst-insan" (Alm. *über-mensch*) tasarımından doğduğunu öne süren savın, *Zerdüşt Böyle Diyordu* adlı kitapta "[i]nsan, hayvanla Üst-insan arasına gerilmiş bir iptir-uçurumun üstünde bir ip" (Nietzsche; 1999: 21) ibaresinden dayanak aldığı anlaşılmaktadır. Zira Nietzsche'nin üst-insan formunda; insanın daha iyiye ulaşma yolunda bir geçiş varlığı olarak konumlandırılması, evrimsel olarak hâlihazırda olması gereken yerde olmadığının ve değişip gelişerek kendisinin ötesine geçmesi gerektiğinin ifadesi ima edilmektedir (Pahman, 2016). İlaveten değişim ve gelişimin sağlayıcıları olan bilim ve diğer araçların salt amaç olarak değerlendirilmesi, ahlaki değerlere "gelişimin engeli" olarak karşı çıkmasına karşın, eşitlik ve adalete yaptığı vurguyla trans-hümanist özne ile benzer kılan özelliklere değinilmektedir. (Dürre, 2017). Öte yandan "insanı, aşılması gereken bir şey" olarak değerlendiren Nietzsche'de insanın kendisi aşarak ötesine geçmesi, gelişimi ile mevcut değerlerin yıkımı ve insanı iradi varlık olarak kendi değerlerini yeniden yaratımına işaret edilmektedir (Nietzsche; 1999). Oysa trans-hüman özne ile bedenin iyileştirilip geliştirilmesinde organik ve antroposantrik (insan merkezci) bir yapıya işaret edilmektedir. Nietzsche'nin kimliklendirdiği yeni "üst" özneye erişebilme yolunda insan araç kılınmış ve "Tanrı-insan-doğa" üçlemesinde merkezi konumunu kaybetmiştir. Bu nedenle Nietzsche'nin üst-insanı "anti-hümanist", trans-hüman özne ise "ultra-hümanist" olarak anılabilmektedir (Dağ, 2018b). Bu bağlamda Nietzsche'nin "insan ötesi"ne karşılık gelen üst-insanının esasen

gelişmiş insanı ve gelişimin sürekliliğini ima eden "geçiş-insanı" trans-hüman özneye (*super-human*) değil, insanı aşarak ötesine geçen ve yeni bir öznellik yansıtan "insan-sonrası" post-hüman özne (*over-human*) ile özdeş kılınabileceği savunulmaktadır (Manzocco, 2017). Nitekim Nietzsche'nin anti-hümanist üst-insan formu ile temelde hümanizmin eleştirisinden ortaya çıktığı öne sürülebilen post-hümanizm (hümanizm-sonrası) üzerinden yükseldiği felsefi temel ve yöneldiği amaç bağlamında da çok daha benzerlik göstermektedir. Zira hümanizm insanı merkezde konumlandıran, bağlantılı olarak hayvan ve otonom *entité*ler gibi diğer türleri dışlayan türcü özüyle biyoçeşitliliği yok saymasından ötürü eleştirilmektedir (Çankaya, 2009). Bu doğrultuda post-hümanizm "seçkin seçilmiş" tikelin (insan) faydası uğruna yok sayılan tümeli (diğer türler) kucaklayıp, türler arası sınırları bulanıklaştırarak hümanizme yöneltilen eleştirileri gideren bir anlayış ve "çözüm" olarak sunulmaktadır.

Kaldı ki kavramın "sonrası", "-den sonra" ve "ötesi" anlamına gelen *"post-"* ön eki salt zamana değil, zamanla değişen niteliğe de işaret etmektedir (Güngör, 1993: 1154). **"Post-hümanizm"** (hümanizm sonrası); insan organizmasının ileri nanoteknoloji ile yeniden tasarlanması, zihnin makine/robotlara aktarılarak maddesel varlığının ortadan kaldırılması ve süresiz bir yaşama ulaşılması ya da insanın bilişsel yetilerini aşan yeni varlık türlerinin "yaratılması"nı destekleyen anlayış olarak tanımlanmaktadır. Kısaca bilim ve teknoloji aracılığıyla insan-hayvan-otomat sınırlarının belirsiz ve zihinsel ölümsüzlüğün olanaklı kılınmasını destekleyen düşünce biçimini ifade etmektedir. Bilişsel yetilerin makinelere yüklenmesi ve zihinsel boyutta/dijital ortamda varlık göstermesiyle ulaşılan "zihinsel ölümsüzlük" temelinde ise beden-zihin düalizminin ötesine geçilerek, bedenin ortadan kaldırılması söz konusudur (Kara, 2013). Bu noktada hem post-hümanizmin "bilimsel ve felsefi soykütüğü" hem de trans-hümanizm ile post-hümanizm ayrımı belirgin kılınmaktadır. Yukarıda belirtildiği üzere insan öznelliğinin dijitalleştirilmesi ve dijitalin özneleştirilmesi yolunda kullanılan araçlar bilimsel post-hümanizmin soykütüğü olarak değerlendirilebilir.

Felsefi soykütüğü ise Fransız düşünür, psikolog ve kuramcı Michel Foucault'nun (1926-1984) insan ruhunun ölümsüzlük ve özgürleşmesinin bedenden "kurtuluş" ile olanaklı kılınabildiğini savunan ontoloji anlayışından köken almaktadır. Foucault'nun *The Order of Things* (Kelimeler ve Şeyler)[11] adlı kitabında "[d]üşüncemizin arkeolojisinin sugötürmez bir şekilde gösterdiği gibi insan yakın tarihli bir buluştur. Ve belki de sonuna yaklaşmaktadır" (Foucault, 2002: 422) cümlesiyle de kurguladığı postmodern epistemoloji üzerine kurguladığı

[11] **Metnin özgün hali**: "As the archaeology of our thought easily shows, man is an invention of recent date. And one perhaps nearing its end" (Foucault, M., 2002, *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*, Routledge, London, 422).

"yeni aşkın özne"ye işaret etmektedir (Kara; 2013). İşte, post-hüman öznenin insan bedeninin yokluğu ile episteme üzerinden (var)oluşu Foucaultcu soykütüğü bu noktada görünür kılınmaktadır.

Nitekim insanın ontolojik imgesi **post-hüman** (insan-sonrası) öznellikte, trans-hümanizmdeki insan-makineden makineye ve dijital *entité*lere evrilmekte; trans-hümanizmdeki beden-zihin (madde-form) ikiliği insan-insan olmayan ikiliğine dönüşmektedir. Zira özne zihin-bilgisayar bütünlüğü ile yeni bir ontolojik nitelik ve epistemolojik kavrayış kazanmaktadır. Diğer bir ifadeyle zihnin yüceltilip, bedenin yok sayılması zamanla bedenin yokluğuna ve öteki türlerle sınırların ortadan kalkmasına yol açarak "hiper-gerçeklik" oluşturmaktadır. Böylece kadim insanlık tarihine yeni bir özne eklenmektedir ki bu yeni özne "siborg/sayborg" olarak adlandırılan ve hümanizm "devrimsel kırılma noktası"nı oluşturan yeni özne olarak anılmaktadır (Özbey, 2007). Hiper-gerçek dünyanın yeni öznesi olan ve "sibernetik organizma"nın kısaltılmasını ifade eden **"siborg/sayborg"** (*cyborg*), insanın engellerini ortadan kaldırmak amacıyla bedenine eklemlenen makinelerle oluşan "makine-insan birleşimi" olarak tanımlanabilmektedir. Ancak sayborg ile insanın bedenin değil, bedenini yönlendiren bilişsel yetilerinin en üst düzeye çıkarılması hedeflenmektedir. Bu hedef ise insanın bilişsel yetilerinin sınırlılıklarından ötürü makinelere aktarılmasıdır ki bu uygulama makinelerin insansılaştırılmasının yanı sıra insan bedeninin ortadan kaldırılmasının da yolunu açabilecektir (Kara, 2013; Özbey, 2007). Kısaca, trans-hümanizmin; insanın ileri teknolojinin sunduğu "hiper-gerçek" alanla kurulan ilişkide kendi yerini bulamaması, teknoloji karşısında kendi eksikliğini ve kısıtlı yetilerinin daha çok farkına varması, kendi üretimi olan teknolojiyi, daha iyi ve uzun yaşama yolunda kullanma arzusundan ortaya çıktığı belirtilebilir. Böylece daha uzun ömürlü, daha üstün zekâlı, fiziksel ve zihinsel olarak daha engelsiz insan olarak trans-hüman özne oluşmaktadır. Ne var ki post-hümanizm ise bedenin bir sureti olarak zihnin otorite kılınması, bedenin maddeselliğinden zihnin maddesizliğine geçiş, türler arasındaki sınırın kaybı ve dijital/zihinsel ölümsüzlüğe ulaşma arzusuyla mevcut insan formunu yok eden bir öznellik yaratmaktadır. Post-hüman özne olarak sayborg, hümanizmden koparak anti-hümanist zemin ve amaca sahip olan post-hümanizmin mahiyetini ve hümaniz ile trans-hümanizmden farkını da ortaya koymaktadır. Bu farkın önemi hem her iki entelektüel hareketin mahiyetinin anlaşılır kılınması hem de kavram çeşitlemesinden ötürü oluşan anlam kargaşası ve bağlantılı olarak ontolojik, etik ve hukuki kaygıların açıklığa kavuşturulması açısından da önem arz etmektedir.

Trans-hümanizm ile post-hümanizmin, devamı ya da karşıtı olarak hümanizmden ayrılma noktasında yapay zekânın, birbirlerinden ayrılma noktasında ise "süper zekâ" ve

otonom (özerk) varlıkların belirleyici rol oynadığı ileri sürülebilir. Zira "insanlık tarihinin en büyük mühendislik projesi" (Say, 2019: 81) olarak anılan "**yapay zekâ"**, doğal bilişsel etkinliklerin yapay sistemlere aktarılması ve aktarımın sonuçlarını inceleyen disiplini ifade etmektedir (Say, 2019). Yapay zekânın yapılan çeşitli tanımlarında farklı niteliklerine dikkat çekilse de esas anlamının zihinsel süreçlerin yapay sistemlerde varlığa getirilmesi olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin; Nabiyev'in (2005: 33) "[b]ir bilgisayarın ya da bilgisayar denetimli bir makinenin yüksek zihinsel süreçlere ilişkin görevleri yerine getirme yeteneği" olarak yaptığı tanımında esas anlamına işaret edilmektedir. Yine, Aydın'ın (2013: 9) "insan beynin yerine getirdiği işlevleri çeşitli açılardan makineler üzerinde taklit etmeye çalışan bir bilim dalı" tanımında da esas anlamı görülebilmektedir. Yapay zekânın temelleri Alan Turing'in 1950 yılından yayımlanan makinelerin düşünebilme olanaklılığını irdelediği ve makinelerin bilişsel etkinlikleri taklit edebileceği tezini içeren çalışmasıyla atılmıştır. Yapay zekâ sözcüğünün kullanımı ise beş yıl sonra gerçekleşmiş, ilk kez matematikçi John McCarty tarafından "düşünen bilgisayar üretmek" amacıyla Dartmouth Kolejinde (New Hampshire/ABD) dokuz bilim insanıyla birlikte yapmayı planladıkları çalışma için Rockfeller Vakfından destek isteyen dilekçede kullanılmıştır (Say, 2019). Sözü geçen tarihlerden ve isimlerden bugüne bir varlığın "zeki" sıfatıyla tanımlanması için gerekli nitelikler temelde şu şekilde belirlenmiştir: Muhakeme yapabilme, düşünebilme ve karar verebilme (özerk), dil kullanabilme, amaca yönelik eylemde bulunabilme, duyusal bilgiyi işleyebilme ve bu bilgiyi çevreyi geliştirmek için kullanabilme (Aydın, 2013). Bu niteliklerden muhakeme yapma ve karar verme bağlamında öz itibarıyla tanıdan tedaviye tıbbi kararlar ve tıbbi uygulamalarda işlevsel olması yapay zekânın tıpta kullanımının nedeni olarak değerlendirilebilir.

Tıpta yapay zekâ; hastalığın tespiti, kronik hastalıkların kontrol ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin ve sınırlı kaynakların adil dağıtımı, ilaç ve cihaz araştırmaları, robotik cerrahi, tıbbi enformatik, tıbbi istatistik, sentetik biyoloji ve genetik gibi alanlarda kullanılmaktadır. Temel olarak yapay zekânın tıbbın "fiziki ve fiziki olmayan alanında" kullanıldığı görülmektedir. Nanorobotlar, cerrahi robotlar, Alzheimer, yaşlı, çocuk (otizmli çocuk) bakımına destek veren "insansı robotlar" (*humanoid*) ve ilaç dağıtımını düzenleyen cihazlarla yapay zekâ fiziki alanda varlık göstermektedir. Örneğin, "psikoterapötik avatar" olarak adlandırılan robotla psikolojik bozukluklar, intihar eğilimi ve duygusal aşırılıklar önceden tespit edilip, halüsinasyon ve ağrı kontrolü yapılabilmektedir. Elektronik hasta kayıtları, bilgi yönetimi, hastane yönetimi ve kontrolü ise yapay zekânın tıpta fiziki olmayan kullanım alanını oluşturmaktadır. Özellikle elektronik hasta kayıtlarından edinilen bilgiyle belli algoritmalar da

kullanılarak kronik ya da genetik hastalık olasılığı hesaplanıp, gerçek zamanlı karar verilebilmektedir (Hamet & Tremblay, 2017). Yapay zekânın hastalıkların tespit edilip tanıya karar verilmesinde ve tedavinin planlanmasında hekime sunduğu bilgi kadar kararını gerekçelendirme noktasında da yardımcı olduğu anlaşılmaktadır. Görüntüleme tekniklerinde hastalıklarla ilgili örüntü saptama, bulaşıcı hastalıkların tanısında ve onkoloji hastalıklarının tedavisinde kullanılan sistemler bu doğrultuda örnek teşkil etmektedir (Say, 2019). Tıbbın uğraş ve araştırma alanında yapay zekânın erken tanı ve tedavi, kişiselleştirilmiş tıp, toplum sağlığının korunması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi hekime ve araştırmacıya doğrudan; hasta ve topluma ise dolaylı yardımı göz ardı edilemez niteliktedir. Ancak belirtilen faydalarının yanı sıra sağlık hakkı, yüksek maliyetli yapay zekâ teknolojilerinin adil dağıtımı, elektronik hasta kayıtları ile kişisel verilerin gizliliği, mahremiyetin ve özerkliğin ihlali, birincil faydalarına karşın riskleri ise hem tıbbi-adli hem de tıp etiği açısından sorunlara yol açabilmektedir[12]. Günümüz tıbbında yapay zekâ uygulamalarının yol açtığı tıbbi-adli ve etik sorunlara genel başlıklar halinde değinilse de geleceğin tıbbında yol açması muhtemel sorunların özellikle tam otonom *entité*lerin (insansı robotlar gibi) kullanımıyla baş göstereceği varsayılmaktadır. Geleceğin tıbbının çözümü zorlu bu sorunu aynı zamanda trans-hümanizm ve post-hümanizm ayrımımın da çekirdeğinde yer almaktadır. Geleceğin tıbbında hekimin varlığını tehlikeye atması ve öznellik kazanması muhtemel görünen tam otonom *entité*yi oluşturan "güç" ise Bostrom'un ifadesi ile **"süper zekâ"** ya da "**süper yapay zekâ"** olarak adlandırılmaktadır. Zira "[i]nsanların bilişsel performansını handiyse her alanda katbekat aşan her türlü zekâ" (Bostrom, 2018: 39) olarak tanımlanan süper zekânın "öznel bilince" iyeliği ise yukarıda değinilen soruna kaynaklık etmektedir (Bostrom, 2018: 39). Bunun da ötesinde insan zekâsının çok üstünde ve bilinç sahibi bir "varlık" tasarımı olarak görülmektedir. İlk kez 1920 yılında Çek yazar Karel Čapek (1890-1938) tarafından kaleme alınan *Rossum'un Evrensel Robotları* adlı oyununda geçen **"robot"** sözcüğü, Çekçe "ağır iş" ve "zorunlu işgücü"nü ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Oyunda Čapek her ne kadar insansı robotlardan söz etse de robotlara insan kimliği kazandırmanın "yaşama ağır hakaret" olacağını savunmuştur (Akt: Nilsson, 2019). Kavram olarak robot; bir dizi sensör aracılığıyla çevresinden bilgi toplama/edinme, yapay zekâ aracılığıyla edindiği bilgiyi işleme ve çevresiyle etkileşime geçme yetilerine sahip karmaşık teknolojik sistemi ifade etmektedir (Ars & Lambert, 2020). Robotun mahiyetini ortaya koyan bu tanımda "bilgiyi işleme" ve "çevresiyle etkileşime geçme" yetileri ile varlığı özerk kılan

[12] Tıpta yapay zekâ ve tam otonom robotların kullanımının yol açtığı mevcut ve yol açabileceği olası tıbbi-adli ve etik sorunların sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınması nedeniyle bu bölümde genel başlıklar halinde değinilmiştir.

temel unsurlardan (diğeri de karar verebilme yetisi) ikisi vurgulanmaktadır. Robota atfedilen ve onu özerk kılan nitelikler UNESCO'nun çağdaş robot tanımında da görülebilmektedir.

UNESCO Dünya Bilimsel Bilgi ve Teknoloji Etiği Komisyonu (*World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology*, COMEST) tarafından "çağdaş robot" şu dört özellikle karakterize edilmektedir (UNESCO-COMEST, 2017: 4):

1. **Hareketlilik:** Hastane gibi insanların bulunduğu ortamlarda işlevsellik ve kolaylık sağlaması açısından hareket edebilme yetisine sahip olma.
2. **Etkileşim:** Sensör ve işleticiler aracılığıyla çevreden ilgili bilgiyi toplayıp, işleyerek ilgili çevrede gerektiği gibi ve zamanda kullanabilme yetisine sahip olma.
3. **İletişim:** Bilgisayar ara yüzü, ses tanıma ve ses sentezi sistemleri ile ilgili kişilerle iletişim kurabilme yetisine sahip olma.
4. **Özerklik (otonomi):** Kendi kendine düşünebilme ve dışarıdan bir itki/kontrol olmadan karar verebilme yetisine sahip olma.

UNESCO'nun çağdaş robotu oluşturan gerekli koşullarının, robotu insansı kılan temel özellikleri içerdiğini, insandan ayıran sezinç ve duyumsal yetileri ise Avustralyalı felsefeci ve biyoetik uzmanı Peter Singer tarafından tamamlanmakta ve robota "organik olmayan öznellik" atfedilmektedir.

Singer'ın robot tanımında kullandığı "Duyumsa-Düşün-Eyleme Geç" (*Sense-Think-Act*) dizgesi ile tasarlanmış bir yapıya biyolojik özelliği olmasa da zihinsel ve edimsel açıdan canlılık ve insanilik özellikleri kazandırılmaktadır (Singer, 2009: 62). Yapay zekâ ile donatılmış otonom *entité*lerin trans-hümanizm ile ilgili varoluşsal kaygı uyandırmasının yanı sıra bu *entité*lerin özerk kılınması hukuki ve etik açıdan da önemli sorunlara yol açmaktadır. Zira salt yapay ya da süper yapay zekânın kullanımı değil, bizatihi varlıklarının ontolojik kabulüyle hukuki ve etik sorumluluk açısından özellikle tıbbın uğraş alanında verecekleri zarardan kim(ler)in sorumlu tutulacağı noktasında sorunlu olduğu anlaşılmaktadır. İşte, bu ve benzeri sorunlara çözüm üretme ve dahi öngörüyle olası sorunları tahmin edip, önlemek amacıyla yollar geliştirilmesi bağlamında klinik etik ve adli danışmanlığa bugünün ve trans-hümanizmle şekillenecek geleceğin tıbbında gereksinim duyulduğu ileri sürülebilir. Nitekim her iki danışmanlığın tarihsel kökleri ve tarihsel süreçte başta klinik etik ve klinik adli tıbbın gelişimine zemin hazırlayan art alanı da bu savı destekler niteliktedir.

2.2. TARİHSEL İZLEK

Nietzsche'nin (2015: 1) "biz tarihe yaşam ve eylem için gereksiniyoruz, yaşamdan ve eylemden rahatlık içinde yüz çevirmek için değil (…)"sözleri, tarihe farklı bir bakış açısı sunar. Zira "anıtsal ve antikacı tarih" yazımını eleştiren Nietzsche'ye göre tarih, olguların deneyimlenerek anlam ve yön kazanması olup, tarih yazımı da bu yönde olmalıdır. Diğer ifadeyle ne geçmişin safi övgüsüyle "dünün imgesinde" sıkışıp kalarak ve bugünü yok sayarak, ne de geçmişi salt kendi içinde değerlendirip, bugünle bağını koparark. Nitekim her iki tür de tarihi "kuru bilgi kümesi" haline getirir ve bugüne hizmet etmez, ona göre. Oysa tarihin "yaşama hizmet etme" işlevi söz konusudur ve bu işlevi ancak bugünle bağını kurarak yerine getirebilir (Nietzsche, 2015). Bu bölümde Nietzsche'nin tarih anlayışıyla klinik etik danışmanlık, klinik adli danışmanlık ve trans-hümanizmin soy kütüğü ortaya konulmaya çalışılmıştır. Nitekim Türkçe ve İngilizce literatür incelemesinde klinik adli danışmanlık ile ilgili doğrudan kaynağa ulaşılmamasına karşın, kurulan geçmiş-bugün bağı ile konunun art alanı ortaya konulabilmiştir. Geçmiş-bugün-gelecek bağı ise üç konuda da kurulmuş böylece klinik etik ve adli danışmanlığın önemi, günümüzde ve gelecekte gerekliliği dünün deneyimlenen olguları ile temellendirilmiştir. Teknolojinin felsefi tezahürü olan trans-hümanizmin ortaya çıkışı da teknoloji tarihi üzerinden ele alınmış, bu yolla biyomedikal teknolojilerin hâkim olacağı geleceğin tıbbını niçin trans-hümanizmin şekillendireceği savımız da yine geçmişin mirasıyla gerekçelendirilmiştir. Kısaca bu bölüm tarihin, bugüne ve geleceğe hizmeti düşüncesi esas alınmıştır.

2.2.1. Klinik Etik Danışmanlığın "Soy Kütüğü"

Tıbbın uğraş alanında ortaya çıkan etik ikilem/sorun ve belirsizlikleri çözerek, verilen kararın etik açıdan haklı çıkarılmasında bir "bilen"e başvurma anlayışının gelişiminde birçok etkenin rol oynadığı ifade edilebilir. Zira bilimsel ve teknolojik gelişmelerden doğan sorunlar kadar küresel konjonktürde geçerli olan ve varlık gösterilen toplumun törel/kültürel değerleri, düşünce biçimi, sosyoekonomik gerçekliği ve siyasi yapısı ile koşut gelişim göstermekte ve bütüncül değerlendirme gerekmektedir (Löwy, 1994). Nitekim Fox ve Swazey'nin (1984: 336, 360) biyoetik kavramına yönelik açıklamaları da yukarıdaki sava örnek teşkil etmektedir: "Biyoetik, sadece biyoetik değildir… biyoetik … toplumumuzun, kültürel geleneğimizin ve kolektif bilincimizin temeli olan inançlar, değerler ve normlardan başka bir şeyle

ilgilenmemektedir"[13]. Aynı şekilde klinik etik danışmanlık da klinikte ortaya çıkan etik sorunlar ve bu sorunlara genel anlamda evrensel, özel anlamda ise yerel değerler, normlar, ilgili konuda hâkim anlayış ve düşünce biçimi ile örtüşen çözüm arayışı ile gelişmiştir. Dolayısıyla bu olgusal mahiyetin klinik etik, klinik etik komite (KEK) ve hastane etik kurulun (HEK)[14] da geçerli olduğu ifade edilebilmektedir. Bu bağlamda, tıp etiğinden biyoetiğe evrilen süreçte klinik etiğin bir alt disiplin olarak ortaya çıkışına değinmek, klinik etik danışmanlık anlayışının varoluş sürecine ve art alanına ışık tutacak ve soy kütüğü ile temellendirilmesine yardımcı olacaktır.

Klinik etiğe yönelik ilk çalışmaların 1950'li yıllardaki gelişmelerle ortaya çıktığı ifade edilse de 1960'lı yılların sonlarında **Kanada** ve Amerika Birleşik Devletleri'nde[15] (ABD) başladığı görülmektedir. Bu çalışmaların yapılmasına yol açan başat unsurlar ise klinik uygulamaların zor ve değer temelli yapısı, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin tıbbi uygulamalarda ortaya çıkardığı sorunlar ve bu sorunların yasal ve toplumsal boyuta tartışılması ile açıklanmıştır (Fletcher & Brody, 2004). Ayrıca **Amerika**'da yaygınlaşan insan hakları mücadelesi ve yeni toplumsal hareketler, insan üzerinde yapılan araştırmalarda yasal ve etik arayışlar, bu araştırmalarda sağlık kurumları ve politikalarının hastaları ve "denek"leri yeterince koruyamaması ve bu duruma gösterilen tepkiler de etkili olmuştur. Bahsi geçen unsurları her ne kadar Fox (1990: 202) 1960'lı yıllarda "biyoetik hareket"in başlamasına dayanak olarak gösterse de klinikte etiğe duyulan gereksinimde ve bu yöndeki farkındalıkta da varlıklarını yadsımak olası görünmemektedir.

Öte yandan 1953 yılında Watson ve Crick tarafından DNA'nın keşfinin ilan edilmesi ile başlayan öjeni ve klonlamaya ilişkin etik sorunların etkili olduğu da ifade edilebilir. Bunun yanı sıra 1954 yılında canlıdan yapılan ilk böbrek nakli ile baş gösteren aydınlatılmış onam ve onama karşın vücut bütünlüğünün bozulmasına yönelik tartışmalar gelişen biyoteknolojinin klinikteki varlığının etik açıdan sorgulanmasını sağlamıştır (Aksoy, 2003). 1960'ta Amerikalı hekim Belding H. Scribner'ın kronik böbrek hastalarının hemodiyalizini mümkün kılan arteriyovenöz şantı geliştirmesi de etik sorunları beraberinde getirmiştir. Zira bu teknolojiyle cihaz sayısının sınırlı olması, ileri yaş ve/veya son dönem böbrek hastalarının diyalize alınıp alınmayacağına

---

[13] **Metnin özgün hali**: "Bioethics is not just bioethics, …bioethics deals ... with nothing less than beliefs, values, and norms that are basic to our society, its cultural tradition, and its collective conscience." [Fox, R.C. & Swazey J.P., 1984, Medical morality is not bioethics: Medical ethics in China and the United States, *Perspectives in Biology and Medicine*, 27(4), 336, 360].

[14] **"Kurul"** kavramı herhangi bir görevi yerine getirmek ya da bir kuruluşu temsil etmek amacıyla bir araya gelmiş insanlardan oluşan topluluk, "heyet" anlamına gelmektedir. "Komite" ise kurul içerisindeki daha küçük bir yapıyı, "alt kurul" ya da "komisyon"u ifade etmektedir (TDK, n..d., Kurul & komite, Türk Dil Kurumu, http://sozluk.gov.tr/, Ziyaret tarihi: 5 Haziran 2019). Dolayısıyla, literatürde HEK ve KEK'lerin eş anlamlı kullanımlarına karşın, bu çalışmada KEK'lere nazaran HEK'lerin daha kapsamlı yapıları ihsas ettiğini vurgulamak amacıyla "kurul" ve "komite" ayrımına dikkat edilmektedir.

[15] Tezin bundan sonraki kısmında genel olarak "Amerika" olarak kullanılacaktır.

yönelik kararı gerektirmesi etik sorunlara zemin hazırlamış; diyalize alınacak hastayı seçmek üzere 1962 yılında bir komitenin kurulmasını sağlamıştır. Ancak kuruluş amacı ve işlevi bağlamında **"Tedavi Komitesi"** olarak adlandırılan bu komitenin diyalize alınacak hastanın seçiminde eğitim, işgücü, anne-baba olma gibi sosyal statüsünün esas alınması eleştirilerin kaynağı olmuştur (Fletcher & Brody, 2004). Nitekim tıp etiğinin adalet ilkesi ile çelişen ve "etik duyarsızlık" olarak da değerlendirilen bu yaklaşım "kimin yaşayıp, kimin öleceğine karar veren komite" ya da **"Seattle Tanrılar Komitesi"** (*Seattle God Committee*) adıyla anılmasına yol açmıştır (Doğan, 2012). Bahsi geçen komitenin hastane bünyesindeki hekim ile hekim dışı kişilerden oluşması ve salt tıbbi açıdan diyalize uygun hastaları seçmek amacıyla kurulması; bu yapıyı mahiyeti, üyeleri ve amacı bağlamında etik komiteden uzaklaştırmıştır. Başka bir ifadeyle yanıtı aranan sorunun ötesinde verilen kararın etik açıdan haklı çıkarılamaması, varoluş amacı ve mahiyeti, komiteyi etik komiteden ayırıp, tıbbi kararların verildiği bir yapıya dönüştürmüştür. Bu doğrultuda, "Tedavi Komitesi"nin değer sorunlarına çözüm arayan, etik açıdan kabul edilebilir kararlar veren ve değerler bilgisine sahip uzman kişilerden oluşan bir etik komite olarak addedilmesi zorlama bir değerlendirme olarak görülmektedir. Zira izleyen yıllarda salt etik sorunlara eğilen, etik açıdan meşru kılınabilir kararlar vermek amacıyla değerler temelinden yükselen kurul ve komitelerin kurulması aradaki farkı ortaya koymakta ve bu savı desteklemektedir.

Yine, Güney Afrikalı Cerrah Christiaan Barnard'ın 1967 yılında geri dönüşsüz beyin hasarı saptanmış donörden aldığı kalple gerçekleştirdiği ilk başarılı kalp nakli, beyin ölümünün tanımını elzem kılmış ve organ naklinde alınacak ölçütler başta olmak üzere birçok etik sorunu da beraberinde getirmiştir (Fletcher & Brody, 2004). Harvard Tıp Fakültesi (*Harvard Medical School*) beyin ölümü tanımını yapmak ve "kadavradan organ nakli" konusunda etik sorunlara çözüm sunmak amacıyla **"Harvard Kriterleri"** adlı koşulları hazırlamıştır. Özellikle organ naklini gerçekleştirecek hekimin, beyin ölümü tanısını koyacak hekim kurulunda bulunmaması koşulu bugün de geçerli olup, etik açıdan herhangi bir çıkar çatışmasına mahal vermemek adına önem arz etmektedir (Çil & Görkey, 2014). Bu süreçte yaşanan etik sorunların disiplinlerarası bir anlayışla sistematik olarak irdelenmesi ve çözümlenmesi amacıyla 1969 yılında Amerikalı felsefeci Daniel Callahan ve psikanalist Willard Gaylin öncülüğünde "dünyanın ilk biyoetik merkezi" olan ***Hastings Center***[16] (New York) kurulmuştur. Adı geçen merkez özellikle genetik

[16] "İnsani Değerler ve Bilimler Çalışma Merkezi" (*Center for the Study of Value and the Sciences of Man*) adıyla 1969'da kurulan merkez, aynı yıl adını "Toplum, Etik ve Yaşam Bilimleri Enstitüsü" (*Institute of Society, Ethics, and the Life Sciences*), 1970'te ise enstitünün bulunduğu yerin ismiyle "Hastings Center" olarak değiştirmiştir. Günümüzde de "Hastings Center-Biyoetik Araştırma Enstitüsü" (*Hastings Center - Bioethics Research Institute*) olarak anılmaktadır [Aksoy, Ş., 2003, *Tıp*

çalışmalar, organ nakli ve yaşam sonu kararları ile ilgili konularda çalışmalara ağırlık vermiştir (Aksoy, 2003). Bunun yanı sıra dönemin tıbbi uygulamalarında ortaya çıkan etik ikilem/sorunlarına çözüm bulmak; tıp etiği eğitimi vererek uzman yetiştirmek; seminer, konferans ve yayınlarla toplumsal farkındalığı artırmak amacıyla 1971 yılında Georgetown Üniversitesi bünyesinde **Kennedy Etik Enstitüsü** (*Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University*, Washington DC) kurulmuştur (Harvey, 2004). Söz konusu merkez ve enstitünün tıp etiğinin kurumsal bir yapı içinde, sistematik olarak gelişmesine katkıda bulunduklarına görülmektedir (Terzioğlu, 1995). Dolayısıyla günümüzde biyoetik alanında eğitim ve araştırma faaliyetlerine ilaveten biyomedikal teknolojilerin kullanımından doğan etik ikilem/sorunlara eğilmiş olsalar da kuruldukları dönemde KEK/HEK ve klinik etik danışmanlık bağlamında belirleyici ve etkin rol oynamadıkları ileri sürülebilir.

Yukarıda bahsi geçen süreçte **Kanada**'da ise piskoposlar tarafından Katolik sağlık kuruluşlarında yönetsel işleyişi, sağlık çalışanlarının eylemlerini ve tıbbi uygulamaları Katolik değerlere uygun kılma yönünde klinik etiğe adım atılmaya başlanmıştır. Zira Kanadalı piskoposlar karşılaşılan etik sorunlara çözüm bulmak ve Katolik değerlere uygun kararlar vermek amacıyla 1971 yılında hastanelerde etik komitelerin kurulmasını salık veren **"Tıp Ahlak Kılavuzu"** yayımlanmıştır. Tıbbın ahlaki değerlerinin oluşturulması yönünde atılan bu adım, klinik etik komitelere olduğu kadar değerler bilgisine sahip kişilerin varlığına da gereksinim doğurmuştur. Ancak hekimlerin büyük bir kısmı verilecek kararlarda sorumluluklarını bu kişilerle paylaşmanın klinikte otorite kaybına yol açacağını düşünerek, etik komitelere ve danışılacak kişilerin varlığına karşı çıkmıştır (Atıcı, 2003). Hekimlerin güç kaygısının ve Kanada'da atılan bu adımın belli bir dini zümre hegemonyasında (danışman olarak Katolik ahlakını bilen kişi olması nedeniyle salt teologların önerilmesi) bulunmasının klinik etik komitelerin ve klinik etik danışmanlığın gelişimini ve yaygınlaşmasını yavaşlattığı ileri sürülebilir. Öte yandan KEK/HEK ve klinik etik danışmanlık anlayışının temelinin atılması bağlamında bu anlayışın "nüvesi" olarak da değerlendirilebilir. Zira bu adımın tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan değer çatışmalarının ve etik ikilemlerin çözümünde, etik soruların yanıtlanmasında ve verilecek kararın etik açıdan geçerli kılınmasında "değerler ve etik bilgisine sahip bir uzman"a danışmayı gerektirmesi bağlamında önemli olduğu ileri sürülebilir. Klinik etiğin ve uzantısı olarak KEK/HEK ile klinik etik danışmanlığın kimlik kazanma sürecinde ise 1970'li yılların ikinci ve 1980'li yılların ilk yarısında Amerika'da yaşanan, özellikle yaşamın

etiğinin ülkemizdeki ve dünyadaki yeri, Çağdaş Tıp Etiği, In: Demirhan-Erdemir, A., Öncel, Ö. & Aksoy, Ş. (ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 3-16].

başlangıcına ilişkin sorunlu vakaların etkili olduğu görülmektedir. Bunlara Karen Ann Quinlan, Bebek Doe, Bebek Jane Doe ve Nancy Cruzan vakaları örnek olarak verilebilir. Dax Cowart vakası ise yukarıda adı geçen vakalar kadar belirleyici olmasa da ilk olması açısından önem arz etmektedir.

Teksas'ta (Amerika), 1973 yılında propan gazının patlaması sonucu vücudunun yüzde 65'inden fazlasında, yüzünde ve ellerinde 3. derece yanık oluşan **Dax Cowart**'ın (1947-2019) tedaviyi reddetmesine ve yaşamının sonlandırılmasını istemesine karşın, tedavi ve bakımının sürdürülmesi etik açıdan tartışmalara yol açmıştır. Zira patlama öncesi hava kuvvetlerinde pilot olarak çalışan ve aynı zamanda takım kaptanlığı yapan 25 yaşındaki bir gencin yaşamının kalan kısmını "fiziksel ve ruhsal acılar içinde", "kör, engelli ve başka insanlara bağımlı" olarak sürdürmeyi istememesine rağmen 14 ay (6 ay hastanede, 8 ay rehabilitasyon merkezinde) tedavi ve bakım verilmesi hastanın özerkliğine saygı bağlamında sorgulanmıştır. Yaşam niteliği oldukça düşük görünen, başkasına tabii olarak yaşayacak olan, ağrı/acı çeken ve karar verme yeterliğinde olan bir hastanın isteklerinin göz ardı edilmesi özerkliğe saygı ilkesinin çiğnenmesinin yanı sıra yaşamın sonuna ilişkin kararlar, tedavinin reddi ve yaşamın niteliği konusunda da sorgulamaları elzem kılmıştır (Gerrek, 2018). Fakat Dax Cowart vakasına yönelik sorgulamaların, tedavinin devamına ilişkin kararları, yasal ve etik kuralları ve sorunlu noktalara dair yaklaşımı değiştirecek kadar etkili olmadığı anlaşılmaktadır.

Klinik etik, KEK/HEK ve klinik etik danışmanlığın gelişimde "kilometre taşı" ise 1975 yılında New Jersey'de (Amerika) yaşanan **Karen Ann Quinlan** vakasıyla ortaya çıkan yasal, sosyal ve etik tartışmalar olmuştur (Fletcher & Brody, 2004). Karen Ann Quinlan'ın (1954-1985) alkol ile benzodiazepin'i[17] birlikte alması sonucunda 15 dakika süreyle iki kez solunumu durmuş, kaldırıldığı Newton Memorial Hastanesinde (*Newton Memorial Hospital,* New Jersey) solunum cihazına bağlanmış, nörologlar tarafından "bitkisel hayata girdiği" ve geri dönüşün neredeyse olanaksız olduğu belirtilmiştir. Quinlan'ın anne ve babası, kızlarının bu durumda "yaşama"sını istememiş ve cihazların kapatılarak, yaşam desteğinin çekilmesini talep etmiştir. Ancak hastane yetkilileri ve Quinlan'ın hekimleri ağırlıklı olarak yasal ve sosyal kaygılarından ötürü ailenin bu talebini reddetmiştir. Bunun üzerine vasi tayin edilen Baba Joseph Quinlan tedavilerin durdurulması için mahkemeye başvurmuştur. Mahkeme, cihazların kapatılması

[17] **Benzodiazepinler:** Sakinleştirici etkisi olan, "sedatif-hipnotik", ilaçlar. Kaygı bozukluğu ve ilgili diğer bozukluklarda etkisini hızla göstermesi ve yan etkilerinin az olması nedeniyle kullanılan ilaç grubu. 1960'lı yıllarda kullanıma başlanan bu gruptaki ilaçlar, bağımlılık oluşturma riskinden ötürü 1980'li yıllarda daha az tercih edilmiş, 1990'lı yıllarda ise söz konusu riskin olmadığı tespit edilerek yeniden reçete edilmeye başlanmıştır [Dökmeci, İ. & Dökmeci A.H., 2005, *Benzodiazepin,* Büyük Tıp Sözlüğü, 2. bs., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 82; Gök, Ş., 2006, Benzodiazepinler, *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci.*, 2(1), 1-10].

halinde Karen Ann Quinlan'ın öleceğini, bunun "yardıma muhtaç olan bir kişiye karşı mahkemenin/devletin koruma yükümlülüğünü yerine getirmeme"si anlamına geleceğini ve bitkisel hayatın, beyin ölümü olmadığını gerekçe göstererek, babanın talebini reddetmiştir. Üst mahkeme ise insanın "kendi yaşamı üzerine karar verme hakkı"nın, devletin yaşamı koruma yükümlülüğünden daha önemli olduğunu ve bu hakkın yasal temsilci tarafından kullanılabileceğini öne sürerek, verilen kararı bozmuş ve babanın talebini kabul etmiştir (Kennedy, 1976). Üst mahkeme kararıyla 1976 yılında tüm yaşam destek cihazları kapatılarak, Karen Ann Quinlan kaderine terk edilmiş olsa da bilinci kapalı olarak kendi başına soluk almaya (spontan solunum) başlamıştır. Bir bakım evinde nasogastrik tüple beslenerek, bitkisel hayatta, dokuz yıl daha yaşamış ve 1985'te yaşamını kaybetmiştir (Battelle, 1985). İşte, bu vakayla ortaya çıkan "mediko-moral" nitelikteki ikileme çözüm arayışı hastanelerde etik kurullar ya da klinik etik komitelere içkin olarak da klinik etik danışmana gereksinimi ortaya koymuştur. Zira ailenin talebinin eyalet mahkemesi tarafından reddedilmesine karşın üst mahkemece kabul edilmesi yönündeki çelişkili kararlar tartışmaların ve vakanın "mediko-moral" boyutunu derinleştirmiştir (Stryker, 1996). Mahkemenin yaşam desteğinin sonlandırılmasına yönelik kararının toplumda tepkilere yol açması da vakanın yasal olduğu kadar sosyal ve etik yönlerinin de fark edilmesini sağlamış ve tüm taraflarca ortak kanıya varmak amacıyla bir etik komitenin/kurulun varlığı önem kazanmıştır (Atıcı, 2003). Nitekim Quinlan'ın ailesiyle hekimleri arasındaki değer çatışması; yaşam ve ölüme yüklenen anlam, yasal vesayet, "yaşayan dilek" olarak da adlandırılan ileriye dönük hasta direktifleri hususlarında da vakayı etik açıdan sorunlu ve tartışmalara açık kılmıştır. Bu noktada öncelikle bahse konu sorunlara çözüm bulan, insan onuru ve değerlerini dayanak alıp etik açıdan haklı çıkarılabilir kararlar veren bir yapıya, klinik etik danışmanlığa, duyulan gereksinim önem kazanmıştır.

Quinlan vakasının yanı sıra Amerika'da yaşanan Bebek (Baby) Doe[18] (1982), Bebek (Baby) Jane Doe (1983) ve Nancy Cruzan (1983) vakaları da etik, hukuki ve sosyal boyutta sorunlu olup, bu yöndeki tartışmaları artırmıştır. **Bebek (Baby) John Doe**, 9 Nisan 1982 tarihinde Bloomington Hastanesinde (*Bloomington Hospital*, Indiana) dünyaya gelmiş, özofagus atrezisi (yemek borusu eksikliği/yokluğu) ve Down sendromu tanısı konulmuştur. Bebek Doe'nun hekimleri, ailesine, acil ameliyat ile yemek borusunun onarılması gerektiğini

[18] **John Doe:** Mahkemeye intikal eden vakalarda gizliliği korumak amacıyla kimliği saklanan kişiye verilen takma isim. Benzer kullanım Bebek (Baby) Jane Doe vakasında da söz konusu olup, her iki isim de "ortalama bir kadın ya da erkek" anlamını ifade etmektedir (Cambridge Dictionary, n.d., *John Doe*, https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/john-doe?q=john-doe%2C, Ziyaret tarihi: 7 Haziran 2019).

ve tek tedavi seçeneğinin bu olacağını ifade etmiştir. Ancak aile Down sendromlu bir bebek istemediklerini belirterek, ameliyata onam vermemiş, bunun üzerine hastane yetkilileri ve hekimleri, daha çok kendilerini çatışmalardan korumak ve ameliyat iznini alabilmek amacıyla, mahkemeye başvurmuştur. Mahkeme, ailenin tercih yapmakta özgür olduğu ve tercihinin uygulanması gerektiği kararına varmıştır (Lang, 1985). Hekim ve hastane yetkililerinin bu karara karşı çıkıp, temyiz mahkemesine başvurmalarına karşın temyiz mahkemesi de anne babasının Bebek Doe'yu sevdiğine, onun en yüksek yararına yönelik tercih yaptığına, bu durumda tedavi verilmemesine ve bebeğin sağlığı ile ilgili kararlarda ailenin tam yetkili olduğuna karar vermiştir. Bebek Doe tedavisiz bırakılarak kaderine terk edilmiş ve 15 Nisan 1982 tarihinde açlıktan yaşamını kaybetmiştir (Berseth, 1983). Bebek Doe vakası başta Amerika'daki "yaşam-taraftarı" (*pro-life*) grupların ve Amerikan Pediatri Akademisi (*American Academy of Pediatrics,* AAP) gibi meslek örgütleri olmak üzere çok sayıda hekim ile halkın tepkisini çekmiş ve engelli yenidoğanın tedavisiz bırakılarak kaderine terk edilip edilemeyeceği noktasında tartışmaları başlatmıştır.

Bebek Doe vakasına benzer tartışmalar 15 Ekim 1983 tarihinde, Long Island'da (New York) dünyaya gelen **Bebek (Baby) Jane Doe** vakasında da yaşanmıştır. Hekimleri, Bebek Jane Doe'ya spina bifida (ayrık veya açık omurga), mikrosefali (baş ve baş çevresinin normalden oldukça küçük olması) ve hidrosefali (beyin omurilik sıvısının beyinde birikmesi) tanısı koymuşlardır. Aileye Bebek Jane Doe'nun ciddi derecede beyin hasarı, epilepsi ve felçle yatağa bağlı bir şekilde yaşamını sürdüreceğini de belirtmişlerdir (HHS, 2014). Bunun üzerine ailesi onarılabilecek hastalıkları için önerilen cerrahi müdahalelerden çok, evde palyatif bakım uygulamaya kararı vermiş ve Bebek Jane Doe'nun tıbbi kayıtlarını alarak hastaneden ayrılmıştır. Bu durum, ailenin bebeğini "tıbbi durumu ve zihinsel engeli dolayısıyla tedavisiz bırakıp, yaşam hakkını elinden alması" olarak değerlendirilmiştir. Avukat Lawrence Washburn'ün mahkemeye başvurması ve ailenin verdiği kararın mahkemece uygun bulunması üzerine sosyal, hukuki ve etik tartışmalar yeniden başlamıştır (White, 2011). Bebek Jane Doe vakasının KEK/HEK'ler ve klinik etik danışmanlık bağlamında en çok önem arz eden boyutu ise AAP tarafından 1984 yılında hastanelerde yenidoğan biyoetik komitelerinin kurulmasını öneren ve biyoetik danışmanlığın önemini vurgulayan **"Yenidoğan Biyoetik Komiteleri Kılavuzu"**nun (*Guidelines for Infant Bioethics Committees*) yayımlanmasıdır. Kılavuzda; yenidoğan bakım hizmeti veren her hastanede özellikle ciddi hastalıkları bulunan ya da engelli yenidoğanların tedavilerinin başlatılması veya sonlandırılmasıyla ilgili zor kararlarda inceleme

yapan ve danışmanlık veren bir komitenin gerekliliğine dikkat çekilmiştir[19]. Ayrıca bahsi geçen komitenin vakaları ileriye (*prospektif*) ve geriye dönük (*retrospektif*) olarak inceleyip, politika üretme ve eğitimde de işlevsel olacağına değinilmektedir (AAP, 1984). Bu önerinin, klinik etik komitelerin yanı sıra "yenidoğan biyoetik komiteleri" gibi salt bir uzmanlık alanının etik sorunlarıyla ilgilenen, politika geliştiren ve eğitim veren özel komitelerin kurulmasına yönelik önemli bir adım ve gereksinimin ötesinde farkındalık olduğu ifade edilebilir. Yukarıda adı geçen ve engelli yenidoğanda yaşamın sonuna ilişkin hukuki ve etik tartışmalar siyasi arena da karşılık bulmuştur. Amerika'da dönemin Başkanı Ronald Reagan her iki vakada alınan kararlara yönelik tartışmalar ile meslek örgütlerinin ve halkın tepkisine kayıtsız kalmamış, Başkanlık Komisyonundan 1974 yılında yayımlanan Çocuk İstismarını[20] Önleme ve Tedavi Yasasının (*Child Abuse Prevention and Treatment Act*) güncellenmesini talep etmiştir. Komisyon, bahse konu vakalarda oluşan etik belirsizlikleri giderecek ve sorunların önüne geçecek şekilde **"Çocuk İstismarı Yasası-1984 Değişiklikleri"** (*Child Abuse Amendments of 1984* / P.L. 98-457) adıyla mevcut yasayı güncellemiştir. **"Bebek Doe Düzenlemesi"** (*Baby Doe Amendment*) olarak da anılan bu düzenleme uyarınca hekimler ve sağlık kuruluşları doğuştan bozuklukları ne denli ağır ve yaşama olasılıkları ne denli düşük olursa olsun tüm yenidoğanların yaşamını sürdürmek için ellerinden geleni yapmakla yükümlü kılınmıştır (HHS, 2014). Yönetmelik daha sonra Amerikan Psikoloji Birliği (*American Psychological Association,* APA), Amerikan Hekimleri Koleji (*American College of Physicians,* ACP) ve Amerikan Hemşireler Birliği (*American Nurses Association,* ANA) gibi sağlık meslek örgütlerinin başvurusu üzerine federal mahkeme tarafından usulen bozulmuş, yeniden düzenlenerek uygulamaya konulmuştur (Hentoff, 1985). Yeniden düzenlenen yönetmelikte yapılan değişiklik ile uygulanacak girişimin yaşamı değil, ölümü uzatacak bir girişim olması, tedavinin "nafile/boşuna tedavi" (*futile treatment*) olması ve geri dönüşsüz koma durumunda

[19]1990'lı yılların başında sadece tedaviye başlanması ya da tedavisiz bırakılmaları bağlamında engelli yenidoğanlara ilişkin kararları vermek üzere toplam üç etik komitenin bulunduğu bildirilmektedir (Doğan HH. *Kurumsal Etik Komitelerin Sağlık Hizmetindeki Yeri*. İstanbul: Yüce Yayım, 2012). Son yıllarda ise Amerikan Pediatri Akademisine bağlı biyoetik komitesinin yanı sıra çocuk hastanelerinde klinik etik komiteler bulunmaktadır. Aynı şekilde Kanada'da da Kanada Pediatri Derneği (*Canadian Pediatric Society*, CPS) bünyesinde bulunan biyoetik komitesine ilaveten çocuk hastanelerinde klinik etik komitesi ya da servisi adıyla hizmet sunulmaktadır (AAP, 2019, *AAP Committees*, https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/Committees-Councils-Sections/Pages/AAP-Committees.aspx, Ziyaret tarihi: 11 Haziran 2019; CPA, 2017, *Bioethics Committee*, https://www.cps.ca/en/documents/authors-auteurs/bioethics-committee#position, Ziyaret tarihi: 11 Haziran 2019). Öte yandan, Amerika'daki çocuk hastanelerinde bulunan etik komitelerin varlığına karşın, klinik etik danışmanlık uygulama sayısının yeterli olmadığı da bildirilmektedir [Carter, B., Brockman, M., Garrett, J., et al. 2018, Why are there so few ethics consults in children's hospitals? *HEC Forum*, 30(2), 91-102].

[20] Yasa incelendiğinde "istismar" sözcüğünün; salt fiziksel ya da cinsel istismarı değil, aynı zamanda fiziksel ve psikolojik şiddeti, hakların kötüye kullanımını, tedavisiz bırakılma ve/veya tedavinin yarıda kesilmesi gibi nedenlerle zarar verme bağlamlarında kullanıldığı anlaşılmaktadır (HHS. *The Child Abuse Prevention and Treatment Act - 40 Years of Safeguarding America's Children*, 2014, U.S. Department of Health and Human Services, the National Child Abuse and Neglect Training and Publications Project, Arlington).

"Bebek Doe Kuralları"nın uygulanmayabileceği belirtilmiştir (Oğuz, 1996). Söz konusu değişiklikle "Bebek Doe Kuralları"nda tanınan serbestinin kötüye kullanım, yaşamın kutsallığı ve tedavinin nafileliği gibi noktalarda etik açıdan sorgulanır mahiyette olduğu ifade edilebilir.

Yine, yaşamın son döneminde yaşam desteğinin sürdürülmesi/sonlandırılması ikilemine yol açan Nancy Cruzan vakası; nafile tedavi, ölme hakkı, dolaylı ötanazi, sınırlı kaynakların adil dağıtımı, özerklik/vasi kararı gibi konuların etik açıdan temellendirilmesini elzem kılmıştır. **Nancy Beth Cruzan** (1957-1990) Missouri Eyaletinde (Amerika), 11 Ocak 1983 tarihinde trafik kazası geçirmiş, acil bakım uzmanları (*paramedik*) tarafından bulunduğunda kalbinin durduğu saptanmış ve canlandırma yapılarak yaşama döndürülmüştür. Ancak paramediklerin Nancy'ye ulaşmasına kadar geçen 15 dakikalık süreçte beyin anoksisi[21] gerçekleşmiş, bilincini kalıcı olarak kaybetmiş ve bitkisel hayata girmiştir. Hastanede yaşam destek cihazına bağlı yaşamı sürdürülen Nancy'nin ailesi beş yıl sonra umudunu kaybetmiş ve yaşam destek cihazlarının kapatılması talebiyle mahkemeye başvurmuştur (ECC, 2019). Mahkeme, Nancy'nin cihazlara bağlı olarak yaşamını sürdürmeyi istemeyeceğini gerekçe göstererek, Cruzan ailesinin talebinin kabulü yününde karar vermiştir. Missouri Sağlık Birimi Müdürlüğü, Nancy'nin bu isteğine ilişkin "açık ve inandırıcı kanıt" olmadığını belirterek, karara itiraz etmiş ve davayı Missouri Yüksek Mahkemesine taşımıştır. Yüksek mahkeme ise hastanın durumuna bakılmaksızın yaşam desteğinin ve besleme tüpünün çekilmesinin eyalet yasası uyarınca "cinayet" kapsamında değerlendirildiğini ve sağlık çalışanları tarafından yaşamsal tehlike oluşturan eylemde bulunmanın ya da bu tür bir eyleme izin vermenin Missouri Ceza Yasasını ihlal etmek anlamına geldiğini belirtmiş, ailenin talebinin reddi yönünde karar vermiştir. Fakat ailesi, Nancy'nin ve kendilerinin acılarının dikkate alınmadığını ve bu süreçte yapılan yüksek maliyetli harcamaların ölümle yüz yüze olan çocuklar için kullanılabileceğini belirterek yüksek mahkemenin kararına karşı çıkmıştır. Yaşam desteğinin çekilmesinin Nancy'nin "kendi bedeni üzerinde karar verme" hakkı kapsamında değerlendirilmesi ve bu durumda ailenin karar vermesi gerektiğini gerekçe göstererek bu talebi yinelemiştir. Nihai olarak ailenin talebi kabul edilip, Aralık 1990'da Nancy Beth Cruzan'ın yaşam desteği çekilmiş ve 26 Aralık 1990 tarihinde yaşamı sona ermiştir (Pence, 2008). Cruzan vakası ile özerklik, dolaylı ötanazi, ölme hakkı gibi yaşam sonu kararlarına ilişkin etik ikilemlere yenileri eklenmiş, sınırlı kaynakların dağıtımı da vakanın irdelenmesi gereken boyutları arasında yer almıştır (Fletcher & Brody,

[21] **Anoksi:** Yunanca "yokluk" anlamına gelen *an* ve "oksijen" anlamına gelen *oxus* sözcüklerinin birleşiminden türemiş olup, "dokulara dağılan oksijen miktarındaki azalma"yı ifade etmektedir (Dökmeci, İ. & Dökmeci, A.H., 2005, *Anoksi*, Büyük Tıp Sözlüğü, 2. bs., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 41).

2004). Bu vakalarda özellikle tedavinin sonlandırılması, tedaviye başlamama, ölme hakkı kapsamında aktif ve pasif ötanazi ve tedavide nafilelik gibi yaklaşımlar etik açıdan haklı çıkarılmayı gerektirmiştir. Bahsi geçen tüm vakalara ilişkin etik ikilem/sorunların çözülmesi ve verilecek kararın etik açıdan haklı çıkarılabilmesinin gerekliliği ile atılan adımların, klinik etiğin "yapı taşı" olarak addedilebilecek KEK/HEK ve klinik etik danışmanlığın kurumsal bir nitelikle gelişmesini sağladığı ifade edilebilir. Bu bağlamda KEK/HEK ve klinik etik danışmanlığın -uygulama ve yöntem farklarına karşın- özü itibarıyla birbirinden ayrı değerlendirilemeyeceği ve birbirinin gelişmelerine katkıda bulunduğu ileri sürülebilir. Zira her iki yapı da tıbbi uygulamalarda karşılaşılan etik belirsizlikleri giderme, etik ikilem/sorunlara çözüm önerisinde bulunma ve klinikteki zor kararlarda hasta, hasta yakını, hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yardım etme anlayışına dayanmaktadır. Kaldı ki bu anlayışın ve etik tartışmalara çözüm arayışlarını başlatan unsurların; bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hekime yüklenen anlam, hastanın özerkliğine atfedilen değer ve "yaşamın kutsallığı" ile "ölüm hakkı"nı karşı karşıya getiren fikirler ile koşut, iç içe ve birbirine eklemlenerek oluştuğu görülmektedir.

2.2.1.1. *Klinik Etik Danışmanlığın "Doğduğu ve Geliştiği Topraklar": Kanada ve Amerika*

Klinik etik komitelerin (KEK) ve hastane etik kurullarının (HEK) 1920'li yıllarda kısırlaştırma, 1950'li yıllarda kürtaj, 1960'lı yıllarda böbrek nakli ve diyaliz ile ilgili zor kararlarda yardımcı olmak ("danışılmak") amacıyla kurulan kurul ve komitelerden köken aldığı ifade edilmektedir. Diğer taraftan 1960'larda tıp teknolojisindeki ilerlemeler ve kürtaj ve sterilizasyon uygulamalarından doğan etik sorunlara çözüm arayışıyla ilişkilendiren fikirler de ileri sürülmektedir (Doğan, 2012). Buna karşın, insanüstünde yapılan deneylerde "insanlık dışı" uygulamalar neticesinde oluşan farkındalıkla 1970'li yılların başında **Amerika**'da **Kurumsal İnceleme Kurulu** (*Institutional Review Board, IRB*) yapılandırılmıştır. Kurulun, insanüstünde yapılan klinik araştırmaları insani ve etik değerlere uygun kılmak amacını taşıdığı bildirilmiştir. İnsanüstünde yapılacak olan her araştırmada araştırmaya katılan kişinin vücut bütünlüğünü korumak ve onamını almak amacıyla bu kurulun onayının alınması 1974 yılında zorunlu kılınmıştır (Dougherty, 2004). Bu adımın doğrudan araştırma etiğine hizmet etmesine karşın, etik değerlere atfedilen önem açısından dolaylı olarak klinik etik danışmanlığa katkıda bulunduğu belirtilebilir. Yine, 1980'li yılların başında **"etik kurul"**, **"etik komite"** ve **"etik danışmanlık"** kavramlarının kullanılmasıyla birlikte bu yapılara ilişkin anlayışın da gelişmeye başladığı öne sürülmektedir (Dougherty, 2004). Yukarıda belirtilen tarihlerdeki farklılıklar,

bahse konu yapıların olgusal mahiyetine ve evrimsel bir şekilde ortaya çıkıp geliştiğine kanıt teşkil etmektedir. Bu doğrultuda olgusal mahiyetteki KEK/HEK ve bağlantılı olarak klinik etik danışmanlığa ilişkin farkındalığın ve anlayışın oluşmasından çok, bu anlayışın kurumsal yapılarla somut kılınarak varlık göstermesi için belli bir tarihin verilebileceği söylenebilir.

Kaldı ki La Puma ve Schiedermayer gibi "klinik etiğin öncüleri" **klinik etik danışmanlık** uygulamalarının Amerika'nın bazı tıp fakültesi hastanelerinde 1960'larda başladığını, 1970'li yıllarda gelişmeye yüz tuttuğunu ve 1980'li yıllarda KEK/HEK'lerin kurulmasıyla yayınlık kazandığını ifade etmişlerdir. Klinik etik danışmanlığın gelişimini de hekimin geleneksel otoritesinin yerine hastanın özerkliğinin almaya başlaması, hasta haklarının önem kazanması, tıp teknolojisindeki ilerlemeyle yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasından doğan etik sorunlar gibi çok sayıda unsurla temellendirmişlerdir (La Puma & Schiedermayer, 1991). Bu düşüncenin klinik etik danışmanlığın olgusal mahiyetini karşılar nitelikte olduğu ve yukarıda görülen tarihsel farkların anlamlandırılmasına yardımcı olduğu ileri sürülebilir. Kısaca klinik etik danışmanlığın yayınlık kazanmasında normal yaşama geri dönüşü olanaksız görünen ve/veya karar verme yeterliği bulunmayan yetişkinler ile ciddi derecede engelli yenidoğanlarda yaşamın sonuna ilişkin kararların yol açtığı hukuki ve etik tartışmaların etkili olduğu belirtilebilir. Öte yanda klinik etik danışmanlığa ve danışılacak bir yapıya ilk kez Kanada'nın Katolik sağlık kurumlarında gereksinimin duyulduğu bu bağlamda etik danışmanlık anlayışın tohumlarının ilk kez Kanada'da atıldığı, kurumsal kimliğini ise Amerika'da kazanmaya başladığı savlanabilir. Bu sav ile KEK/HEK ve klinik etik danışmanlık anlayışı bağlamında Kanada ve Amerika'nın ayrı ayrı değil, birlikte değerlendirilmesi gerektiği ve böylece bu konudaki karışıklığın da giderilebileceği ifade edilebilir.

Zira Kanada ve Amerika'da hastane ve tıp fakültelerinde istihdam edilen klinik etik danışman oranının 1970'lerde yüzde 4,2 iken, 1980'lerde yüzde 70'lere yükselmesi de La Puma ve Schiedermayer'ın savını desteklemektedir (Kanoti, 2004; Tapper, 2013). Yine, **KEK/HEK**'ler bağlamında **Kanada**'da üç yüz (300) yataklı hastanelerde bulunan komite ve kurul oranının 1970'li yıllarda yüzde 18'den 1980'li yılların başında yüzde 40'a, 1980'li yılların sonunda yüzde 58'e; yüz (100) yataklı hastanelerde de 1984'te yüzde 18'den 1989'da yüzde 58'e, 2010 yılında ise yüzde 85'e yükselmesi gelişimle ilgili sava kanıt teşkil etmektedir (Gaudine et al., 2010). Kanada'da klinik etik komitelerin yanı sıra başlangıçta salt etik danışmanlık hizmeti vermek, zamanla KEK/HEK'ler gibi eğitim vermek ve politika üretmek amacıyla kurulan **"klinik etik servisi"** (*clinical ethics service*) de danışmanlık bağlamında önem arz etmektedir. Zira bu servisler bir hastanede kurulmasına karşın, birkaç hastaneye etik

danışmanlık hizmeti sunma görevini de üstlenmişlerdir. Aziz Joseph'in Kız Kardeşleri (*Sisters of St. Joseph*)[22] adlı topluluğun Kanada'daki temsilcileri tarafından 1982 yılında kurulan St. Joseph Sağlık Merkezi (*St. Joseph's Health Centre*) ve St. Michael Hastanesi (*St. Michael's Hospital*) başta olmak üzere Toronto'da bulunan üç Katolik sağlık kurumuna klinik etik danışmanlık vermek amacıyla kurulan klinik etik servisi söz konusu servislere örnek teşkil etmektedir. Bu danışmanlık servisi, günümüzde Toronto'da on sağlık kurumuna klinik etik danışmanlık hizmeti veren **Klinik Etik Merkezi**nin (*Centre for Clinical Ethics*) nüvesi olarak değerlendirilmektedir. Bu servis Kanada'da farklı sağlık kurumlarında klinik etik servislerin açılmasında da öncülük etmiştir (CCE, 2019). Ayrıca KEK/HEK'ler ile aynı misyonu üstlenen ancak kurulduğunda klinik etik komite ya da hastane etik kurulu adını taşımayan yapılar da bulunmaktadır. 1985 yılında Alberta Üniversitesine bağlı olarak kurulan ve bugün **John Dossetor Sağlık Etiği Merkezi** (*John Dossetor Health Ethics Centre, University of Alberta*) adıyla varlık gösteren **"isimsiz komite"** (*innominate committee*) bahse konu yapılara örnek olarak gösterilebilmektedir. Bir hekim, iki hemşire, bir felsefeci, bir hukukçu ve bir papaz olmak üzere altı üyeden oluşan bu "komite"; ileri derece böbrek yetmezliği nedeniyle yaşamın son dönemi, diyaliz ve böbrek nakli ile ilgili etik ikilem/sorunlara çözüm arama ve etik açıdan meşru kılınabilir kararlar verme amacıyla kurulmuştur (JDHEC, 2019). Kanada'da klinik etik danışmanlığın KEK/HEK'lerin yanı sıra klinik etik servisi, isimsiz komite, klinik (biyo)etik merkezi gibi farklı yapılarla ve bireysel olarak verilmesi Amerika'ya kıyasla KEK/HEK'lerin sayısının daha az görünmesinin ve KEK/HEK ile klinik etik danışmanlık anlayışının "geç geliştiği"ne yönelik algı yanılsamasının nedeni olarak yorumlanabilir.

Nitekim 1980'li yıllarda Kanada'da KEK/HEK'lerin mahiyeti, etkinliği, yasal statüsü, kararlarının etik açıdan doğruluğu, klinik etik danışman-klinisyen ilişkisinin verilecek karardaki etkisi gibi konularda yoğun tartışmalar yaşanmıştır. İlaveten bu konuda az yayın yapılmış; yapılan yayınlarda ise klinik etik danışmanın klinik tıptaki rolü, vaka değerlendirmesi ve karar verme metodolojisi üzerine fikir birliğine varılamamıştır. Yine de geliştirilen sağlık politikalarında ve hazırlanan kılavuzlarda hastanelerin ortak ve yüksek standartlara ulaşmasında etik sorunların çözümüne, bunun için de KEK/HEK ve klinik etik danışmanların gerekliliğine dikkat çekilmiştir. Örneğin; **Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konseyi** (*Canadian Council on Health Facilities Accreditation*, CCHFA) tarafından 1986 yılında

[22] Fransa'da (*Le Puy-en-Velay*) Katolik mezhebine mensup altı kadın ve bir rahip tarafından dönemin siyasi, ekonomik, dinsel ve sosyal sorunlarına çözüm bulmak amacıyla gönüllü olarak ("Tanrı aşkı" ile) insanlara yardım etme yolunda 1640 yılında kurulan topluluğun adıdır (Sisters of St. Joseph, 2019, *History*, https://brentwoodcsj.org/about/history/, Ziyaret tarihi: 12 Haziran 2019).

yayımlanan kılavuzda aydınlatılmış onam, hastanın tercihleri, tedavinin reddi, kürtaj, tedaviden çekilme gibi konularda politika geliştirme üzerinde durulmuş, bu yolda da farklı alanlardan üyelerin oluşturduğu çok disiplinli KEK/HEK'lerin varlığına değinilmiştir (Slowther, 2001). Ayrıca **Kanada Tabipler Birliği** (*Canadian Medical Association,* CMA) tarafından ilk kez 1868 yılında yayımlanan, 2014 ve 2018 yıllarında güncellenen **"Etik Kod"**da; hekimlerin etik karar verme sürecinde ve değer çatışması yaşamaları durumunda etik danışmana başvurmaları ve danışmanlık almaları salık verilmiştir (CMA, 2018). Bunların yanı sıra 1970'li yıllarda Birlik bünyesinde kurulan **"etik komite"**nin hekimlere bilimsel ve teknolojik gelişmelerden doğan sorunlarla ilgili öneride bulunma ve yardımcı olma görevi de vurgulanmıştır (CMA, 2019). Söz konusu tüm yapılar ve çalışmalar Kanada'da klinik etik danışmanlığa verilen önemin ve danışmanlık anlayışının ne denli kanıksandığının kanıtı olarak değerlendirilebilir.

Amerika düzleminde ise 1986 yılında sağlık hizmetlerinde etik danışmanlık hizmeti vermek ve etik danışmanları desteklemek amacıyla ilk uzmanlık derneği olarak **Biyoetik Danışmanlık Derneği** (*Society for Bioethics Consultation,* SBC)[23] kurulmuş, konuyla ilgili kılavuz ve kitaplar da bu şekilde yayımlanmaya başlanmıştır (ASBH, 2019). 1990'lı yıllardan itibaren etik danışmanlığın başlıca amaçları belirlenmeye, etik sorun teşkil eden vakaların analiz edilip çözümlenmesi ve etik açıdan "iyi" karar vermeye yönelik yöntemler geliştirilmeye, verilen danışmanlığın niteliği denetlenmeye ve danışmanın sahip olması gereken nitelikler saptanmaya başlamıştır. Nitekim **Amerikan Biyoetik ve İnsani Bilimler Derneği** (*American Society for Bioethics and Humanities,* ASBH) tarafından kurulduğu yıl, 1998, klinik etik danışmanın sahip olması gereken etik niteliklerin belirtildiği etik kod yayımlanmıştır (ASBH, 2014). Adı geçen dernek tarafından klinik etik danışmanların sahip olmaları gereken erdemleri ve yükümlülükleri içeren kodun 2011 yılında yayımlanması, 2014 yılında güncellenmesi de etik danışmanlığa ve danışmanın niteliklerine verilen öneme işaret etmektedir.

Yine, 1988 yılında varlık göstermeye başlayan **Kanada Biyoetik Derneği** (*Canadian Bioethics Society*, CBS) tarafından 1999 yılında **Biyoetiğe Yönelik Etik Kod Modeli - Taslak** (*Model Code of Ethics for Bioethics - Draft)* hazırlanmış ve tartışmaya sunulmuştur. Daha çok herhangi bir akademik kurum mensubu olmayan biyoetik uzmanları için hazırlanan kod

[23] Biyoetik Danışmanlık Derneği (SBC, 1986), 1997 yılında Amerikan Biyoetik Derneği (*American Association for Bioethics*, 1994), Sağlık ve İnsani Değerler Derneği (*Society for Health and Human Values*, 1969) ile birleşerek bugünkü Amerikan Biyoetik ve İnsani Bilimler Derneğine (*American Society for Bioethics and Humanities*, ASBH) dönüşen üç dernekten biri olmuştur (ASBH, n.d., *History*, American Society for Bioethics and Humanities, http://asbh.org/about/history, Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2019).

taslağında, biyoetik uzmanlarının mesleki uygulamalarında yerine getirmekle yükümlü kılındıkları etik yükümlülükler belirtilmiştir. Hâlihazırda uygulamaya konulmamış olan kodda; biyoetik uzmanlarından mesleğin icrasında yetki alanlarını ve sınırlarını bilme, hastanın gizliliğini koruma, çıkar çatışmalarından kaçınma, gücü/görevi kötüye kullanmama ve alandaki gelişmeleri yakından takip ederek sürekli kendini geliştirme ödevlerine uygun davranış sergilemeleri beklenmiştir (Tarzian & Wocial, 2015). Klinik etik danışmanlığın ve KEK/HEK'lerin "doğduğu ve geliştiği topraklar" olarak addedilebilecek Kanada ve Amerika'da gerek bireysel olarak gerekse komite, kurul, servis ve merkez bünyesinde sunulan klinik etik danışmanlığın özel bir uzmanlık alanı, klinik etik danışmanın özel nitelikleri olan uzman olarak kabul edildiği görülmektedir.

Zira 21. yüzyılda Amerika'daki hastanelerde etik danışmanlığın durumunu ortaya koymak amacıyla rastgele (randomize*)* seçilmiş olan altı yüz (600) hastanede yapılan ve 2007 yılında yayımlanan bir araştırmaya göre; 600 hastanenin yüzde 81'inde; dört yüz (400) ve üzeri yataklı hastanelerin ise yüzde 100'ünde "etik danışmanlık servisi"nin bulunduğu saptanmıştır. Araştırma aynı zamanda bir yılda yaklaşık olarak 36 bin vakaya, 314 bin saat etik danışmanlık hizmetinin verildiğini de ortaya koymuştur (Fox et al., 2007). Yukarıda belirtilen oranların söz konusu ülkede klinik etik danışmanlığın işlevine atfedilen değer kadar bu konuda sürekli gelişime de işaret ettiği öne sürülebilir.

Günümüzde KEK/HEK'ler, hastanelerin klinik etik danışmanlık servisleri ve isimsiz servislerin yanı sıra "klinik etik merkezi", "klinik etik enstitüsü" veya "klinik biyoetik merkezi" adıyla etik danışmanlık veren yapılar da bulunmaktadır. Üniversiteye ve/veya tıp fakültesine bağlı olarak etik danışmanlık hizmeti sunan bu yapılara Kanada'da Toronto Birleşik Biyoetik Merkezi ve Amerika'da Pellegrino Klinik Biyoetik Merkezi örnek olarak verilebilir. Kanada'da 1989 yılında Toronto Üniversitesine bağlı olarak, Ontorio Sağlık Bakanlığının maddi desteğiyle, kurulan Biyoetik Merkezi (*Centre for Bioethics*) 1995'te Toronto'da bulunan dört hastaneyle yaptığı iş birliği sonucunda **Birleşik Biyoetik Merkezi** (*Joint Centre for Bioethics,* JCB) adını almıştır. Zamanla hastane sayısını artırarak, on beşe (15) çıkarmış, 2002 yılında ise Dünya Sağlık Örgütü, DSÖ (*World Health Organization,* WHO) ile imzalanan anlaşma uyarınca "DSÖ-İş Birliği Yapılan Biyoetik Merkezi" niteliğini kazanan ilk merkez olmuştur. Tıp fakültesine ve on beş hastaneye klinik etik danışmanlık hizmeti veren merkez aynı zamanda eğitim verme ve politika geliştirme çalışmalarını da yürütmektedir (JCB, 2019). Amerika'da ise 2000'li yılların başında Georgetown Üniversitesi Tıp Merkezi bünyesinde kurulmuş olan **Pellegrino Klinik Biyoetik Merkezi** (*Pellegrino Center for Clinical Bioethics, PCCB* -

Georgetown University Medical Center, Washington DC), tıp merkezinde 7 gün/24 saat (*on-call*) etik danışmanlık hizmeti vermektir. Merkez etik danışmanlık faaliyetlerinin yanı sıra biyoetikle ilgili araştırmalar yapmakta, tıp fakültesi öğrencilerine "Klinisyenler için Yoğunlaştırılmış Biyoetik" ve "Sağlık Bakım Etiği" dersleri ile lisans düzeyinde etik eğitimi vermekte ve "Katolik Klinik Etik" yüksek lisans programıyla biyoetik uzmanı yetiştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Seminer ve konferansların yanı sıra yayımladığı ***Tıpta Felsefe, Etik ve İnsani Bilimler*** (*Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*) adlı dergiyle de çalışmalarını geniş yelpazede sürdürmektedir (PCCB, 2019). Söz konusu iki merkezin ismindeki "biyoetik" kavramı ve yaptıkları çok yönlü çalışmaları klinik etiğin, tıp etiğinden biyoetiğe evrilen çağcıl ve bütüncül anlayışla icra edildiği ortaya koymaktadır.

Kanada ve Amerika'da hastaneler bünyesinde verilen klinik etik danışmanlık hizmetinin, üniversiteler tarafından verilen klinik etik danışmanlık eğitimlerinin, hazırlanan etik kod, kılavuz ve yapılan yayınların ötesinde sağlık kurumunda "etik iklim" yaratma ve toplumda "etik kültür" oluşturma görevinin üstlenildiği de anlaşılmaktadır. Bu görevler, "sürekli gelişim" yaklaşımı, uzmanlaşma ve yaygınlaşma anlayışı da etik danışmanlığa verilen önemin, hastalara verilen değerin, etik ikilem/sorunların giderilmesiyle ilgili gereksinimin, gereksinime yönelik farkındalığın ve toplumun gelişmişlik düzeyinin bir diğer ifadesi olarak değerlendirilebilir.

2.2.1.2. *Avrupa Sağlık Sisteminde Klinik Etik Danışmanlığın Yer Edinmesi*

Klinik etik danışmanlığın Avrupa sağlık sisteminde genel olarak 1980'li yıllarda klinik etik komite ya da hastane etik kurulları bünyesinde Amerika ve Kanada'ya kıyasla daha geç başladığı ve her bir ülkenin ulusal norm ve değerlerine göre farklı modellerle sunulduğu görülmektedir (Hajibabaee et al., 2016). **Birleşik Krallık**'ta klinik etik danışmanlık ve KEK/HEK'lerin ortaya çıkışı; genetik hastalıkların tedavisine yönelik çalışmalar, nüfusun yaşlanması nedeniyle kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak sınırlı kaynakların dağıtımında yaşanan etik sorunlar, yaşam destek cihazları ile "yaşamın uzatılması", pediatride organ nakli ve bu konuda toplumsal farkındalığın oluşması gibi etkenlere dayandırılmaktadır (Slowther, 2001). Avrupa'nın ilk KEK/HEK'lerinin dolayısıyla klinik etik danışmanlığın başladığı ülkelerden biri olarak değerlendirilen Birleşik Krallık'ta (BK), danışmanlık hizmetinin 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya ve gelişmeye başladığı belirtilmektedir. Ancak Kraliyet Hekimler Koleji (*Royal College of Physicians,* RCP) tarafından hastanelerde etik ikilem/sorunların çözümünde "etik destek"in önemini vurgulayan ve etik komitelerin/kurulların çalışmalarına yardım eden kılavuzun 1984 yılından yayımlanması gelişimin 1990'lı yıllardan

önce başladığı yönünde değerlendirilebilir (Demir, 2011). Bunun yanı sıra ilk HEK'in "birleşik kurul" modeliyle Londra'da bulunan dört hastanenin iş birliği neticesinde kurulduğu ve 1995 yılında hasta ve sağlık çalışanlarına etik danışmanlık hizmeti vermeye başladığı da ifade edilmektedir (Hajibabaee et al., 2016). Birleşik Krallık'ta 2001-2010 yılları arasında KEK/HEK'lerin ve klinik etik servislerin gelişimini araştıran bir çalışmaya göre, 2001 yılında yirmi (20) ve 2004 yılında elli yedi (57) KEK/HEK'in varlık gösterdiği saptanmıştır (Slowther et al., 2012). Söz konusu yapıların sayısının "klinik etik servisler"in kurulmaya başlamasıyla birlikte 2010 yılında toplam seksen iki (82), 2011 yılında seksen dört (84), 2019'da ise seksen beş (85) olduğu saptanmıştır (UK-CEN, 2019). Bahsi geçen araştırmada aynı zamanda klinik etik servislerin kurulması ile daha çok vakaya klinik etik danışmanlık hizmeti -yüzde 66 oranında- verilmeye başlandığı tespit edilmiştir (Slowther et al., 2012). Günümüzde -Kanada ve Amerika'da olduğu gibi- salt klinik etik komitelerle değil, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi (*National Health Service*, NHS), klinik etik servisleri, üniversitelerin tıp etiği bölümleri, bağımsız-bireysel etik danışmanlık gibi farklı yapılar ve modellerle klinik etik desteği verildiği anlaşılmaktadır. Tüm yapılar klinik etik danışmanlık servislerini desteklemek ve yaygınlaştırmak, eğitim vermek, bilimsel etkinlikler düzenlemek ve uluslararası klinik etik destek ağı oluşturmak amacıyla BK Klinik Etik Ağında (*UK Clinical Ethics Network*) toplanmıştır. Oxford Üniversitesi Sağlık Bakım Uygulamalarında Etik ve İletişim Merkezi (*Oxford Centre for Ethics and Communication in Health Care Practice*, ETHOX) tarafından 2001 yılında kurulan ağ ile "klinik etik danışmanlık ve komiteler bağlamında yüksek düzeyde veri tabanı oluşturmak" nihai hedef olarak belirlenmiştir (Williamson et al., 2007).

Fransa'da klinik etik danışmanlık ve KEK/HEK'lerin yapıları farklılık gösterse de varlıkları 1980'lerde atılan iki önemli adıma dayanmaktadır. Bunlardan ilki, 1983 yılında Ulusal Etik Danışma Komitesinin (*Comité Consultatif National d'Ethique*, CCNE) kurulmasını sağlayan politik; ikincisi ise yerel etik kurulların yapılandırılmasını sağlayan mesleki harekettir (Hajibabaee et al., 2016). Bununla birlikte ulusal komitenin hazırladığı raporla 1988 yılında hastanelerde etik kurulların/klinik etik komitelerin kurulması salık verilmiştir. Fransa'da KEK/HEK'ler farklı ve genellikle özerk yapılanmalara sahip olup, bağlantılı olarak klinik etik danışmanlık da farklı model, kural ve uygulamalarla sunulmaktadır. Bahsi geçen yapıların yanı sıra 1995 yılında bir kurum bünyesinde kurulan ilk "etik alan" olarak Sosyal Yardım Etik Alanı (*l'Espace éthique de l'Assistance publique*) ile de etik model oluşturmak amaçlanmıştır. Etik Alanın (*l'Espace éthique*), konumuz açısından varlığını dikkate değer kılan en önemli unsuru ise -doğrudan klinik etik danışmanlık hizmeti vermese de- etik ikilem/sorun yaşayarak yardım

isteyen sağlık çalışanının "sorunu anlaması" için "sorunun nedeni"ni açığa çıkarması böylece "etik farkındalık" oluşmasına katkıda bulunmasıdır (l'Espace éthique, 2019).

Almanya'da klinik etik danışmanlık ve KEK/HEK'ler 1990'lı yılların ortalarında kurulmaya başlamış, 1997'de Hristiyan Hastaneler Birliğinin (*Christian Association of Hospitals*) önerisi ile bu yapıların her hastanede kurulması zorunlu kılınmıştır (Simon, 2001). Çok disiplinli üyelerden oluşan kurulların modelleri, işleyişleri ve üye sayısı kendi aralarında farklılık göstermektedir. Almanya'da klinik etik danışmanlık genel olarak KEK/HEK'ler aracılığıyla ancak farklı model ve uygulamalarla verilmekte, Amerika ve Kanada'dan farklı yapılanmayla işlev göstermektedir (Demir, 2011).

Belçika'da klinik etik danışmanlık ve KEK/HEK'lerin temeli 1979 yılında atılmış, 1980'li yılların ilk yarısında tıp fakülteleri ve üniversite hastanelerinde kurulmaya başlanmıştır (Hajibabaee, 2016). 1992 yılında Ulusal Hekimler Birliği Konseyi (*Order of Physicians' National Council*) tarafından yayımlanan kılavuzda KEK/HEK'lerin işlevlerinden söz edilmiş ve bu yapıların "sağlık hizmetlerinde etik ve felsefesi açıdan sistematik etkiler oluşturması gerektiği" (Meulenbergs et al., 2005: 318) ifade edilmiştir. Federal Devlet tarafından 1994 yılında yapılan bir düzenleme ile Belçika'daki tüm genel ve psikiyatri hastanelerinde "yerel etik komite"lerin (*local ethics committee*) kurulması ve etik danışmanlık hizmetinin verilmesi Kraliyet Kararnamesi (*Royal Decree*) ile zorunlu kılınmıştır. Özellikle ötanazi ile ilgili yasal ve etik tartışmaların yoğun olarak yaşanması nedeniyle Belçika Federal Biyoetik Danışma Kurulu (*Belgian Federal Advisory Committee on Bioethics*) 1997 yılında yayımladığı bağlayıcı görüşle ötanazi talep eden vakalarda klinik etik danışmanlığı zorunlu kılmıştır. Buna göre hastanın ötanazi isteği, uygulanmadan önce, KEK/HEK tarafından atanan, tedavi ekibiyle ilişkisi bulunmayan ve hekim olmayan bir klinik etik danışman tarafından değerlendirilecektir. Ancak Belçika Tahkim Mahkemesi (*Belgian Court of Arbitration*) 31 Ekim 2000 tarihinde aldığı 108/2000 sayılı kararla "federal kanun yapıcıların klinik etik danışmanlığı KEK/HEK'lerin görevlerinden biri olarak belirlemekte yetkili olmadığı" hükmüne varmıştır. Bu kararla klinik etik danışmanlık KEK/HEK'ler tarafından daha fazla verilmemeye başlanmıştır (Meulenbergs et al., 2005). 2014 yılında ise hastaneler bünyesinde "klinik etik servisi"nin kurulması zorunlu hale getirilmiş, etik danışmanlık faaliyetlerinin de bu servisler aracılığıyla verilmesi böylece olanaklı kılmıştır (NHMRC, 2015).

Söz konusu klinik etik servislerin 2014 yılından itibaren salt Belçika'da değil, **Norveç**'te de zorunlu kılındığı; **Hollanda, Fransa, Almanya, Danimarka, İsviçre, İsveç** ve **İrlanda**'da da hâlihazırda mevcut olup, giderek yaygınlaştığı ve geliştiği görülmektedir

(NHMRC, 2015). Yukarıda belirtilen Avrupa ülkelerinin her birinde klinik etik danışmanlık hizmetlerinin model, işlev ve yöntem açısından farklılık göstermesine karşın son dönemlerde kurulan "klinik etik servis"ler aracılığıyla standart bir yapının hedeflendiği ileri sürülebilir. Bu servisler aracılığıyla etik danışmanlığın zorunlu kılındığı, danışmanlık bağlamında klinik etik servislerin KEK/HEK'lere göre daha işlevsel olduğu ve bu yaklaşımın da danışmanlığa atfedilen önemin bir göstergesi olduğu da ifade edilebilir.

2.2.2. Klinik Adli Danışmanlığın "Soy Kütüğü"

"Klinik adli tıp" kavramının ilk kez 1951 yılında Britanya Adli Tıp Derneği (*British Association in Forensic Medicine*) tarafından kullanıldığı savına karşın, ilk kez 1987 yılında Amerikalı adli tıp hekimi Dr. Harry C. McNamara tarafından tanımlanıp kullanıldığı da ileri sürülmektedir (Payne-James, 2005; Dougherty, 2000). Kavramın kullanım tarihine ilişkin belirsizlik hâlihazırda devam etse de ancak son yıllarda yaygınlık kazandığı ve bu durumun kavram gibi yaklaşımı da "yeni" kıldığı görülmektedir. Kavram ve yaklaşımın bilinir kılınmasındaki temel unsurların ise insan hakları ve sivil özgürlüklerin küresel konjonktürde önem kazanması ve buna karşın ihlaliyle ilgili farkındalığın son zamanlarda artması olduğu görülmektedir. İlaveten Avrupa İşkencenin ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Muamelenin veya Cezanın Önlenmesi Komitesi tarafından adli olgularda hekim görüşlerini ve bağımsızlığını eleştiren raporların yayımlanması ve yargı sisteminin paydaşları arasından yaşanan nispeten yeni çatışmaların da etkili olduğu ifade edilmektedir (Payne-James, 2005). 1980'li yıllarda Cleveland'da çocuk istismarı incelemelerinde hekimlerin yaptıkları hataların ifşa edilmesi ve bu hataların uzmanlaşma eksikliğinden kaynaklandığının ortaya konulması da klinik adli tıbbın gelişiminde önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Butler-Sloss, 1988). Ne var ki klinik adli tıbbı uygulayacak uzman gereksinimine dair farkındalığın, ilgili araştırmaların ve klinik adli tıbba yönelik akademik ilginin ancak son yıllarda yaygınlık kazandığı ileri sürülmektedir (Payne-James, 2005). Söz konusu tüm unsurların hem klinik adli tıbbın yeni bir alt disiplin olduğuna ve gelişim göstermesinin de örtük olarak klinik adli danışmanlığa duyulan gereksinime kanıt teşkil ettiği savlanabilir.

Yukarıda belirtildiği üzere dönemin gereksinimlerini karşılama yolunda ortaya çıkan klinik adli tıbbın ve bağlantılı olarak klinik adli danışmanlığın kendisinden önceki bilimsel yaklaşım ve gelişmelerden soyutlanamayacağı da aşikârdır. Kaldı ki, Payne-James'in (2005: 1) de ifade ettiği üzere "adli tıbbın hem klinik hem de patolojik yönlerinin örtüştüğü birçok alan vardır ve bu, bir bütün olarak uzmanlığın (klinik adli tıbbın) tarihine, gelişimine ve mevcut

uygulamasına yansımaktadır.” Dolayısıyla adli tıbbın alt disiplini olan klinik adli tıp ve klinik adli danışmanlığın varoluşunu gerekçelendirmek ve gelişiminin köklerine inmek, parçası olduğu adli tıbbın tarihsel sürecinin ele alınmasını elzem kılmaktadır.

2.2.2.1. *Adli Tıp Anlayışının Geliştiği Topraklar*

İnsanlık tarihi kadar kadim geçmişi bulunan tıbbın icracısı olarak hekimlerin yükümlülüklerini ve hastaya verdikleri zararda sorumluluklarını içeren yaklaşımın tarih öncesi çağlara uzadığı görülmektedir. Nitekim **antik Mısır**’da tıbbi konuları içeren Ebers ve cerrahi konuları ele alan Edwin Smith papirüslerinde hekimin sorumluluğu “suç ve “ceza” boyutunda ele alınmıştır. Bu doğrultuda yasal sınırları MÖ 2500’lerde çizilen tıbbi uygulamalarda hekimlerin öncüllerinin kurallarına uymakla ve dönemin kabul görmüş eserlerine bağlı kalmakla yükümlü tutulduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca baş yargıç, Firavun Zoser’in veziri ve hekimi olan İmhotep’in tıp ile hukuk arasında ilişki kurması nedeniyle ilk adli tıp uzmanı olarak addedildiği görülmektedir. Ancak Smith’e (1951: 600) göre, İmhotep hekimin yetkinliği, iyi-kötü uygulaması ve tıbbi uygulama hatası arasında ayırım gözetmemiş, salt kanuna uygun davranıp davranmadığını esas alarak yargılama yoluna gitmiştir. Bu durum, tedavide tatminkâr olmayan ya da potansiyel olumsuz sonuçta (“izin verilen risk”) dahi hekimin cezalandırılmasına ve tedavi yaklaşımında ciddi sorunlara yol açmıştır (Smith, 1951). Öte yandan tıp ile hukuk ilişkisinin inanç temelli anlayış ve uygulamalardan yükselmesi hekim ve hukukçunun Tanrı/tanrılar ile insan arasında “aracı” olarak konumlandırılmasına yol açmıştır. Bu nedenle ilk uygarlıklarda tıbbi kanunlar, dini doktrinler ve törel kurallar doğrultusunda içeriklendirilmiş; hamilelik, kürtaj ve cinsel sapkınlık gibi konularla aynı zamanda rahip olan hekimler ilgilenmiştir (Smith, 1988). Antik Mısır’da tıbbi uygulamaların kanunlarla belirlenmesinin yanında ölüm nedeninin belirlenmesinde -ölümün doğal yoldan mı, başka bir şekilde mi gerçekleştiğinin saptanmasında- rahip-hekimlerin fikirlerine başvurulduğu da ileri sürülmektedir. **Babiller** tarafından MÖ 18. yüzyılda yazılan Hammurabi Kanunları ise tıbbi uygulamalara ilişkin mevzuatı içeren ilk yazılı belge olarak adli tıp tarihinde önemli yer edinmektedir. Kanun, ihmalkârlık ya da yanlış tedavi gibi tıbbi uygulama hatalarına bağlı hukuki sorumlulukları ve cezai yaptırımları ilk kez ortaya koyan belge olması nedeniyle de önem arz etmektedir (Wecht, 2005). Diğer taraftan **Antik Yunan**’da Hippokrates ve diğer hekimlerin yaraların ciddiyeti, ölüme yol açıp açmayacağı, ortalama hamilelik süresi, erken doğan bebeklerin yaşayıp yaşamayacağı gibi kent meclislerinde (mahkeme) dava konusu edilen tıbbi-adli konularda tartıştıkları ifade edilmektedir (Smith, 1951). Bunun da ötesinde Atina mahkemelerinde tıbbi boyutu olan davalarda hekimlerin görüşlerine başvurulduğu ve

ifadelerine özel önem verildiği de öne sürülmektedir (Amundsen ve Ferngren, 1977). Bu anlayış **Roma İmparatorluğu**nda hazırlanan Jüstinyen Kanunları (MS 529 -564) ile yasal bir nitelik kazanmıştır. Söz konusu Kanun tıp, cerrahi ve ebelik uygulamalarını düzenlenmiş; tıbbi uygulama hatalarında hekime verilecek cezaları tayin etmiş; nesep saptamasından karar verme yeterliğinin belirlenmesi ve veli/vasi tayinine kadar birçok konuya kesinlik kazandırmıştır. Hekimin uzmanlık bilgisine dayalı olarak tarafsız yorumlama ve görüş bildirimi ile yargıya yardımcı olabileceği yani tarihte adli vakalarda hekimin bilirkişiliği de bu Kanun'la ilk kez dile getirilmiş ve yasal bir nitelik kazanmıştır. Ayrıca gebelik, infertilite (kısırlık), erektil disfonksiyon (iktidarsızlık), karar verme yeterliğinin tayini, tecavüz ve zehirlenme gibi vakalarda yargıya yardımcı olması adına hekime başvurulması elzem kılınmıştır (Madea, 2014; Özden, 1977). Bu bağlamda Jüstinyen Kanunları adli tıbbın tarihsel yolculuğunda "antik dünyanın en yüksek başarı noktası" olarak değerlendirilmektedir (Smith, 1951). Antikitede hekimin yükümlülükleri, , hatalı uygulamalarda sorumlulukları, yaptırımlar ve adli vakaların hekim görüşü ile aydınlatılması gibi konularda yapılan çalışmaların bugünkü adli tıp disiplininin nüvesini oluşturduğu belirtilebilir.

Romalı'ların adli tıbba dair oluşturduğu yasal temel, MS 1200'lerde Kıta Avrupası'na kadar uzamış; başta İtalya olmak üzere Almanya, Birleşik Krallık ve Fransa gibi birçok ülkenin kişisel yaralanma ve tıbbi uygulama hatası ile ilgili kanunlarına öncülük etmiştir (O'Connell ve Carpenter, 1983). Öyle ki 12. yüzyıl **İtalyası**'nda hastalık ve yaralanma iddialarında hekimler verilecek kararda mahkemeye yardımcı olmak amacıyla görüş bildirmişlerdir. Yine, İtalya'nın kent yasalarının belirlenmesinde bir hekim, bir de cerrah görev almış ve bu kişiler ölüm sonrası (*post-mortem)* inceleme anlamına gelen otopsiden sorumlu tutulmuşlardır (Madea, 2014). Gerek hazırlanan yasa ve yönetmeliklerde hekimlerin yer alması gerek mahkemelerin belirli vakalarda karar vermeden önce hekim görüşüne başvurması gerekse otopsinin yasal sorumlusu olarak hekimlerin atanması İtalya'nın adli tıbbın gelişiminde yaptığı önemli katkılar olarak değerlendirilebilir.

Adli tıbbın bilimsel nitelik kazanarak, tıp disiplini olma yolculuğunda İtalya'yı önemli kılan bir diğer unsur ise 17. yüzyılda Fidelis ve Zacchias'ın yaptığı çalışmalarıdır. Her iki İtalyan cerrah hastalık nedeniyle vücutta oluşan değişiklikleri inceleyip açıklayarak, modern patolojinin uzantısı olarak adli patolojinin temellerini atmışlardır. İlaveten Fortunato Fidelis (1550-1630) tarafından 1602 yılında kaleme alınan eser adli tıp üzerine yapılan ilk sistematik çalışma olması nedeniyle "başyapıt" olarak değerlendirilmiştir. Eser he ne kadar dönemin hâkim olan dinî ve törel doktrinlerini içerse de kapsamı, karşılaştırmalı analizleri ve irdelediği

tıbbi-adli sorunların yargıya intikal etmiş sorunlarla tutarlılığı bu esere "başyapıt" niteliğini kazandırmıştır (Smith, 1951). Fidelis, kitapta halk sağlığı, yaralanmalar, bekâret, gebelik, ölümcül yaralar, boğulma, zehirlenerek öldürülme ve tıbbi uygulama hatalarını tıbbi-adli açıdan ele almıştır (Madea, 2014a). Ne var ki, Fidelis'nin bu kitabı daha etkili bir çalışma ile gölgede bırakılmıştır ki bu çalışmayı yapan isim Papa'nın başhekimi ve dönemin seçkin tıp adamlarından Zacchia'dir. Bahsi geçen çalışma, Paolo Zacchia (1584-1659) tarafından İtalya'da ilk baskısı 1621'de yapılan ve birçok dile tercüme edilerek Avrupa ve Kanada'da da yayımlanan "Tıbbi-Adli Sorunlar" (*Qulaestiones Medico-Legales*) adlı kitaptır. Kitap, Zacchia'nin adli tıbba ilişkin derinlikli bilgisini, çeşitli varsayımsal sorulara dair analizlerini ve otorite kararlarını içermesi bağlamında başvuru kaynağı niteliğini taşımıştır (Duffin, 2011). Zira Zacchia, birçok tıbbi-adli soruna çözüm arayışıyla ortaya çıkan Papalık Kanon kurallarına yenilerini ekleyerek, İtalya'da adli tıbbın yasal temelini atmıştır (Chaillé, 1949). Adı geçen eserde yaş tayini, karar verme yeterliği (rıza ehliyeti), gebelik, genetik benzerlik, Demans, veba, bekâret, yaralanma, "akıl hastaları"nın damgalanması ve zehirlenme gibi adli boyutu olan konular tartışılmıştır. Ayrıca tıbbi uygulama hatalarında hekime uygulanacak yaptırımların ele alınması da kitabın önemini ortaya koymaktadır (Duffin, 2011). Dönemin Avrupası'nda dogmatik unsurlardan tam olarak arınmamış bilimsel ve yasal ortam göz önünde alındığında, Zacchia'nin kitabı, tıbbi-adli konularda yasalara etkisi ve sorgulayıcı yaklaşımı "adli tıbbın babası" olarak anılmasını haklı çıkarır görünmektedir.

İtalya gibi **Almanya**'da tıp fakültelerine otopsi yapma yetkisi tanımış; Köln Üniversitesi (*Universität zu Köln*) 1478 yılında ani ölüm vakalarında ölüm nedeninin saptanması amacıyla bir tıp uzmanı tarafından ölen kişinin açılmasının ve organlarının incelenmesinin gerekli olduğunu öne sürmüştür (Madea, 2014). İlerleyen dönemde ise hekim tanıklığını içeren yasal çalışmalar yapılmıştır ki buna Bamberg Piskoposu tarafından kapsamlı ve sistematik bir şekilde hazırlanan ve 1507 yılında yayımlanan "Bambergenesis Kanunları" örnek olarak verilebilir. Almanya'nın yanı sıra komşu ülkelerde de başvurulan bu Kanun, bazı olgularda tıbbi kanıtı zorunlu kılmış ve 1532 yılında yayımlanan "Carolina Ceza Kanunu"na (*Constitutio Criminalis Carolina*) esas oluşturmuştur. Bu Kanun ile cinayet, yaralanma, zehirlenme, asılma, boğulma ve kürtaj gibi vakalarda hekim tanıklığına başvurulması bir tercihten çok gerekliliğe dönüşmüştür. Carolina Ceza Kanunu, Almanya'da ilk kez "tıbbi bilirkişilik" kavramının kullanılması ve mahkeme kararlarında bilirkişi raporlarını gerekli kılması nedeniyle önemli bir kilometre taşı olmuştur (Payne-James, 2016). Adli tıp dersleri ise ilk kez 1650 yılında Leipzig Üniversitesi Tıp Fakültesinde verilerek başlamıştır (Özden, 1977). Hazırlanan ceza

kanunlarının belirli olgularda tıbbi kanıtı ve hekim görüşünü zorunlu kılınması, ölüm nedeninin belirlenmesinde otopsinin öneminin vurgulanması ve tıp eğitiminde adli tıp dersine yer verilmesi adli tıbbın bilimsel kimlik kazanmasında Almanya'nın önemine örnek teşkil etmektedir.

Carolina Ceza Kanunu'nun önemi başka ülkelerde de anlaşılmış, özellikle **Fransa**'daki yasal düzenlemelerde etkisini göstermiş ve yargı kararlarının şüpheye mahal vermemesi adına hekim görüşlerine yer verilmeye başlanmıştır. Ne var ki Ludes (2015: 105) modern adli tıbbın 1789 Fransız Devrimi'nin etkisiyle Paris, Strasburg ve Montpellier'de açılan erken-modern tıp fakülteleri ve bu fakültelerde kurulan adli tıp kürsüleri ile başladığını ileri sürmüştür. Öte yandan Fransız adli tıp uzmanı François Emmanuel Fodéré (1764-1835) tarafından 1798 yılında yayımlanan "Adli Tıp ve Halk Sağlığı Anlaşması: Ya da Sağlık Politikaları" (*Traité de Médecine Légale et D'hygiène Publique: Ou, de Police de Santé*) adlı kitap adli tıbbın halk sağlığı açısından önemini ortaya koymuştur (Ludes, 2015). Ayrıca kitapta "adli tıp; yargıda adaletin tesisi ve sürdürülmesi, yerel yönetim, sosyal kanunlar ve halk sağlığının korunması amacıyla fiziksel, doğal ve tıbbi bilginin uygulanması anlamına gelmektedir" tanımı da yapılmıştır (akt. Madea, 2014: 10). Fodéré'nin sadece tıbbi-adli olgularda değil, aynı zamanda sağlık politikalarının düzenlemesi ve halk sağlığının korunması gibi konularda da adli tıbbın etkisine ve önemine işaret ettiği anlaşılmaktadır.

Yine, İspanyol asıllı Fransız Mathieu Joseph Bonaventure Orfila (1787-1853) kimyasal madde kullanarak yaptığı ölüm sonrası incelemeyle ölüm sebebine özellikle zehirlenme olgularına açıklık getirmiştir. Bu nedenle "adli toksikolojinin kurucusu" ya da "toksikolojinin babası" olarak anılan Orfila, adli tıbba yeni bir alan açıp, bilimsel adli tıbbın gelişiminde önemli rol oynamıştır (Madea, 2014). Ancak Fransız berber-cerrah Ambroise Paré'nin (1510 - 1590) "Yaralanma, Güçsüzlük ya da Organ Kaybı Nedeniyle Ölüm" (*Death from Wounds or Impotence or Loss of any Member*) adlı kitap çok daha önceleri, 1575 yılında, yayımlanmıştır. Paré kitabında; adli tıp raporlarının nasıl yazılacağını, ölüm öncesi ve ölüm sonrası oluşan yaraların farklarını, karbon monoksitle zehirlenmeyi ele alarak aydınlatmıştır (Payne-James, 2016). Ayrıca boğularak ve asılarak öldürülme, kürtaj, kürtaj sırasında abdominal yaralanma ve yenidoğan ölümü gibi konuları da irdelemesine karşın, ardılı Fidelis'in eseri ile gölgede bırakılmıştır (Smith, 1951).

Birleşik Krallık'ta ise İtalya, Almanya ve Fransa'ya nazaran adli tıbba ilişkin yasal düzenlemelere daha geç başlandığı ancak bilimsel yayınların adı geçen ülkelerle eş zamanlı yapıldığı görülmektedir. Zira William Hunter'ın evlilik dışı dünyaya gelen çocukların

öldürülmesini konu edinen çalışması 1783'te yayımlanmış ve Britanya'da ilk adli tıp yayını olarak akademik çalışmaların başlamasına önayak olmuştur. Yine, 1788 yılında Samuel Farr tarafından yayımlanan "Adli Tıbbın İlkeleri" (*Elements of Medical Jurisprudence*) adli kitapta boşanma, tecavüz ve cinayet davalarında yargıya yardımcı kanıt sunmak üzere insan vücudundaki bulgular incelenmiştir. İlk adli tıp dersi fizyoloji profesörü Andrew Duncan (1744-1828) tarafından 1789'da verilmeye başlamış, 1803 yılında Edinburgh Üniversitesinde ilk adli tıp kürsüsü kurulmuş, 1876 yılına kadar adli tıp kürsüsü ülkenin neredeyse tüm tıp fakülteleri yer almıştır (Wecht, 2005). Kurulan adli tıp kürsülerinin ülke çapında adli tıbbın yaygınlaşması ve İngiliz adli tıp sisteminin Kıta Avrupası'nda etkinliği bağlamında önemli olduğu ifade edilmiştir (Smith, 1951). Özellikle kurulan kürsüler ve yayımlanan kitaplarla adli tıp eğitiminde önemli yer edinen Birleşik Krallık, adli tıbbın Amerika'da kök salmasında da etkili olmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) adli tıbbın temellerinin atılması ve bir tıp disiplini olması yolunda iki isim önem arz etmektedir; bunlar Prof. Stringham ve Prof. Benjamin Rush'tır. Zira Prof. Stringham, 1804 yılında New York'ta ilk adli tıp derslerine başlamış ve 1813 yılında New York Hekimler ve Cerrahlar Koleji (*College of Physicians and Surgeons of New York City*) bünyesinde kurulan adli tıp kürsünün ilk anabilim dalı başkanı olmuştur. Profesör Stringham'in tıp eğitimini Edinburgh Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamlaması hem Duncan'dan etkilenerek öğretisini benimsemesinde hem de adli tıp derslerinin Amerikan tıp eğitiminde yer edinmesinde belirleyici olmuştur (Stewart, 2019). Tıp ile hukuk arasındaki ilişkinin önemini vurgulamakla tanınan Prof. Benjamin Rush ise 1811'de Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesinde verdiği dersleri ve ağırlıklı olarak cinayet, "akıl hastalığı", idam cezası gibi konularda yaptığı yayınlarıyla Amerikan adli tıbbının öncüllerinden olmuştur. Amerika'da 1800'li yılların başından itibaren adli tıp ve eğitimi üzerine yapılan önemli çalışmalar ve yayınlar 1861 İç Savaş'ı ile sekteye uğramış ancak savaş bitiminde özellikle adli tıbbın kurumsallaşması yolunda önemli adımlar atılmıştır. Söz konusu kurumsal yapılardan biri 1867 yılında New York'ta kurulan Adli Tıp Derneği (*Medico-Legal Society*) olmuştur. Derneğin kuruluş amacı; hiçbir hekimin hukuk ve yasalar konusunda tam bir yetkinliğe ulaşmayacağı gibi hiçbir avukatın da anatomi ve patoloji üzerine yetkin olmayacağını savunusu olmuştur. Dernek, bu görüşünü özellikle cinayet vakalarında alanında yetkin bir hekim görüşü olmadan savunma yapılamayacağı ile temellendirilmiştir (Curran, 1975). Bu bağlamda Amerikan Adli Tıp Derneğinin adli tıp uzman görüşüne yaptığı vurguyla bilirkişiliğin önemine işaret ettiği ileri sürülebilir. Adli tıbbın kurumsal kimlik kazanmasında

önemli adımların atıldığı ABD'de adli vakalarda bilirkişinin önemi kadar bilirkişilikte adli tıp uzmanın gerekliliği de savunulmuştur. Amerikalı tıp profesörü Stanford Emerson Chaille bu noktada adından söz ettirmiş; tıbbi-adli olgularda otopsi ve diğer incelemelerin adli tıp uzmanı olmayan kişiler tarafından yapılmasına olanak sunan hukuk sistemini eleştirmiştir (Smith, 1951). Adli Tıp Derneğinin varoluş amacı ve Chaille gibi uzmanların savunuları, adli vakalara doğru tıbbi kanıt sunmak, vakaların aydınlatılmasında yargıya ve ilgili kişiye/yakınlarına yardımcı olmak amacıyla adli bilirkişiliğin, konumuz gereği, adli danışmanlığın nüvesi olarak değerlendirilebilir. İç Savaş sonrası adli tıbbın kurumsal olarak yapılanmasının ivme kazandığı görülmekte; özellikle Amerikan Adli Bilimler Akademisi (*American Academy of Forensic Sciences*, 1948) ve Amerikan Adli Tıp Koleji (*American College of Legal Medicine*, 1955) bu yapılara örnek teşkil etmektedir. Ayrıca 1972'de bir hekim ve iki avukat tarafından kurulan Amerikan Hukuk ve Tıp Derneği, 1992 yılında tıp etiğini de kapsamına alan ve adını Amerikan Hukuk, Tıp ve Etik Derneği (*American Society of Law, Medicine & Ethics*) olarak güncelleyen yapı dikkat çekicidir (Wecht, 2005). Zira adı geçen derneğin tıp ile hukuk ilişkisinde etiğin bir gereksinim olduğunu; üç disiplinin birlikteliği ile tıbbi açıdan doğru, hukuki açıdan adil ve etik açıdan iyi kararlar verilebileceğini göstermesi bağlamında -tez konusu gereği- önem ve örnek teşkil etmektedir.

2.2.2.2. *Kanada'da Adli Tıbbın Kilometre Taşları*

Kanada'da açılan adli tıp laboratuvarları, laboratuvarlarda yapılan incelemeler, bu incelemelerin yargı kararlarına etkisi ve adli tıp uzmanının gerekliliğine ilişkin farkındalık yaratan isimlerin çabaları ile adli tıbbın özerk nitelik kazanması yolunda temeller atılmıştır. Bunun yanı sıra hekim sorumluluğuna verilen önem ve tıbbi uygulama hatasına yönelik hekim kaygısına yönelik hazırlanan yasal düzenlemeler Kanada'da adli tıbbının kaderini tayin eden başat unsurları oluşturmuştur.

Kanada'da adli tıbbın öncüsü: Dr. Wilfrid Derome

Dr. Wilfrid Derome'un yoğun çabalarıyla 1914 yılında Montréal'de kurulan Adli Bilimler ve Adli Tıp Laboratuvarı (*le Laboratoire de Sciences Judiciaires et de Médecine Légale*) Kanada'nın ilk adli tıp yapılanması olmuştur. Laval Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1902 yılında mezun olan, 1908-1910 yılları arasında Paris Üniversitesi Tıp Fakültesinde adli tıp uzmanlığı eğitimini tamamlayarak Kanada'ya dönen Dr. Derome, ülkesinde adli tıp alanında uzmanlaşmanın başlatılmasına da öncülük etmiştir (Côté, 2003). Nitekim adli psikoloji, balistik ve parmak izi tespitinde sahip olduğu bilgi birikimiyle mahkemede tanıklık yapan hekimlerin adli tıp uzmanlığı gerektiren bilgiden yoksun olduğunu fark etmiş ve Québec eyaletinde yargı

sisteminin yeniden düzenlenmesi gerektiğini savunmuştur. Bu doğrultuda Montréal Tıp Derneği (*Société Médicale de Montréal*, 1871) yargı sisteminin yanıltılmaması ve adil karar verilebilmesi adına tanıklık yapan hekimlerin adli tıp konusunda uzman olması gerektiğini savunarak, Dr. Derome'un mücadelesini desteklemiştir. Bu süreçte Montréal Barosu adli tıp uzmanının yargı sistemine yardımcı olacağını belirterek, adli tıp uzmanlığının önemine dikkat çekmiştir. Québec Hekimler ve Cerrahlar Koleji (*le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec,* 1847) de mahkemeye sunulan bazı tartışmalı tıbbi kanıtlara ilişkin doğru karar verebilecek uzmanlardan oluşan bir komisyonun kurulması gerektiğini savunmuş ve yasa değişikliği talebinde bulunmuştur (Beaudoin, 2016).Québec yönetimi bu çabalara kayıtsız kalmamış ve 1913'te adli tıp ve adli bilimler laboratuvarının kurulmasına izin vermiştir. 1914'te açılan laboratuvar, hizmet vermeye başladığı günden 1931 yılında ölünceye kadar kurucusu Dr. Derome tarafından yönetilmiştir. Laboratuvar, 1932-1964 yılları arasında Dr. Rosario Fontaine ve 1964-1972 yılları arasında Dr. Jean-Marie Roussel yönetiminde hizmet vermiştir. Dr. Bernard Péclet'in 1978'de yönetime geçmesiyle adli bilim laboratuvarı (*laboratoire de police scienceifique*) ve adli tıp laboratuvarı (*laboratoire de médecine legale*) olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Cimon et al., 2014). Sözü geçen laboratuvarlar hem Kanada'nın diğer eyaletlerinde hem de ABD'de adli tıp laboratuvarlarının açılmasına öncülük etmiştir. Zira 1932 yılında Ontario'da adli vakalarda semen, kıl, lif gibi materyallerin incelenmesi, kan testi ve otopsi yapılması amacıyla Kanada'nın ikinci adli tıp laboratuvarı kurulmuştur. Regina'da Saskatchewan eyaletine hizmet vermek amacıyla Kanada Kraliyet Atlı Polis Birimi (*Royal Canadian Mounted Police*) bünyesinde 1937 yılında kurulan adli bilimler laboratuvarı zamanla diğer eyaletlerde de kurulmuştur. Montréal Adli Bilimler ve Adli Tıp Laboratuvarı, 1929 yılında Şikago'da kurulan adli tıp laboratuvarına ve Federal Soruşturma Bürosunda (FBI) resmi olarak 1932 yılında açılan laboratuvara da öncülük etmiştir. (CSFS, 2020). Dr. Wilfrid Derome salt kurduğu laboratuvarla değil, yayımladığı kitaplar ve zor adli vakaların çözümüne ışık tutan incelemeleriyle de Kanada'da adli tıbbın kaderini tayin etmiştir. Nitekim 1920 yılında yayımlanan "Adli Tıbbın El Kitabı" (*Précis de Médecine Légale*), 1928'de yayımlanan "Suç Sahnesi" (*Le Lieu du Crime*) ve 1929'da yayımlan Ateşli Silah Uzmanlığı (*Expertise en Armes à Feu*) adlı kitaplarında da adli tıbbın özerk nitelik kazanmasını ve adli tıp uzmanlarının önemini ortaya koymaktadır (VMC, 1998). Anlaşılacağı üzere Dr. Derome yargı kararlarının adil verilmesi yolunda doğru kanıtların ve hekimlerin doğru yorumlarının önemine özellikle değinmiştir. Bu doğrultuda adli tıp uzmanlığına ve adli tıp inceleme kurumuna duyulan gereksinime dikkat çekmiş; adli tıbbın ve adli tıp uzmanının önemi konusunda tıp otoriteleri,

yargı sistemi ve toplumda farkındalık yaratmıştır. Oluşturduğu farkındalıkla Kanada'da ilk adli bilimler ve adli tıp laboratuvarını kurmasının ötesinde adli tıp eğitiminin ve uzmanlığının başlamasına da önayak olmuştur.

Hekim sorumluluğu ve tıbbi uygulama hatalarına ilişkin farkındalık tohumları

Kanada Tabipler Birliği (*Canadian Medical Association,* CMA) tarafından 1868 yılında yayımlanan etik kod, **hekimin hastaya karşı yükümlülükleri** ile başlamış ve yükümlülüklerin yerine getirilmesine ilişkin farkındalığın önemine şu şekilde dikkat çekilmiştir (CMA, 2001):

Madde 1/1: "Hekim her zaman sadece hastanın gereksinimlerini karşılamaya hazır olmamalı, aynı zamanda düşüncelerini [ve ruhunu] görevinin ve sorumluluklarının kutsallığına uyumlu kılmalıdır. Bu yükümlülük, [diğerlerinden] daha önemlidir zira bunun ihmal edilmesi durumunda [hekimin] kendi vicdanı dışında başvurulabileceği başka bir mahkeme söz konusu değildir."[24]

Kodda, hekimin bilincinde olması gereken temel görevleri ise şu şekilde belirtilmiştir: Hastanın sağlık ve refahı için tüm bilgi ve becerisini kullanma, hastanın onuruna saygı duyma, hasta-hekim ilişkisi kapsamında yaşananlar da dâhil olmak üzere hastanın gizlilik ve mahremiyetini koruma, hastada güven tesis etme, özenli ve dikkatli olma (CMA, 2001). CMA tarafından Kanada'da varlık gösteren hekime yüklenen bu sorumlulukların antik çağdan itibaren var olmasına karşın, bu denli vurgulanmasının ardında yargıya intikal eden tıbbı uygulama hataları ve iddialarının bulunduğu öne sürülebilir.

Nitekim 1852 yılında yayımlanan bir makalede Toronto'da gerçekleşen **tıbbi uygulama hatası**ndan bahsedilmiş ve o güne kadar bu konuda eleştirdikleri ABD'ye "öyle görünüyor ki Yankee'nin tıbbi uygulama hatası için hekime dava açma geleneği [Kanada'da da] başlıyor"[25] sözleriyle atıfta bulunulmuştur (Meyer & Griffin, 1852: 244). Zira o güne kadar Kanadalı hekimler hatalı tedavi, ihmal ya da kusuru bir "Amerikan sorunu" olarak görmüş, bu nedenle açılan davaların meslek onurunu ve saygınlıklarını zedeleyeceği endişesiyle dile getirmekten kaçınmışlardır. Ancak Ontario ve Québec eyaletlerinde dile getirilmeye başlanan olgularla hekimlerin yanı sıra meslek örgütleri de ilgilenmiştir. Hekimin dava açılacağı korkusuyla tedavi uygulamaktan kaçınacağı ve "yanlış yargının kurbanı" olabileceği noktasında bu davaların

[24] **Metnin özgün hali**: "Article I – Duties of Physicians to their Patients: 1. A physician should not only be ready to obey the calls of the sick at all times, but his mind should be attuned to the greatness of his mission and its responsibilities. These obligations are the greater, because ordinarily there is no other tribunal to appeal to than his own conscience in case of neglect (…)" [CMA, 2001, *Code of Ethics-1868*, Brownell, A.W. & Libby-Brownell, E. (trans.), Canadian Medical Association, Ottawa, ON, 1].

[25] **Metnin özgün hali:** " (…) it appears that the Yankee custom of sueing [sic] for mal-practice is commencing" [Meyer, H.J. & Griffin, J.C., 1852, Editorial-forensic medicine, *Canada Medical Journal*, 1(4), 244-251].

sakıncaları da sorgulanmaya başlanmıştır. Giderek artan davalar sosyolojik açıdan büyük şehirlerdeki hasta-hekim ilişkisinin kısa süreli olması ve bu nedenle güvene dayalı ilişkinin kurulamaması ile gerekçelendirilmiştir. Bu gerekçeyle 19. yüzyılın sonunda kentleşmenin hız kazandığı Kanada'da tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava açılmasına yönelik hekimin endişeleri de gerekçelendirilmiştir. Üstelik Kanada Tabipler Birliği başkanı Dr. George Ross'un 1888 yılında tıbbi uygulama hatalarına ilişkin davaların "ülkenin belirli bölgelerinde son derece yaygın" olduğu iddiası, yayımlanan vaka örnekleriyle doğrulanmıştır. Ontario'da 1895 yılında Dr. Henry Nicol'ün tedavisini yaptığı bebeğe hatalı uygulamada bulunduğu iddiasıyla açılan davada tüm masraflar için 2250 dolar ödemesi dikkat çeken tıbbi uygulama hatalarından biri olmuştur (Brown, 2017). Bu ve benzeri vakalar bilinir kılındıkça tıbbı uygulama hataları da artmış, hatalar arttıkça yayımlanarak daha da bilinir kılınmıştır. Bu paradoks ise etik açıdan yukarıda verilen kodda olduğu gibi yayımlanan kurallarda ve hekime yüklenen sorumluluklarda karşılığını bulmuştur. Hukuki açıdan Mesleki Sorumluluk Sigortası (1960), Haksız Fiil Kanunu (1970) ve Kanada Sağlık Kanunu (1985)[26] gibi düzenlemelerle sonuçlanmıştır. Bahsi geçen hukuki düzenlemelerin vakalara nazaran geç yapıldığı ancak yapılan güncellemelerin dönemin gereksinimlerini karşılama yolunda önemli olduğu ifade edilebilir. Günümüzde de ihmal, kusur ve kötü muamele gibi nedenlerle Kanadalı hekimlere açılan tıbbi uygulama hatası davalarının devam ettiği ve tartışmalara açık olduğu düşünüldüğünde, hastayı ihmal ve kusurdan korumak, hekimi "haksız yargı"dan kurtarmak ve yargı sisteminin gereksiz yükünü hafifletmek yönünde klinik adli danışmanlık gerekli görülmektedir.

2.2.2.3. *Türkiye'de Adli Tıbbın Kökleri ve Gelişimi*

Türkiye'de adli tıp anlayışının gelişimi ve özerk bir tıp disiplini olarak kimlik kazanma süreci zaman açısından koşutluk göstermemektedir. Bu nedenle hekim sorumluluğu, aydınlatılmış onam (rıza senedi), adli muayene, bilirkişi görüşü, adli tıbbın tıp eğitiminde yer alması ve otopsinin yasallaşması bağlamlarında zaman göre gruplandırarak inceleme gerekli görülmüştür. Zira hastadan ya da veli/vasiden onam alınması, hekimin mesleki yükümlülüklerinin belirlenmesi ve bilirkişi görüşüne başvurulması 16. yüzyılda; adli tıp derslerinin verilmesi ve otopsinin yasal kılınması ise 19. yüzyılda gerçekleşebilmiştir.

---

[26] Söz konusu hukuki düzenlemeler, tezin "Hukuki ve Etik Düzenlemelerin Gerekliliği" başlıklı bölümünde ayrıntılı olarak ele alınacağı için bu bölümde içeriklerine değinilmemiştir.

Aydınlatılmış onam ve hekim sorumluluğu bağlamında

Adli tıp kapsamında bahse konu uygulamalara ilişkin bilgiler genel olarak *"şer'iyye sicilleri"*nden diğer ifadeyle 16 ile 20. yüzyıllar arası Osmanlı Dönemi'nin yargı ve idari yapılanması olarak kadılık kurumuna intikal eden vakaların kaydedildiği resmi belgelerden edinilmektedir. Nitekim bu belgeler sağlık politikalarını, hasta-hekim ilişkisini, hastalıkları ve tedavi yaklaşımlarını, cerrahi müdahale yapılacak hastadan ya da veli/vasiden alınmış rıza senedini, kaza/darp/yaralanma gibi olgularda ya da ölümlerde talep üzerine yapılan keşifleri ve tıbbi uygulama hatalarına dair bilgileri içermektedir (Bayat, 1990).

Aydınlatılmış onam ağırlıklı olarak cerrahi müdahalelerde ya da riskli tedavi uygulamalarında hasta erişkin ve karar verme yeterliğinde (rıza gösterme) ise kendisinden, o an ya da genel anlamda yeterli değilse kadının uygun gördüğü ve atadığı vasiden, çocuk ise veli olarak atanan baba, büyükbaba veya amcadan onam (rıza) alınmıştır. Hastalık (tanı), uygulanacak müdahale, müdahalenin riskleri ve hastanın kimlik bilgilerini içeren "**rıza senedi"** günümüzün aydınlatılmış onam formuyla benzerlik göstermektedir. Rızanın alınmasında dikkat çeken hususlar ise senedin kadı (mahkeme) huzurunda imzalanması ve müdahalede bulunacak hekim tarafından verilmesi olası bir zararda hastanın hekimden şikâyetçi olmayacağı/dava açmayacağını beyan etmesidir (Eş, 2016). Aksi halde hastanın ölümü, yaralanması, organ/uzvunu kaybetmesi ya da zarar görmesi ile sonuçlanan müdahaleden hekim, hastaya ya da ailesine "kan vergisi" (diyet) vermekle yükümlü tutulmuştur (Trompoukis & Lascaratos, 2002). Sarı (2000: 11), kan vergisini zararın maddi bedelle dengelenmesi, misillemenin (kısas) önüne geçilmesi ve mağdurun gördüğü zarar nedeniyle maddi kaybının telafisi olarak değerlendirmektedir. Öte yandan, bu uygulamayla yukarıda belirtilen zararlardan birinin yaşanması durumunda hekim aleyhine dava açılması engellenmiş, rıza senedinin mahkeme ve şahitler huzurunda imzalanmasıyla da hasta olası dava hakkından vazgeçmiştir (Sarı, 2000). Diğer bir ifadeyle rıza senedi daha çok hekimin haklarını koruyucu ve sorumluluğunu hafifletici bir nitelikte görünmektedir.

Hastanın tedaviyi reddetme hakkının 19. yüzyılın ortalarından itibaren özellikle cerrahi girişimlerde söz konusu da ileri sürülmektedir. Özellikle Mekteb-i Tıbbiye-i Şahanede kastrasyon ya da ampütasyon gerektiren vakalardan mesane taşının çıkarılmasına kadar hastanın operasyonu reddedebildiği saptanmıştır. 1877-78 Osmanlı-Rus Savaşı'nda yaralı askerlerin uzuv kaybıyla sonuçlanacak cerrahi girişimi reddetmesi Osmanlı Dönemi'nde tedavinin reddine örnek olarak gösterilebilmektedir. Yıldırım (2009: 212) bu yaklaşımı "(…) şeriat mahkemelerinden alınan rıza senetlerinin yerini operasyonlardan önce hastayı

bilgilendirip gönüllü onayını alma esasına dayanan ve dini değil ahlaki bir temeli olan hüsn-i rıza senetlerine bıraktığı" şeklinde değerlendirmektedir. Tedaviyi reddetme hakkını meşru kılan bu yaklaşım, aynı zamanda hastanın kendi kaderini belirlemesi böylece özerkliğini gerçekleştirmesi açısından da önem arz etmektedir.

Ne var ki ne rıza senedi ve kan vergisi **hekimin sorumluluğu**nu tamamen ortadan kaldırmamaktadır. Zira hekimler öncelikle temel tıbbi bilgiye sahip, dönemin yöntemlerine hâkim, ilaç ve merhem hazırlamasını bilen, cerrahi aletleri kullanabilen, yetenekli, alçakgönüllü, sabırlı ve özenli olmakla sorumlu tutulmuştur. Bahsi geçen sorumluluklar etik açıdan hekimin sahip olması gereken erdemlere işaret etmekte, adli tıp açısından ise olası bir zararda kusur ya da ihmalin saptanması açısından önemli görülmektedir (Sarı, 2015). İlaveten hasta uygulamaya rıza göstermiş olsa da herhangi bir zarar oluştuysa, alanında yetkin olduğu düşünülen başka bir hekimin (*ehl-i hibre*) görüşüne başvurularak zararda hekimin sorumlu olup olmadığının tespitine gidilmiştir. Şayet hekimin dönemin tıbbi bilgisi ve standart uygulamalarına sahip, alanında yetenekli, dürüst, özenli, tedbirli ve iyi niyetli olduğu belirlenirse, verilen zarardan sorumlu tutulmamış ve zararın tazminine gidilmemiştir. Ancak hekimin dönemin tıbbi bilgisi ve standart uygulamalarından yoksun, ihmalkâr, tedbirsiz, dikkatsiz, özensiz, kusurlu ve/veya yeteneksiz olduğu saptanırsa, verdiği zarardan sorumlu tutulmuş ve telafisi zorunlu kılınmıştır (Sarı, 2000; Sarı, 2015). Söz konusu yaklaşımdan ülkemizde tıbbi uygulama hatasına yönelik çalışmaların nispeten yeni olmasına karşın, anlayışın temellerinin Osmanlı Dönemi'ne dayandığı anlaşılmaktadır.

Tıp eğitiminde adli tıp dersinin başlaması ve otopsinin yasallaşması bağlamında

Tıp eğitimi müfredatında adli tıp derslerine yer verilmesi ve eğitimin geliştirilmesine ilaveten yargıya yardımcı olunması amacıyla otopsinin yasallaşması Türkiye'de adli tıbbın gelişim sürecinde atılan başlıca adımlar olarak değerlendirilebilir. Bu adımların 19. yüzyılda Osmanlı'da modernleşme çabalarının tezahürü olduğu da ileri sürülebilir.

İlk **adli tıp dersi** tıp eğitiminde modernleşmenin simgesi sayılabilecek askeri tıp okulu Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahanede 1841 yılında Dr. Charles Ambroise Bernard (1808-1844) tarafından verilmiştir (Uysal ve ark., 2011). Tıp fakültesinde 5 ve 6. sınıf öğrencilerine *"tıbb-i kanuni"* adıyla verilen adli tıp dersi, Dr. Bernard'ın ölümünden sonra Dr. Spitzer (1844), Servicen Efendi (1846), Agop Handanyan (1867, Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiyede) ve Dr. Bahattin Şakir (1900) tarafından sürdürülmüştür (Koç ve Biçer, 2009). Adli tıp dersine tıp eğitimi müfredatında Almanya'da 1650, Birleşik Krallık'ta 1803 ve Amerika'da 1804 yıllarında yer verilmeye başlamasına karşın, ülkemizde 1841'de başlaması ve dersin yabancı

bir hekim tarafından verilmesi ise adli tıbbın ulusal konjonktürde özerklik ve resmiyet kazanmasının geciktiğine kanıt niteliğindedir. Adli tıp eğitiminde **otopsi**nin önemine dikkat çeken Dr. Bernard bu uygulamanın yasallaşması yolunda da kilometre taşı olmuştur. Zira İslam inancı gereği otopsinin günah olarak değerlendirilmesi nedeniyle yasaklandığı topraklarda gerek önemini göstererek, gerekse yaptığı çalışmalarla 1843 yılında Sultan II. Abdülmecit'ten izin alabilmiştir. Gayrimüslim ölüler üzerinde olmak koşuluyla ilk otopsi aynı yıl Dr. Bernard tarafından yapılmıştır (Atan ve ark., 2018). Ayrıca 1879 yılında yayımlanan Ceza Muhakemeleri Kanunu (*Usul-ı Muhakemat-ı Cezaiye Kanun-ı Muvakkati*) ile otopsinin nasıl yapılacağına dair kurallar tayin edilmiştir. Bu Kanun'la adli olgularda bilirkişi tanımı yapılarak, bilirkişilik de böylece resmiyet kazanmıştır (Koç ve Biçer, 2009). Dr. Bernard'ın sadece gayrimüslimler üzerinde olsa da adli tıp eğitiminin pratik boyutunun geliştirilmesi ve adli vakalarda ölüm sebebinin belirlenmesinde yargıya yardımcı kanıtlar sunulmasının yolunu açtığı görülmektedir. Yine, yürürlüğe giren Kanun'da adli vakalarda hekimlerin ve adli tıp uzmanlarının görüşüne başvurulması ile bilirkişiliğin meşru kılınması bugünkü çalışmaların nüvesini olarak değerlendirilebilir.

Nihai olarak klinik adli tıbbın üst disiplini olan adli tıbbın gerek Kanada ve Türkiye'de gerekse başka topraklarda gelişim süreci bilimsel olgular gibi bir yaklaşım ya da disiplinin de dönemin gereksinimlerini karşılamak amacıyla ortaya çıktığını ve koşullarıyla şekillendiğini göstermektedir. Nitekim adli tıbbın tarihsel izleği; günümüzün sorunları ve gereksinimleri uyarınca hasta ve hekimin haklarını korumak, adli boyut taşıyabilecek vakalara o anda çözüm sunmak, gereksiz tıbbi uygulama hatası iddialarının önüne geçmek, adli vakalarda yargıya doğru ve ivedi kanıt sunmak amacıyla klinik adli danışmana gereksinimi de örtük olarak ortaya koymaktadır. Bu durum ayrıca biyomedikal teknolojilerin şekillendireceği geleceğin tıbbında gelişecek yeni anlayış ve uygulamalardan kaynaklanan yeni sorunlara ve gereksinimlere de dolaylı olarak işaret etmektedir. Bu nedenle, tezde, bugünün tıbbında mevcut sorunlara çözüm sunmak ve ilgili gereksinimleri karşılamak amacıyla klinik adli danışmanlığın gerekliliği ve önemi savunulmaktadır.

2.2.3. Trans-Hümanizmin "Soy Kütüğü"

Trans-hümanizmi ortaya çıkaran başlıca unsurun, insanın daha iyiye ulaşma arzusuyla temellendirilmesi bu yaklaşımın tarihsel sürecini insanlık tarihiyle koşut kılmaktadır. Zira trans-hümanizm teknolojik ilerlemelerin yanı sıra art alan olarak felsefi kuramların, bilimsel ve tıbbi çalışmaların da üzerinden yükselmektedir. Bu nedenle trans-hümanizmin tarihsel okuması

düşünce ve tıp tarihi ile teknoloji tarihi okumalarını da gerektirmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada trans-hümanizmin soy kütüğü; bu yaklaşımın düşünce, tıp ve teknoloji tarihindeki gelişmelerin ve üretilen fikirlerin üzerine eklemlenerek, etkileşime dayalı ve süreğen bir yapıda dönüşerek geliştiği ön kabulüyle ele alınmaktadır.

Yine, trans-hümanizmin, "hümanist felsefenin artırılmış uzantısı" olarak insandan kopuşa ya da insanlığın yok oluşuna değil, salt kusursuz insan ideali ile insanın gelişimine ve daha iyi yaşam isteğine hizmet ettiği savıyla tarihsel izlek oluşturulmaktadır. Bu sav insan-merkezli trans-hümanist yaklaşımın, anti-hümanist nitelikteki post-hümanizmden yapısal farkına yapılan bir vurgu olup, aralarındaki sınırın belirgin kılınması ve muğlak bağlamların kesinlik kazanması gerekliliğine dair varsayıma da kaynaklık etmektedir. Bu nedenle trans-hümanizmin tarihsel kökleri -genel kanının aksine- Gılgamış Destanındaki "ölümsüzlük arayışı" değil, antikitede makine ve aletlerinin üretilmesine dayandırılmıştır. Aksi halde, trans-hümanizm ile "dijital ölümsüzlüğün" felsefi tezahürü olan post-hümanizm arasındaki sınırlar belirsizleşecek, trans-hümanizmin başlangıcından itibaren yanlış yorumlanmasına yol açabilecektir.

Tarih öncesi dönemlerde insanların özellikle zor ve sıkıntılı işlerinde kendilerine yardımcı olmak üzere icat ettikleri basit aletlerin her biri teknoloji ürünü olup, nihai amacın insan yaşamını kolaylaştırmak olduğu görülmektedir. Nitekim Pisagorcu astronom, matematikçi ve filozof Archytas (Tarantolu Arhitas, MÖ 428-350) tarafından geliştirilen ve buhar gücüyle çalışan "güvercin" adlı mekanik kuş, "ilk otonom makine" olarak teknoloji tarihinin antikite dayanağına örnek teşkil etmektedir (Ancient Origins, 2014). Yine, Roma döneminde yaşamış olan matematikçi İskenderiyeli Heron (MS ~10-85) tarafından tasarlanan, buhar gücüyle hareket edebilen kuşlar da mekanik bir yapı sergilemektedir (Drachmann, 1963). Bunun yanı sıra **Antik Yunan ve Roma mitolojisi**nde de mekanik yapılara/otomatlara değinilmektedir. Bunlar arasında Ateş tanrısı Hephaistos'un kendisi, diğer tanrılar ve kahramanlar için ürettiği ifade edilen birçok işte yardımcı mekanik gereçleri dikkat çekmektedir. Bahsi geçen mekanik gereçlere örnek olarak şunlar verilebilir (Erhat, 2015):

- Prometheus'a işkence etmesi amacıyla yaptırılan bronz otomat; "Kafkasya Kartalı"
- Delphi'deki Apollon tapınağına sunulan, altından yaptırılmış, şarkı söyleyen sihirli kız korosu; "Keledonlar"
- Kolkhis Kralı Aeetes'e hediye edilen, ateş püsküren boğa şeklindeki bronz otomat; "Khalkotauroi"
- Girit kraliçesi Europa'ya düğün hediyesi olarak sunulan, Girit adasını ve adadaki

ölümlüleri düşmanlardan koruyan ve adaya yaklaşmaya çalışan gemilere kayalar fırlatan heykel; "Talos"

- Kendi kendine servis yapan, üçayaklı, tekerlekli altın sehpa; "Tripodes Khryseoi"

Hephaistos'un üç tekerlekli mekanik sehpa düşüncesinin bir diğer örneği de kendiliğinden hareket eden mekanik sandalye olarak Homeros'un *İlyada* adlı eserinde görülmektedir (akt. Nilsson, 2019: 19). Aristoteles de *Politika* adlı kitabında Hephaistos'un sehpasına ve Homeros'un sandalyesine atıfta bulunarak, insanlara yardımcı olarak vakit kazandıran mekanik ya da "kendi kendine düşünen" tasarımlarından şu şekilde söz etmektedir (Aristoteles, 2014: 15):

"(…) Daidalos'un yaptığı heykeller ya da ozanın 'kendiliklerinden tanrıların toplantısına girerler' dediği Hephaistos'un tekerlekli sehpaları gibi, biz söyleyince ya da gerektiğini kendisi görerek işlerini yerine getirebilseydi-diyelim, dokuma tezgâhının mekiği kendiliğinden gidip gelse, lirin mızrabı kendiliğinden çalsaydı, o zaman ne yapımcıların işçiye gereksinmesi olurdu, ne de efendilerin köleye."

Teknolojik gelişmelerin tarihsel süreçte bir anda devrimsel bir yapıyla değil, geçmişten gelenlerin üzerine inşa edildiği ve ortaya çıktığı dönemin ekonomik, bilimsel, teknolojik, hukuki ve politik koşullarıyla şekillendiği ileri sürülebilir. Bu nedenle trans-hümanizmin de bağlam ve dönem olarak Rönesans, hümanizm ve Aydınlanma üzerinden yükselerek geliştiği ve tarihsel izleğinin bahsi geçen anlayış ve dönemleri içerdiği ifade edilebilir.

Nitekim Bostrom ölümsüzlük arayışı üzerinden Gılgamış Destanını ve Prometheus'u trans-hümanizmin temeli olarak ele alsa da trans-hümanist yaklaşımın şekillenmesinde temel bileşenlerin Rönesans, hümanizm ve Aydınlanma olduğunu savunmaktadır. Öncelikle **Rönesans**'ta antik çağ Yunan felsefesinin yeniden benimsenerek insana ve doğaya yönelimin yeniden canlanması, insanın kendisini ve dış dünyayı anlama çabası ile bilimsel ve kültürel gelişime önem verilmesinin hümanizm üzerinden trans-hümanizme etki ettiği öne sürülmektedir (Bostrom, 2005b). Nitekim "insanın kendisini şekillendirmekten sorumlu" tutulduğu bu dönemde Leonardo da Vinci'nin (1452-1519) insan bedeninden esinlenerek 1495 yılında tasarladığı "mekanik şövalye" adlı hareket edebilen insansı otomatı "humanoid robotların atası" olarak değerlendirilebilmektedir (Ersoy, 2018: 9). Ayrıca İngiliz filozof Thomas Hobbes (1588-1679) tarafından kaleme alınan ve toplum sözleşmesi kuramı üzerinden ideal devlet temasının işlendiği *Leviathan* (1651) adlı eserinde dört ikonografik yapıdan bahsedilmektedir. Bu yapılar arasında "yapay insan" (*artifical person*) ve "yapay hayvan" (*artifical animal*) imgeleri dikkat çekicidir. "Yapay insan" felsefi ve bilişsel yetilere sahip

olmayan ve doğal insan tarafından tasarlanmış "insan" olarak tanımlanmaktadır. "Yapay hayvan" ise yaşamı bilişsel yetilerden ve toplumsal barıştan uzak bir şekilde sürdüren bir diğer ifadeyle sadece mekanik bir canlılık gösteren yapay yaşam formuna karşılık gelmektedir (akt. Haugeland, 1985: 23). Hobbes'un eleştirel bir yaklaşımla da olsa bilişsel yetilere vurgu yaptığı bu imgelemde akıl yürütmenin önemini ve süreçlerini de ortaya koyması nedeniyle trans-hümanizmin soy kütüğünde yer edinmektedir. İnsanın değeri üzerinden akla ve akıl yürütmeye verilen önem "uslamlanın mekanikleştirilmesi" düşüncesini doğurmuştur. Bu doğrultuda Alman matematikçi ve filozof Gottfried Wilhelm von Leibniz (1646-1716) hesap makinesine işaret ederek mekanik uslamlamaya değinen ilk düşünür olmuş ve bilişsel yetilerin mekanikleştirilmesinin temelini atmıştır (Nilsson, 2019).

Aydınlanma Dönemi'nde ise Hobbes ve Leibniz tarafından Rönesans'ta akıl, mekanik yapılar ve mekanik akıl yürütmeye yapılan vurgu artarak devam etmiş, Descartes ve Bacon gibi filozoflar bu konularda yaptıkları çalışmalarla trans-hümanist felsefenin gelişiminde etkin rol üstlenmişlerdir. Zira İngiliz filozof Francis Bacon (1561-1626) *Novum Organum* (*Büyük Yenilenme,* 1620) adlı kitabında *a priori* akıl yürütmeden ziyade deneysel olarak edinilen ampirik bilginin önemine değinmiş ve akıl yürütmede yorumlayıcı tümevarım yöntemini geliştirmiştir (Bostrom, 2005b). Bacon'ın bu yeni metodolojisi ve epistemolojisi "Aydınlanmayı başlatan araç" olarak değerlendirilmiştir. Makine ve cihazları "*techné*[27]'nin ikinci yaratımı" olarak adlandıran Bacon'ın "ilk teknik" ütopya olarak değerlendirilen *Yeni Atlantis* adlı kitabında; tasarladığı üniversitede biyokimya, bitki genetiği ve hayvan yetiştirme birimleri bulunup, buralarda yaşamın uzatılmasına yönelik çalışmalar yürütülmekte, "koku ve tat evleri"nde ise yapay hayvan ve bitki araştırmaları yürütülmektedir. Aynı zamanda daha uzun yaşam arayışı ve organ nakli, yeni türlerin oluşumu ile modern-tekno toplum kurgusu sunulmaktadır. Bacon gerek epistemolojik ve metodolojik düşünce ve yöntemleri gerekse ileri bilimsel ve teknolojik tasarımlarıyla insanı "daha iyi"ye (daha uzun yaşam, daha fazla güç, "gençliğin iadesi", yaşlanmanın ötelenmesi gibi) ulaştıran idealler sunmuş, bu nedenle "trans-hümanizmin öncü anahtarı" olarak anılmıştır (Dağ, 2018a). Anlaşılacağı üzere "insanı doğanın yöneticisi" olarak değerlendiren Bacon, insana yapay bitki ve hayvanlar üreterek doğanın sunduklarını tasarlayabilme ve doğa üzerinde tahakküm kurma olanağı veren felsefi ütopyasıyla da trans-hümanist düşüncenin gelişiminde anahtar rol üstlenmiştir.

---

[27] ***Techné*:** Antik Yunan felsefesinde "bir alana ilişkin yöntemli ve sistemli çalışma, yetenek ve zanaat"ı ifade eden kavram (Audi, R., 1999, *Technology*, Cambridge Dictionary of Philosophy, 2nd ed., Cambridge University Press. Cambridge, UK, 518).

Nitekim Aydınlanma Dönemi'nde insan akılcılığına ve bilimin gücüne verilen önem, *"Aydınlanma nedir?"* sorusuna Alman filozof Immanual Kant (1724-1804) tarafından verilen "*Sapare Aude*!" ("Aklını kullanma cesaretini göster!) yanıtı ile en yalın şekilde özetlenmiştir (Perry, 1995: 56). İnsan aklına ve uzantısı olarak insana yapılan vurguyla Tanrı merkezli anlayıştan insan merkezli anlayışa evrilmenin yaşandığı ve modernizmin başladığı bu dönemde Descartes'in etkisi de yadsınamaz niteliktedir. Zira Fransız filozof René Descartes'ın (1596-1650) insana ve düşünceye izafe ettiği güç, doğa üzerinde insanın tahakkümüne dair savunusu ve zihin-beden ayrımı üzerinden yükselttiği Kartezyen düalizmi ile de trans-hümanist felsefesine dayanak oluşturmuştur (Dağ: 2018a). Adı geçen filozofların geliştirdikleri kuramlarda akılcı, özgür, yüksek kültürlü, eğitimli, kendisini ve evreni aklıyla tanıyan ve tanımlayan insan ideali, insanın gelişimini amaçlayan trans-hümanizmin gelişiminde de belirleyici olmuştur.

Ayrıca modern bilim ve felsefede geliştirilen yeni düşünce sistemlerinin siyasi, hukuki, kültürel ve ahlaki açılardan da toplumsal yapıyı dönüştürdüğü ve yeni toplum düzeninin temellerini attığı ileri sürülebilir. Yaşamın bütüncül dönüşümünün simgesi olan Fransız Devrimi (1789-1799) de doğaya hâkim olmaya başlayan insanın aynı türden bir varlık tarafından üzerinde kurulan hâkimiyete eleştirel aklıyla karşı çıkması nedeniyle yukarıdaki savı örnekler niteliktedir.

Öte yandan trans-hümanizmin genetik müdahaleler ve biyomedikal teknolojiler aracılığıyla insanın gelişimi üzerinden "biyonik evrimi"ni amaç edindiğini savunan görüşe göre, trans-hümanizmin gelişimine hız kazandıran başat unsurlardan biri de **19. yüzyıl**da Darwin'in geliştirdiği evrim kuramıdır. Zira İngiliz biyolog ve doğa bilimcisi Charles Darwin'in (1809-1882) *Türlerin Kökeni* (*Origin of Species*,1859)[28] adlı kitabıyla bilinir kıldığı evrim kuramı; kısaca canlıların kuşaklar boyu yaşadığı ortak bilişsel ve fiziksel değişimi ve bu değişimin aniden değil uzun zaman içerisinde gerçekleştiğini savunmaktadır. Canlıların bu uzun değişim sürecinde farklılaşan koşullara ancak uyum sağlayarak yaşamda kalabildikleri hipotezine dayanan "doğal seçilim yasası" da kuramın temel dayanaklarından birini oluşturmaktadır (Darwin, 2004). İşte, trans-hümanizmin canlıların gelişime bağlı değişimi esası da bu noktada evrim kuramına dayandırılmakta; insanın biyolojik ve fizyolojik gelişimi ile değişim bu yolla temellendirilmektedir. Ancak trans-hümanizmin bilimsel ve teknolojik

[28] "*Türlerin Kökeni*", kitabın kısaltılmış adı olup, uzun hali "*Doğal Seçilim Yoluyla Olan Türlerin Kökeni veya Yaşam Mücadelesinde Desteklenen Irkların Korunumu" ("On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life"*) olarak geçmektedir.

araçlarla yapılan müdahaleyle desteklediği değişim devrimsel; evrim kuramının doğal, araçsız, müdahalesiz değişimi ise sürece dayalı ve evrimsel niteliktedir. Bu noktada trans-hümanizm, evrim kuramından ayrılmaktadır. Kaldı ki trans-hümanizm "neo-Darwinci" bir felsefi hareket olsa da "Maltusçuların ve Darwinistlerin nihilizmine nihilist bir cevap" olarak da değerlendirilmektedir (Dağ, 2019: 158). Bununla birlikte evrim kuramında canlıların değişiminin atalarından koparak değil, atalarıyla köklerini koruyarak gerçekleşmesi trans-hümanizmde insan varlığının korunacağı düşüncesini uyandırmakta, bu düşünce de trans-hümanizmin "insan türünü yok edeceği"ne ilişkin distopik kaygıya yanıt olabilmektedir.

19. yüzyıl tıbbında yaşanan gelişmelerin trans-hümanizm üzerindeki etkisi de yadsınamaz niteliktedir. Zira dönemin düşünsel ve bilimsel gelişmelerine koşut olarak hastalıkların dokusal boyutta değil, hücresel boyutta bozulmalardan kaynaklandığı ortaya konulmuş; stetoskop geliştirilmiş ve X-ışınları keşfedilerek tıbbi görüntülemede kullanılmıştır. Ayrıca Mendel'in kalıtımsal aktarımla ilgili kuramıyla tıbbi ve bilimsel araştırmaları bir üst seviyeye çıkaracak olan genetik çalışmalar başlamıştır. Böylece tanı ve tedaviye yönelik yeni yöntem ve kuramlarla insan bedeni daha ayrıntılı bir şekilde tanınmaya başlamıştır (Bayat, 2016). **20. yüzyıl**a gelindiğinde ise kan grupları keşfedilerek tanımlanmış, Freud tarafından psikanaliz yöntemi geliştirilmiş, insan üzerinde organ nakli yapılmış, DNA'nın çift sarmallı yapısı saptanmış ve bağlantılı olarak genetik çalışmalar yoğunlaşmıştır (Lyons & Petrucellin, 1997). 1978 yılında yardımcı üreme tekniklerinden in vitro fertilizasyon (IVF) ile gebelik gerçekleştirilmiş ve ilk "tüp bebek" Louis Brown dünyaya gelmiştir (Çetin & Çetin, 2014). In vitro fertilizasyon tekniğinin ötesine geçen bir diğer uygulama ise "klonlama" olup, tek bir canlının genetik olarak kopyalanmasıyla üremenin gerçekleştirilmesidir. Klonlama çalışmalarına hız kazandıran uygulama ise 1997 yılında bir koyunun kopyalanmasıyla "üretilen" bir diğer koyunun "dünyaya getirilmesi" olmuştur (Bağış & Sağırkaya, 2001). 20. yüzyıl tıbbına olduğu kadar insanlığa da "sıçrayış" yaşatan bu gelişmelerin bir kısmına gerçekleştirilmelerinden önceki yıllarda yayımlanan bilim kurgu romanlarında da benzer tasarımlarla rastlanılmaktadır.

Sözü geçen bilim kurgu romanlarına İngiliz incelemeci-yazar Aldous Huxley (1894-1963) tarafından yazılan ve 1932 yılında yayımlanan *Cesur Yeni Dünya (Brave New World*) adlı kitap örnek olarak verilebilir. Zira kitapta deney tüplerinde "üretilen insanlar" ve üretim süreci betimlenmekte, bu doğrultuda günümüz tıbbının IVF yöntemiyle sahip olunan "tüp bebek"leri ile özdeşlik oluşturmaktadır. Ne var ki Huxley'nin "tüpte üretilen insan"ları distopik kaygı taşımaktadır. Bu kaygının temelinde ise "seri üretim prensibinin biyolojiye uyarlanması",

embriyo döneminde yapay kanla beslenme, "kuluçka ve şartlandırma merkezi"nde yetiştirme ve bilicin telkinle (psikolojik koşullandırma) şekillenerek nesneleştirilmesi bulunmaktadır. Ayrıca "iyi ve mutlu toplum" tasarımında Huxley'nin insanın "korkulacak kadar zeki" Alfalar, "zeki" Betalar ve "aptal" Gamalar gibi zekâ seviyelerine göre kastlara ayırması adalet bağlamında kaygı uyandırıcı görünmektedir (Huxley, 2019). Trans-hümanizm bağlamında yapılan Huxley okumasında ise insanın biyomedikal teknolojilerle geçirdiği evrimin; nesneleşme, temel değerlerin yok edilmesi, zekâ seviyesine göre sınıflara ayrılan toplumda adalet ilkesinin ihlali ve mutluluğun hazza indirgenmesine yol açması kaygı verici görünmektedir. Huxley'nin çalışması salt bir örnek olmasına karşın sunduğu distopyayla trans-hümanizm ve geleceğin tıbbına ilişkin endişe uyandıran sorgulamada, olası varoluşsal, hukuki ve etik sorunların oluşmasındaki rolü yadsınamaz niteliktedir.

Nitekim yukarıda bahsi geçen kaygılardan biri de öjeni olup, temelinde hasta, engelli, "istenmeyen" ya da yaşama "uygun bulunmayan" insanların "gen havuzunu bozduğu" ve iyi bir toplumun bunlardan arındırılması gerektiği düşüncesi bulunmaktadır. "İyi toplum" tasarımında bu insanların dış müdahaleyle ayıklanması gerektiği düşüncesi Amerika, Kanada, Finlandiya, İsveç ve İsviçre gibi birçok ülkede uygulanan öjeni ile somut kılınmıştır. Örneğin; Kanada'nın Alberta Eyaleti'nde 1928 yılında, Britanya Kolumbiyası'nda ise 1933 yılında sterilizasyon (kısırlaştırma) yasalarıyla başlayan öjeni uygulamalar 1970'li yılların başına kadar sürmüştür. Özellikle çocuklarına aktarımı engellemek amacıyla psikiyatri hastalarına ve Aborjinler gibi yerlilere sterilizasyon uygulanmıştır. **21. yüzyıl**da ise genetik düzenlemeler ve prenatal testlerle öjeni uygulamalarının biçim değiştirerek sürdürüldüğü ifade edilmektedir (Marshall & Robertson, 2006). Geçmişte hazırlanan öjeni kanunlarının ve yapılan uygulamaların başta yaşam hakkı olmak üzere temel hak ve özgürlüklerin ihlali anlamına geldiği belirtilebilir. Günümüzde yapılan genetik düzenlemeler ve prenatal testlerle örtük öjeni iması ise çift etkiye sahip olup, bu ilke uyarınca bir yandan test talebinde bulunan anne-baba adayının özerk kararlarına duyulan saygının, diğer yandan "güçsüz"e yaşam hakkı verilmeden "imha edilmesi"nin simgesi olarak yorumlanabilir.

Günümüzde trans-hümanizmin geldiği noktada gerek varoluşsal, hukuki ve etik sorunlara yönelik kaygının kaynağı olarak gerekse trans-hümanist felsefenin nihai amacı olan insanın gelişiminde üstlendiği rolle robotik, sibernetik ve biyomedikal teknolojideki gelişmeler önemli görünmektedir. "Dördüncü sanayi devrimi" ile karakterize edilen yapay zekâ ise yukarıda bahsi geçen tüm alanların ilerlemesindeki itici gücü oluşturmakta ve trans-hümanizmin tarihsel sürecinde belirleyici olmaktadır.

2.2.3.1. *Trans-Hümanizmin Gelişiminde Yapay Zekânın Belirleyici Rolü*

İnsanın kavrama, muhakeme yapabilme ve karar verebilme gibi bilişsel yetilerinin benzetim yoluyla tasarımını ve/veya makinelere aktarımını ifade eden yapay zekânın kavramsal kullanımın 20. yüzyılda başladığı ileri sürülse de kökleri antikiteye özellikle Aristoteles'in mantık ve metodolojisine dayandığı ifade edilebilir. Zira Aristoteles önermeler ve tümevarım yöntemiyle ulaştığı genellemeler ile düşünme süreçlerini biçimselleştirerek "düşüncenin yasaları"nı oluşturmuş ve mantık bilimini kurmuştur. Aristoteles'in klasik mantığı ve tümevarım yönteminin yanı sıra olasılık mantığı ve karşılaştırmalı düşünce yapısı da yapay zekânın bilgiyi genelleme, problem çözme, tümevarım yoluyla öğrenme işlemlerinin temeli olmuştur. Kısaca Aristoteles'in mantık ve metodolojisi yapay zekâ ve yapay zekâ sistemlerinin dayanağı olan hesaplama kuramına zemin oluşturmuştur (Kocabaş, 2014). Yapay zekânın felsefi temelinde salt Aristoteles'in değil, Leibniz, Frege, Descartes, Russel ve Chomsky gibi filozofların önerme ve kuramları da etkili olmuştur.

Leibniz düşüncenin ürünü olan bilgiyi daha kısa ve öz nitelikteki önermelere dönüştürmüş, "düşüncenin matematiksel temsili" olarak anılan "evrensel dil"i geliştirmiş ve mekanik akıl yürütmeyi somut hale getirmiştir. Tüm bu çalışmaları yapay zekâ "yazılım"larının başlangıcı olarak değerlendirilmiştir. Leibniz ayrıca 1674'te dört işlem yapabilen bir hesap(lama) makinesi geliştirmiş böylece Pascal'ın 1642 yılında geliştirdiği ve salt toplama, çıkarma ve çarpma işlemlerini (başlangıçta toplama ve çıkarma) yapabilen "basamak hesaplayıcısı'nı bir adım ileriye götürmüştür (Say, 2019). Yapay zekânın gelişiminde dönüm noktalarından biri de analitik felsefenin ve çağdaş matematiğin kurucusu Friedrich Ludwig Gottlob Frege (1848-1925) tarafından geliştirilen "yüklemcil kalkülüs" sistemi olmuştur. Frege, akıl yürütmede kullanılan kavramların simgesel yazılımına dayalı "kavram yazımı" sistemiyle mekanik akıl yürütmeyi olanaklı kılmıştır. Böylece yapay zekâ yazılımının ve "anlamsal ağlar"ın temellerini atmıştır. Gerek Leibniz gerekse Frege'nin mekanik akıl yürütme sistemleri, bilgisayarın öncülü olarak değerlendirilen "çözümlemeci makine"nin tasarımına ve programlanmasına kaynaklık etmiştir. Yine, 1837 yılında İngiliz matematikçi Charles Babbage (1791-1871) tarafından geliştirilen makine ile dört işlemin ötesinde hesaplama yapılabilmiştir. Ancak genel hesaplamaya dair işlemlerin yapılması Ada Lovelace (1815-1852) tarafından yazılan program ile mümkün olabilmiştir (Nilsson, 2019). Lovelace'in satranç oynayıp, beste yapabilen analitik makinesinin program yazılımında Leibniz ve Frege'nin katkıları büyük görünmektedir (Dağ, 2018a).

Yapay zekâ sistemleri, yazılım ve bilgisayarın gelişiminde felsefe ve mekanik kadar psikoloji özelikle nöropsikoloji çalışmaları da yol gösterici olmuştur. 1943 yılında nöronların işlevi ve çalışma süreçleri incelenerek, Rusell'ın önermeler mantığı ve Turing'in hesaplama kuramı ile birleştirilmiş ve bağlamıyla birebir örtüşen yapay zekâ çalışmaları başlamıştır. Bu çalışma Minsky ve Edmons tarafından 1950 yılında yapay sinir ağları kullanılarak, ilk bilgisayarın tasarlanmasını sağlamıştır. Yapay sinir ağları üzerine yapılan bu çalışma ayrıca davranışçı ekole karşı bilişsel nöropsikoloji ekolünün gelişmesinde de rol oynamıştır (Dağ, 2018a). **"Yapay zekânın ilkbaharı"** olarak adlandırılabilen bu dönemde gerçekleşen Soğuk Savaş'ta Amerika, Rus dilini anlama üzerinden stratejilere yönelmiştir. Bu amaçla Rusçadan İngilizceye tercüme yapacak yapay zekâ çeviri programının geliştirilmesi yönünde mali destekten kaçınmamıştır. Ancak programın yaptığı hatalı çeviriler yapay zekâya olan umudu da gelişime yönelik mali desteği azaltmış ve ilk **"yapay zekâ kışı"** başlamıştır (Say, 2019). Kıştan bahara dönüş ise 1970'li yıllarda mikroçipin icat edilmesi ve insan-makine arayüzü üzerine çalışmalarda kullanılması ile başlamıştır. Japonya'nın 1981 yılında doğru çeviri yapabilen ve insanlarla etkileşime geçebilen yapay zekâ programları ve bunlarla donatılmış "Beşinci Nesil Bilgisayar Projesi" "**ikinci yapay zekâ baharı"**n da başlangıcı olmuştur. Ne var ki ABD'nin yüksek mali desteğine karşın, projede yapay zekânın gelişiminde vaktinden önce yapılan öngörüler ve hedeflerin gerçekleştirilmemesi umut kırıcı olup, **"ikinci yapay zekâ kışı"**nı başlatmıştır (Dağ, 2018a; Say, 2019). 1990'lı yılların ortalarına gelindiğinde ABD'nin savunma alanında yapay zekâ yatırımlarından kâr etmesi, bilgisayarların çoğunluk tarafından edinilebilir olması ve kullanımının artması ise ikinci kışın ilkbahara evrilmesinde etkili olmuştur (Say, 2019; Nilsson, 2019). **"Yapay zekânın üçüncü baharı"** olan mevcut dönemin yaza dönüşmesi muhtemel, insanlığın hangi mevsimi yaşayacağı ise bilinmez ancak öngörülebilir niteliktedir. Bu döneme ne saf distopik kurgularla ne de hukuki ve etik bilinci kapalı ütopik umutlarla yaklaşmak insanlığa hizmet edebilir. Faydaları kabullenip, riski azaltmaya çalışarak, kaçınılmaz gelişimi desteklemek ve geleceğe hazırlanmak ise en olası çözüm görünmektedir.

Yapay zekânın etkisi en hissedilir alanlarından biri de tıp olup, **tıpta yapay zekâ**nın kullanımı 1965 yılında genetik, bilim felsefesi, kimya ve bilgisayar bilimi uzmanlarından oluşan bir ekibin yapay zekânın yaşam bilimlerinde kullanımına yönelik araştırması ile başlamıştır. Stanford Üniversitesinde (ABD) başlatılan ve altı yıl süren DENDRAL Projesi kapsamında yürütülen bu araştırmanın nihai amacı, herhangi bir sorunla ilgili ayrıntılı ve özel bilgileri toplayıp işleyerek, karar vermeye yardımcı uzman bir sistem geliştirmek olmuştur. Proje kapsamında tıpta sorun çözme, bilgi edinme ve karar vermeye dolayısıyla tanı ve tedaviye

yardımcı olacak CASNET ve MYCIN gibi uzman sistemler geliştirilmiştir (Lindsay et al, 1993). Kanın pıhtılaşmasıyla bağlantılı olarak enfeksiyon hastalıklarının ve menenjitin tanısında hekime yardımcı olmak amacıyla geliştirilen MYCIN, bahse konu uzman sistemlerin ilki olarak bilinmektedir. Bu sistemin işleyişi; hekimin MYCIN'in yüklü bir terminale oturup, sistemin hastayla ilgili sorduğu sorulara yanıt vermesi ile başlamaktadır. Hastanın demografik bilgileri, yakınmaları, semptomları ve tetkik sonuçlarına ilişkin sorulara sorumlu hekimin yanıt vermesine esasına dayanmaktadır. Hekim tarafından yanıtı bilinmeyen sorular olsa da yapay zekâ aracılığıyla tanı konulup, tedavi önerilerinde bulunabilmektedir (Doğaç, 1990). Tıpta yapay zekâ kullanımı da çift etkili olup yukarıdan da anlaşılacağı üzere kararlarında hekime yardımcı olarak sunduğu erken tanı ve tedavi, geçmişte tedavisi mümkün olmayan hastalıklarının tedavi edilmesi ve sağlık hizmetlerinin nitelik açısından iyileştirilmesi gibi faydaları söz konusudur. Buna karşın sağlık hakkı kapsamında sağlık hizmetlerine erişimde ve kaynakların dağıtımında adaletsizlik, mahremiyet/gizliliğin ve özerkliğin ihlali, hasta-hekim arasındaki güvene dayalı ilişkinin bozulması/dijitalleşmesi gibi riskleri de beraberinde getirmesi de muhtemeldir.

2.2.3.2. *Kuramsaldan Kurumsala Trans-Hümanizmin Kimlik Kazanma Süreci*

Klonama, kriyonik, genetik düzenleme, yapay organ üretimi, tele-tıp gibi biyomedikal teknoloji uygulamaları haklar ve değerler bağlamında yol açtığı ve açması muhtemel sorunlar nedeniyle eleştirilmektedir. Bunun da ötesinde "insan türünün yok olması"na neden olacağı kaygısıyla ilerlemelere ve uzantısı olarak trans-hümanizme karşı durulmaktadır (Ranisch, 2014: 152). Öte yandan, insanın gelişimi yolunda biyomedikal teknolojik gelişmeleri destekleyen ve trans-hümanizmi savunan düşünürler, düşünce oluşumları, yayınlar, yayın organları ve siyasette temsil hakkı edinmek amacıyla Amerika ve Kanada'da siyasi partiler (*transhumanist party*) bulunmaktadır. İnsan gelişimi yolunda kapasitesini artırmak için teknolojinin etik kullanımını, küresel ölçekte trans-hümanistleri ve haklarını savunmak amacıyla kurulan Humanity+ örnek olarak verilebilir. Trans-hümanizmin önde gelen temsilcilerinden Nick Bostrom ve David Pearce tarafından Dünya Trans-hümanist Birliği (*World Transhumanist Association,* WTA) adıyla kurulmuş, 2002 yılında kısaca **"Humanity^{+}"** (H^{+}) olarak anılmaya başlamıştır (Bostrom, 2005). Kendisini "nihai amacı insan türünün refahı olan ve insan koşullarını yükseltmeye hedefleyen eğitim kuruluşu" olarak tanımlayan birliğin çalışma ilkelerinde de insan-merkezli yaklaşımı ve insan gelişimi esası dikkat çekmektedir. Nitekim birliğin temel çalışma ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır: İnsan türünün yaşadığı ve yaşayacağı değişiklikleri değerlendirmek, insanlığın bir sonraki adımı üzerine düşünce üretmek, bilim ve

teknolojinin bireyin ve toplumun geleceğini nasıl etkileyebileceği hakkında öngörüde bulunmak ve toplumu bu konuda bilgilendirmek (Humanity+, 2020). Uluslararası nitelikte olan bu birliğin yanı sıra Amerika ve Kanada ağırlıkta olmak üzere farklı isimlerde çeşitli trans-hümanist oluşumlar bulunmaktadır.

Kanada düzleminde varlık gösteren trans-hümanist oluşumlar arasında **Kanada Transhümanist Partisi** (*Transhumanist Party of Canada/ la Partie Transhumaniste du Canada*) varoluş amaçları açısından incelenmeye değer görünmektedir. Kanıta dayalı bilim ve teknoloji ile Kanadalıların yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen partinin amaçları şu şekilde belirlenmiştir:

- Teknolojiyi doğrudan demokratik katılım, hükümetin şeffaflığını ve hesap verebilirliği mümkün kılma yönünde kullanmak.
- İnsani koşulları iyileştirmek ve doğal çevrede ortak yaşamı düzenlemek.
- Kanada'yı, dünyayı ve geleceğin toplumlarını güçlendirecek nitelikte "gelecek-tasarımlı" politikalar hazırlamak" (Transhumanist Party of Canada, 2020).

Kanada Trans-hümanist Partisi henüz tam olarak kurumsal bir nitelik kazanmamış olsa da trans-hümanistlerin siyasi temsili olması, ulusal ve uluslararası boyutta insani koşulların iyileştirilmesini amaç edinmesi ve geleceğin inşasına dair politikalar geliştirme amaçları ile önemli görülmektedir.

Akademik ve bilimsel çalışmalar bağlamında ise 2017 yılında Montreal Üniversitesi ile (*Université de Montréal*) ve McGill Üniversitesi (*McGill University*) arasında yapılan iş birliğiyle **Québec Yapay Zekâ Enstitüsü** (*Québec Artificial Intelligence Institute*) kurulmuştur. Enstitü; araştırma, eğitim ve teknoloji transferinin yanı sıra sosyal diyalog geliştirerek toplumun yapay zekâ ile ilgili konularda farkındalığının artırılması hedefiyle çalışmalar yürütmektedir (AI Québec, 2020). Bunun yanı sıra Kanada'nın ve dünyanın geleceğini iyileştirmek için ileri teknolojilerden yararlanmak adına stratejiler geliştirmek amacıyla kurulan **Kanada Tekillik Üniversitesi** (*Singularity University Canada*) bir düşünce kuruluşu olarak varlık göstermektedir. Geleceğin inşasında Kanada'nın küresel bir rol oynamasını amaç edinen kuruluş, gelecek üzerine düşünme ve ciddi küresel sorunlara çözüm üretme yolunda çalışmaktadır (SU Canada, 2020). Yine, eyalet bazında biyoteknoloji, nanoteknoloji, yapay zekâ, kriyonik, robotik, tekillik, yaşamın uzatılması gibi konular üzerine düşünen ve tartışan trans-hümanist oluşumlar da bulunmaktadır. Bunlar arasında *Toronto Transhumanism Meetup Group, Toronto AI, Canada Futurists:-Vancouver, Canada Futurists-Toronto, Centre for Human Success, Victoria Futurology Meetup ve Lifespan Society of BC*

gibi gruplar yer almaktadır (Meetup, 2020). Partinin ve yapay zekâ enstitüsünün yanı sıra adı geçen grupların gerek toplantı ve tartışmalarıyla trans-hümanizm ve fütürizmle ilgili sosyal diyaloğun gelişimine katkıda bulundukları gerekse Kanada'nın bu konuda farkındalık düzeyinin yüksek olduğu ifade edilebilir.

Türkiye'de ise dernek bazında olası gelecek senaryolarını değerlendirmek ve arzu edilen gelecek kurgularının olanaklılığı üzerine çalışmak amacıyla 2015 yılında kurulan **Fütüristler Derneği** örnek niteliğindedir. Zira dernekle geleceğe ilişkin yeni fikirler üretmek, önerilerde bulunmak, geleceğin tasarımına dair senaryolar ve yöntemler geliştirmek ve geleceğe yönelik çalışmaların toplum nezdinde anlaşılmasını sağlamak hedeflenmektedir. İlaveten bu hedeflerin gerçekleştirilmesi yolunda sosyal ve pozitif bilimlerden yardım almak ve "teknolojinin insanlığı ne kadar etkileyeceği ve nasıl yön vereceği ile ilgili olarak görüşleri paylaşmak" derneğin çalışma ilkelerini oluşturmaktadır. Derneğin varoluş amaçları arasında uzgörü oluşturma, geleceğin tasarımına dair yöntem arayışı ve geleceğe dair toplumsal bilinç oluşturma yönelimi önemli görünmektedir. Fütüristler Derneğinin yanı sıra **Yaşam Bilimleri ve Sağlık Bilişim Teknolojileri Derneği** (YASTED) ile de alana özel çalışmalar ve sağlık hizmetlerinde teknoloji ön plana çıkarılmaktadır (Fütüristler Derneği, 2018). Ayrıca yapay zekânın kullanım alanları, olanaklılığı ile risk ve faydalarına dair sosyal bilinç oluşturmak amacıyla 2017 yılında kurulan **Türkiye Yapay Zekâ İnisiyatifi** (TRAI) ülkemizde yapay zekânın kurumsallaşması bağlamında önemli görülmektedir. İnisiyatifin, yapay zekâ uygulamalarından doğan risklerin saptanıp giderilmesine ve bu yönde politikalar üretilmesine katkıda bulunma amaçları ise etik açıdan özgün değerlerine işaret etmektedir (TRAI, 2017). Akademi bazında ise **Boğaziçi Üniversitesi Yapay Zekâ Laboratuvarı**nda (*Boğaziçi University Artificial Intelligence Lab*); robotik, "bilişsel robotlarda öğrenme yöntemleri", biyoenformatik, kuramsal bilgisayar bilimi, süreçleri öğrenen robotik" ve çoklu ajan sistemleri üzerine projeler geliştirerek, yapay zekâ sistemlerinin eğitim, araştırma ve sosyal iletişim gibi birçok alanda kullanımı hedeflenmektedir (BU-AILAB, 2020). Bunun yanı sıra **Orta Doğu Teknik Üniversitesi** bünyesinde **Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı** kurulmuş ve lisansüstü eğitim düzeyinde tıp bilişimi programları açılmıştır. Sağlık hizmetlerinde niteliği yükseltirken maliyeti düşürmek, hizmetlere erişimi kolaylaştırmak ve kanıta dayalı kişiselleştirilmiş tıbbın benimsenmesine katkıda bulunmak amacıyla açılan **Tıp Bilişimi Programı**yla belirtilen amaçları gerçekleştirebilecek uzman, yöntem ve çözümlerin geliştirilmesi yönünde çalışmalar yürütülmektedir (ODTÜ, 2020). Ülkemizde dernek, inisiyatif, düşünce topluluğu bağlamında yapay zekâ, bilişim ve fütürizm ile ilgili kurumsal yapıların halihazırda sınırlı sayıda olduğu,

trans-hümanizmle ilgiliyse herhangi bir yapının bulunmadığı görülmektedir. Dolayısıyla geleceğe ve geleceğin tıbbına ulusal boyutta hazırlanmak amacıyla trans-hümanizm ve bileşenleri olan yapay zekâ, robotik ve biyomedikal teknoloji ile ilgili toplumsal farkındalığın artırılmasına katkı bulunacak kurumsal yapıların artırılması gerektiği ileri sürülebilir.

Akademik araştırma ve eğitim bağlamında ise ülkemizin uluslararası düzeyde eğitim veren üniversitelerinde yapay zekâ ve robotik üzerine olduğu gibi geleceğe yönelik "insan yetiştirmek" amacıyla eğitim kurumlarında yapılanmaya gidildiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda Kanada'da da yapay zekâ enstitüleri, araştırma laboratuvarları ve lisansüstü eğitim programları ile koşut seyir gösterdiği ifade edilebilir. Biyomedikal teknolojinin etkisiyle dönüşümün başladığı günümüz tıbbında klinikte karşılaşılan tıbbi-adli ve etik sorunlara çözüm üretebilmek amacıyla uygulamaları etik açıdan kabul edilebilir kılmak, mevcut hukuki düzenlemeleri irdelemek ve dönüşüme yanıt verebilecek hukuki düzenlemelerin hazırlanması gerekli görülmektedir. İşte, bu amaçlara ulaşma yolunda da deneysel, kuramsal ve kurumsal çalışmaların artırılması, bu çalışmaları yapacak yapılanmaların kurulmasına gereksinim olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu şekilde geleceğin tıbbına hazırlık bağlamında da kuram ve değer üretilmesi, hukuki ve etik düzenlemelerin yapılması olanaklı kılınabilir. Böylece geleceğin tıbbının inşasında tıbbı-adli ve etik zemin de hazırlanabilir.

2.3. KLİNİK ETİK VE ADLİ DANIŞMANLIKTA YASAL VE ETİK DÜZENLEMELERİN ÖNEMİ

Fransız felsefesinin önemli isimlerinden Emmanuel Levinas (1906-1995), "ben"in sosyal varlık olarak toplumsal inşasını "öteki"ne karşı sorumluluğu üzerine kurgulamakta ve "öteki ile birlikte var olma"yı insanı insan kılan başlıca unsur olarak değerlendirmektedir. Levinas'a göre sorumluluk "özneliğin özsel, ilksel, temel yapısı" olarak ontolojik ve etik bir içeriğe sahiptir (Levinas, 2010: 330). Bu bağlamda, ötekini önceleyen ve sosyal ilişkileri düzenleyen ise "etik sorumluluktur" ki sorumluluğun mahiyeti de ancak etik kurallarla belirlenebilmektedir. Nitekim aşağıdaki cümleleri de bu düşünceyi gerekçelendirir niteliktedir:

"Ahlaktan, toplumsal davranışla ve yurttaşlık göreviyle ilgili bir dizi kuralı anlıyorum. Ancak **ahlak**, bu şekilde, beşeri hayatımızın idame ettirilmesinin örgütlenmesi ve

iyileştirilmesinin toplumsal ve siyasal düzeninde işlerlik gösterdiği halde, son çözümlemede **başkasına karşı etik sorumluluk üzerine kurulu**[29]dur" (Levinas, 2010: 278).

Levinas'ın alıntılanan cümlesinden de anlaşılacağı üzere insanın birbirine karşı ve birbirinden sorumlu oluşuyla farklılıklardan doğan anlaşmazlıkların çözümü, böylece insan ilişkilerinin ve toplumsal yaşamın düzenlemesi etik kurallarla olanaklı kılınmaktadır. Bu noktada insanları benzerlikleri açısından ele almak, yaşanan sorunlara çözüm bulmak ve olası sorunların önüne geçmek amacıyla sosyal varoluşu düzenleyen bir diğer öge de hukuk kuralları olmuştur.

Etik sorumluluk ve vicdan, toplumsal düzen için hukuk kurallarının geliştirilmesinde başlangıç noktası olup, döngüsel olarak hukukun bittiği yerde etik varlık göstermektedir. Böylece etik ile hukuk, "toplumsal iyi"yi yaratma ve sürdürme hedefini paylaşmakta ve aralarında simbiyotik bir ilişki oluşmaktadır. Diğer ifadeyle etik ile hukukun farklı parametreleri ve farklı yetkesi olsa da her iki disiplinin kapsamında yer alan ortak kavram ve konular da bulunmaktadır (Brock & Mastroianni, 2018). Bu nedenledir ki klinikte yaşanan etik ikilem ve tıbbi-adli (mediko-legal) sorunların yanı sıra özellikle aydınlatılmış onam, tedavinin reddi, gerçeğin söylenme(me)si ve uzantısı olarak özerkliğe saygı noktasında "etiko-legal" sorunlar da yaşanmaktadır (Henky, 2017). Bu bağlamda tıbbi uygulama hatası iddialarında ya da tıbbi-adli sorunlarda tarafların kendilerini savunması, doğru kanıtlara ulaşılması ve uzlaşma veya çözüm yolunun bulunması klinik adli danışmanlık hizmetinin münferiden sunulmasıyla olanaklı kılınabilir. Yine, etik ikilem ve sorunların tanımlanıp analiz edilerek ve çözüme kavuşturularak etik açıdan haklı çıkarılabilir kararlara klinik etik danışmanlığın münferiden sunumuyla ulaşılabilir. Ancak etiko-legal sorunların çözülüp, verilecek kararın hukuki ve etik açıdan meşru kılınabilmesi her iki danışmanlığın birlikte sunumunu gerektirmektedir.

Öte yandan etik ile hukukun bireysel ve toplumsal eylemi düzenleyen mahiyeti meslek topluluklarının varlığını sürdürmeleri için de geçerlik göstermektedir. Zira etik ve hukuk kuralları; mesleği icra eden üyelerin yaşadıkları topluma ve mensubu oldukları topluluğa karşı mesleki, etik ve hukuki sorumluluklarını belirlemektedir. Ayrıca mesleği icra edenlerin davranışlarını düzenleyen kurallar uyarınca insan haklarına, farklılıklara ve değerlere saygıyı da olanaklı kılmaktadır (Baker ve ark., 2005). Etik ve hukuk kuralları özel eğitim, bilgi ve yeti gerektiren mesleki standartları da belirleyerek, meslek mensubunu öteki insanlardan ayırmakta ve mesleğin bağımsızlığını temsil etmektedir. İlaveten meslek mensubunun gerekli bilgi ve

[29] Bu sözcükler yazar tarafından anlamını vurgulamak amacıyla kalın (*bold*) olarak gösterilmiştir. Benzeri uygulama tezin ilerleyen sayfaları için de geçerlidir.

beceriye sahip olmak adına eğitim, sertifikasyon ve lisans alarak yetkinlik kazanmasına da aracılık etmektedir (Yarmolinsky, 2016). Geçmişten günümüze hekimlik mesleğine yönelik düzenlenen etik kod ve ilkeler ile hukuk kuralları yukarıdaki savı destekler niteliktedir. Bu doğrultuda klinik etik ve adli danışmanlıkta da hem hizmet verdikleri alana ve kişilere yönelik hem de kendi alanlarına ve ülkemizde bir meslek olma adına başvurmaları gereken mevcut hukuki ve etik düzenlemelerin yanı sıra yenilerine de gereksinim duyulmaktadır.

Hizmet sunanların yanı sıra hizmeti alanların da hukuki ve etik açıdan haklarını, yükümlülük ve sorumluluklarını belirleyen düzenlemeler her iki danışmanlık kapsamında önem arz etmektedir. Bu savımıza hekimlik kimliğini tanımlayarak, hekimin uyması gereken yükümlülüklerini ve bu yükümlülüklere uymadığı takdirde oluşacak sorumluluklarını belirleyen etik kurallar, ilkeler, bildirgeler ile yasa ve yönetmeliklerden oluşan hukuki düzenlemeler kanıt teşkil etmektedir. Klinik etik ve adli danışmanlıkta hizmet sunanlar bağlamında "mesleki yetkinlik kuralları" geliştirebilmek adına mesleki, etik ve hukuki yükümlülük ve standartlarını belirleyen mevcut etik ve hukuki düzenlemelere başvurulabileceği gibi yenilerine de gereksinim duyacaklardır. Hizmet verilenler bağlamında başvurulabilecek düzenlemeler; hekimin mesleki, idari, etik ve hukuki yükümlülük ve sorumlulukları oluşturur. Geleceğin tıbbı açısından ise biyomedikal teknolojilerin hâkim ve trans-hümanizmin insanın bu teknolojilerle gelişimini, sınırlılık ve engellerini aşmasını savunan boyutunun şekillendirici olacağı savıyla ilgili düzenlemeler ele alınmaktadır. Bu nedenle trans-hümanizm, biyomedikal gelişmelerin esası olan yapay zekâ, robotik ve ilgili gelişmelerin öznesi olan biyomedikal mühendislerinin yükümlülükleri ile ilgili düzenleme örnekleri incelenmektedir.

2.3.1. Klinik Etik Danışmanlık Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Klinik etik danışmanlık kapsamında da hukuki ve etik düzenlemelerin birlikte incelenmesinin başlıca nedenleri ise klinik etik ve adli danışmanlığı ortak paydada buluşturan konu ve olguların varlığıdır. Ayrıca her iki danışmanlığın etik-hukuk kavşağında yer alan ortak konuları ile klinik etik danışmanlığın hukuktan, klinik adli danışmanlığın da etikten bağımsız işlemeyeceği düşüncesidir.

2.3.1.1. Klinik Etik Danışmanın Yetkinlik ve Yükümlülüklerine İlişkin Düzenleme Örnekleri

Biyoetik alanında özellikle uygulamada varlık gösteren biyoetik uzmanlarına yönelik mesleki yetkinliğin koşullarını belirlemek ve alanın bağımsızlığını desteklemek amacıyla

yapılan düzenlemeler arasında etik kodlar önem arz etmektedir. Biyoetiğin alt alanı olan klinik etiği sahada uygulayarak etik sorun ve ikilemlere çözüm sunan klinik etik danışmanlara yönelik hazırlanan etik kod ise profesyonelleşmenin önemli bir aracı olarak görülmektedir. Kanada ve Amerika'da bulunan biyoetik dernekleri tarafından 1998 yılından itibaren biyoetik ve klinik etik danışmanlara yönelik hazırlanan etik kodlar uluslararası ölçekte uygulanabilir niteliktedir. Bunlardan ilki Amerikan Biyoetik ve İnsan Bilimleri Derneği (*American Society for Bioethics and Humanities,* ASBH) tarafından 2000'de yayımlanan **Klinik Etik Danışmanların Temel Yetkinlikleri** ("*Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*")[30] başlıklı koddur. Kodda; klinik etik danışmanın hizmet sırasında görevini kötüye kullanmaması adına yükümlülükleri yer almaktadır (Baker, 2005). Buna göre klinik etik danışmanın yükümlülükleri genel hatlarıyla şunlardır:

- Danışmanlık sırasında edinilen bilgilerin gizliliğini korumak,
- Kişisel ve mesleki açıdan önyargılı karar ve tutumlardan kaçınmak,
- Rol çatışmalarından uzak durmak,
- Hizmette taraflı ve önyargılı yaklaşıma yol açabilecek kişisel ve mesleki ilişkileri tanımlayıp açıklamak,
- Danışmanlık hizmetini sekteye uğratacak kurum ve kişilerle çıkar çatışmasından kaçınmak (Baker, 2005).

Kodun klinik etik danışmanlarca nasıl değerlendirdiğini saptamak amacıyla yapılan araştırma kodda belirtilen yükümlülüklerin danışmanlara etik açıdan rehberlik ettiği saptanmıştır. Danışmanlar özellikle çıkar çatışması, yükümlülüklerin çatışması, gizliliğin korunması ve hatanın düzeltilmesi noktasında farkındalıklarının arttığını da ifade etmişlerdir (Tarzian & Wocial, 2015). Bu kodu, Kanada Biyoetik Derneği (*Canadian Bioethics Society,* CBS) tarafından hazırlanan **Biyoetik Uzmanlarının Mesleki Standartları ve Kanada'da Çalışma Koşulları** ("*Employment Standards for Bioethicists: Working Conditions for Bioethics in Canada*") izlemiştir. Yine, Kanada Biyoetik Derneği tarafından 2002 yılında hazırlanıp, 2003 yılı başında yayımlanan **Biyoetik Uzmanlarına Yönelik Etik Kod Modeli – Taslak (**"*Draft Model Code of Ethics for Bioethicist*"*)* ise resmi olarak yürürlüğe girmemiştir. Oysa taslak olsa da kodda biyoetiğin alt alanı olarak klinik etik uzman ve danışmanlarının etik yükümlülükleri ortaya konulmuştur. Kodda; ilgili kişilerin yükümlülükleri şu şekilde

[30] "*Health care ethics consultation"* kavramının birebir Türkçe çevirisi "sağlık etiği danışmanlığı" olsa da işaret ettiği ve içerdiği anlam, görev tanımı ve hizmet alanı bağlamında klinik etik danışmanlığa işaret etmektedir. Bu nedenle tezde bahsi geçen kavram "klinik etik danışmanlık", *"health care ethics consultant"* ise "klinik etik danışman" olarak Türkçeleştirilmiştir.

belirlenmiştir: Uzmanlık ve çalışma alanında sınırlarının farkında olma, gizliliği koruma, gücü kötüye kullanmaktan ve çıkar çatışmalarından kaçınma, mensubu olduğu alana özgün çalışmalarla katkıda bulunma, alandaki gelişmeleri sürekli takip ederek sürekli eğitimi benimseme ve kendini sürekli geliştirme (Tarzian & Wocial, 2015). MacDonald (2003: 3-4) tarafından kaleme alınan kodda yer alan ve klinik etik danışmanın yükümlülüklerini gösteren ifadelerden aşağıda verilen ikisi dikkate değer niteliktedir:

- "Kişisel çıkarlarımın görevimle ya da kurumsal rollerim bir başkasının hedefleriyle çatıştığı durumlarda çıkar çatışmasından kaçınmaya çaba göstereceğim. Bu tür çatışmaların yaşanması durumunda önce çatışmayı ilgili taraflara açıklayacak, ardından gerekirse karar verme sürecinden çekileceğim."
- "Kurumsal rolümün ve özel eğitimimin bana verdiği gücü kötüye kullanmaktan kaçınacağım. Özellikle, etik uzmanlığımı ahlaki otoriteye dönüştürmekten uzak duracağım" (MacDonald, 2003: 3-4).

ASBH tarafından *Klinik Etik Danışmanların Temel Yetkinlikleri* (2000) ile Baker'ın (2005: 38-40) "mesleki yetkinlik ve bağımsızlığı" esas alarak hazırlanan etik kod taslağını sentezlenerek hazırlanan ve 2011 yılında yayımlanan **Klinik Etik Danışmanların Etik Kuralları ve Mesleki Sorumlulukları** örnek niteliktedir. Bu Kod *("Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants"*); salt biyoetiğin alt alanı olarak klinik etiği uygulamaya dönüştürerek danışmanlık hizmeti veren klinik etik danışmanlara yönelik olması nedeniyle de önemli görülmektedir. Kod'da; danışmanın sahip olması gereken mesleki ve etik nitelikler belirtilerek, mesleki standartların bir kısmı da ortaya konulmuştur (ASBH, 2011). Bu bağlamda Kod'un her biyoetik/tıp etiği uzmanının klinik etik danışman olmadığını/olamayacağını, klinik etik danışmanlık için mesleki ve etik açıdan özel bilgi, beceri ve niteliklere gereksinim duyulduğunu gösterdiği ileri sürülebilir.

Nitekim Kod'un ilk kuralı **"yetkin olmak"**, klinik etik danışmanın öncelikle temel bilgi ve becerilere (*Klinik Etik Danışmanların Temel Yetkinlikleri'*nde belirtilen nitelikler) sahip olması gerektiği salık verilmektedir. Bunun yanı sıra danışmanı yetkinliğe ulaştıracak eğitim, deneyim ve özniteliklerin önemine de dikkat çekilmektedir. Ancak mesleki anlamda salt yetkinlik de yeterli görülmemekte ilaveten mesleki ve kişisel niteliklerin birliğinden oluşan **"bütünlüğü korumak"** da klinik etik danışmanın yükümlülükleri arasında yer almaktadır. "Bütünlük" ile danışmanlığın en iyi şekilde sunulmasının önemli bir koşulu olan temel değerlere bağlılık, mesleki ve kişisel dürüstlük, özfarkındalık, adil olma, tevazu, açık fikirlilik, ahlaki sorumluluk ve cesaret ifade edilmektedir. Dolayısıyla klinik etik danışmandan

bahsedilen tüm niteliklere sahip olması ve bunları eylemlerinde tutarlı bir şekilde yansıtması beklenmektedir. Bir diğer yükümlülük **"çıkar ve yükümlülük çatışmalarını yönetmek"** olup, bu çatışmaları öngörüp, tanımlayabilme ve yönetebilmeleri anlamına gelmektedir. Çıkar çatışmaları; danışmanının mesleki muhakemesinin kişisel, mesleki veya mali açıdan birbiriyle rekabet eden çıkarlardan etkilendiği veya etkilenme olasılığı bulunduğu durumlardan oluşmaktadır. Örneğin; bir kurumda çalışan danışman, o kurumda yetkili ve nüfuz sahibi biriyle aynı fikirde olmayabilir ya da karar önerisi kurum çıkarlarına hizmet etmeyebilir. Bu durumda, rekabet eden çıkarları ele alıp, değerlendirmesi ve istişare yoluna gitmesi gerekir. Çatışma durumunda izlenmesi gereken başlıca stratejiler ise kaçınma, reddetme ve bildirim olarak belirlenmiştir (ASBH, 2011). "**Mahremiyete saygı duymak ve gizliliği korumak"** da danışmanlık hizmetinde edinilen özel bilgiler de dâhil olmak üzere tüm bilgilerin korunması ancak kurumsal politika, etik ve hukuki kurallar uyarınca kullanılabileceği anlamına gelmektedir. Mahremiyete saygı duymak ve gizliliği korumak öncelikli olup, ilgili kişilerin kendi özel bilgilerine erişimi kontrol etme hakkına saygıyı da içermektedir. Dolayısıyla danışmanlık sürecinde hastadan, hasta yakınından, hekimden ve/veya ilgili sağlık çalışanlarından alınan özel bilgilerin özenle korunması gerekmektedir.

Ne var ki hastanın ya da 3. kişilerin yaşamını korumak, olası ciddi zararları önlemek ve/veya mevcut zararların önüne geçmek adına bildirimde bulunmak da söz konusu olabilmektedir. Bu durumlarda sosyal hizmetler, huzurevleri, kolluk kuvvetleri gibi kurumlarda sadece yetkili kişiye en az bilginin verilmesi önerilmektedir. **"Klinik etik danışmanlık hizmetinin adil sunumunu sağlamak"**; adalet danışmanlığın da zorunlu koşullarından biri olup farklılıkları, ayrımcılığı ve eşitsizliği en aza indirecek şekilde hizmet vermeye işaret etmektedir. Klinik etik danışman olarak danışmanlık yapılan olguda adil olunması ve danışmanlığa gereksinim duyan tüm paydaşların hizmete erişiminin kolaylaştırılması ifade edilmektedir. Bu yükümlülüğe göre hassas grupların da sesleri duyulmalı, güç, imtiyaz ve kurum kültüründen doğabilecek önyargılar belirlenmeli ve bertaraf edilmeye çalışılmalıdır. Danışmanlık hizmetinin adil sunumunu engelleyen ya da sınırlayan unsurlar mümkün olduğunca saptanmalı ve bu unsurları giderebilecek konumdaki kişi(ler)in dikkatine sunulmalıdır.

Klinik etik danışman **"alanına katkıda bulunmak"** ile de yükümlü tutulmaktadır zira bir mesleğin üyesi olmak o mesleğin "ortak iyisi"ni geliştirmek anlamına da gelmektedir. Bu doğrultuda ulusal ve uluslararası ölçekte mesleğin gelişimine katkıda bulanacak araştırma ve yayın yapmak, klinik etik danışman yetiştirmek, alan dışı kişilere klinik etik danışmanlığı

tanıtmak ve mesleki etkinliklere katılmak mensubu olunan alana karşı yükümlülüğün yerine getirilmesini ifade etmektedir. Bunların yanı sıra **"mesleki sorumlulukla iletişim kurmak"**; sosyal medya da dâhil olmak üzere tüm kamusal alanlarda iletişim kurarken mesleğin norm, değer ve yükümlülükleriyle tutarlı bir şekilde iletişim kurmak gerekli görülmektedir. Belirli bir konuyla ilgili gerçekler ve bilimsel bilgi dâhil olmak üzere kamuya açık olarak yapılan görüş bildiriminde o konuda yeterince bilgili olmayı gerektirmektedir. Bir alanda yeterli bilgiye sahip olunmadığında ise görüş bildirimi yapılmamalı ve varsa o konuda yetkin birine yönlendirilme yapılmalıdır. Bunun yanı sıra mesleki sorumlulukla iletişim kurmak; empati kurmayı, farklı bakış açılarını değerlendirmeyi, farklı görüşlere ve değerlere saygı duymayı ve tevazu göstermeyi de elzem kılmaktadır (ASBH, 2011; Yarmolinsky, 2016). Bahsi geçen yükümlülüğün "öteki"ni anlama, kendini ifade etmesine olanak sunma, ifade edemediklerini saptama, farklı inanç ve değerlere saygı gösterme, etkili dinlemeyle konuşan kişiye saygı duyma ve asimetrik ilişki türünde aradaki güç dengesizliğini azaltma gibi bileşenlerden oluşan "etik iletişim" ile benzerlik gösterdiği ifade edilebilir.

Kaldı ki İtalya'da 2013 yılında klinik etik danışmanlık servisinin kurulmasını ve klinik etik danışmanın özel niteliklere sahip olması gerektiğini savunan **Trento Belgesi**'nde (*"Document of Trento"*) iletişimin önemine de dikkat çekilmektedir. Zira bildirge niteliğindeki bu Belge'de, klinik uygulamalarda yaşanan belirsizlik ve değer çatışmalarının çözümünde klinik etik danışman ile hasta arasında diyaloğa dayalı yakın bir ilişki kurulması gerektiği ifade edilmektedir (Picozzi ve ark., 2017). Belge'de, her ne kadar etik yükümlülükler ele alınmasa da klinik etik danışmanın özel niteliklere sahip olmak adına özel eğitim alması gerektiği de savunulmaktadır. Zira Belge'de klinik etik danışmanın özel bilgi ve beceriye sahip olması gerektiği şu sözlerle ifade edilmektedir: "Biyoetik eğitimi yeterli değildir: sağlık hizmetlerinde karar verme aşamasında olduğu kadar 'yatak başı' sorunların çözümünde de yeterli ve özel eğitime gereksinim duyulmaktadır" (Picozzi et al., 2017: 27). Bu noktada, klinik etik danışmanın özellikle "yatak başı sorunlara" çözüm üretebilmesi, acil durumları yönetebilmesi ve etik açıdan haklı çıkarılabilir kararlar verebilmesi özel eğitim ve çalışmalara gereksinim doğurmaktadır.

Danışmanın özel ve gerekli bilgi ve becerinin yanı sıra klinik uygulamaya uyumlu ve uygun karakter özelliklerine de sahip olması gerekli görülmektedir (Petrini, 2015). Nihai olarak klinik etik danışmanın yetkinlik koşullarını ve yükümlülüklerini belirleyen etik düzenlemeler ulusal birlikler tarafından hazırlansa da içeriği gereği uluslararası ölçekte uygulanabilir görülmektedir. Bu nedenle ülkemizde klinik etik danışmanlık hizmetinde gerek danışmanın etik

yükümlülüklerini, gerekse yetkinliğe ulaşma yolunda sahip olması gereken özel bilgi, beceri ve eğitimden oluşan standartları belirlemek amacıyla bahsi geçen etik kodlar rehber niteliğindendir. Böylece danışmanlık için gerekli olan sertifikasyon ve lisans edinme koşulları belirlenirken, ülkemiz için yeni bir alan olan klinik etik danışmanlığın önemi ve bağımsızlığı da ortaya konulabilir.

2.3.1.2. Klinik Etik Danışmanlıkta Hizmet Sunulanlarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Klinik etik danışmanlıkta hizmet sunanların yanı sıra hizmet sunulan kişilerle de ilgili hukuki ve etik düzenlemelere başvurulması gerekmektedir. Zira bu hizmet klinikte ortaya çıkan çıkar ve değer çatışmalarını, etik sorunları ve belirsizlikleri çözme yolunda hukuki açıdan meşru kılınabilir ve etik açıdan haklı çıkarılabilir kararlara yol göstermektedir. Bu doğrultuda hekimin etik yükümlülükleri ve sorumlulukları ile ilgili düzenlemelerin yanı sıra yaşamın başlangıcı ve sonu, teletıp, elektronik hasta verileri, genetik çalışmalar gibi etik açıdan ikileme açık ve zor kararlar da ilgili düzenlemelere başvurulmasını gerektirmektedir.

Uluslararası ölçekte Dünya Tabipler Birliği (DTB/*World Medical Association*; WMA) tarafından hazırlanıp, 1949'da kabul edilen **"Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası"**, hekimin mesleğini icra ederken uyması gereken temel yükümlülükleri içermektedir. Zira hem Türkiye hem de Kanada'daki hekimden "(…) hangi çeşit tıbbi uygulama içinde olursa olsun insanın değerine saygı ve sevecenlik gösterecek ve gerek teknik gerekse ahlak yönünden, bütünüyle bağımsız, yeterli bir tıbbi hizmet" sunması beklenmektedir (TTB, 2009a: 16). Bu yasayla birlikte DTB tarafından hazırlanan **"Dünya Tabipler Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği"** ile de hekimin mesleki ve etik yükümlülükleri daha ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Buna göre hekim, hastalarının ve birlikte çalıştığı kişilerin insan yaşamına, onuruna ve haklarına saygılı ve dürüst olması; meslek etiği kurallarına uygun davranması; hastanın özerk kararını gerçekleştirmesine olanak sunması ve gizliliğini koruması ile yükümlü tutulmaktadır. Ancak hastaya ve/veya 3. kişilere verilen/verilmesi olası zarar söz konusu ise kişisel bilginin açıklanması etik açıdan kabul edilmektedir (TTB, 2009b). Bu yükümlülükler gerek uluslararası bağlamda kabul edilebilir nitelikte gerekse hekimin hukuki yükümlülükleri ile özdeş görünmektedir. Öte yandan DTB'nin 1963 yılında yayımladığı **"Bütün Ulusal Bakım Sistemleri İçin Sağlık Bakımı Sunulmasında On İki İlke"**de hekimin mesleki açıdan temel hakları ifade edilmektedir. İlkeler arasında hastanın hekimi seçme hakkı olduğu gibi, hekimin de hastayı seçme hakkı olduğu ve hastasının gizliliğini korumak için "hasta-hekim ilişkisinin gizlilik yönü"nün yetkili ve ilgili kişi ve kurumlarca korunması gerektiği gibi haklarına

değinilmektedir. Ayrıca "[h]ekimin ahlaki, ekonomik ve mesleki bağımsızlığının güvence altına alınma"sı, mesleki gelişimine olanak sunulması, çalışma koşullarının tatmin edici halde iyileştirilmesi ve sınırlılıklarının giderilmesi üzerinde de durulmaktadır (TTB, 2009c: 19). Yukarıda verilen etik düzenlemeler uluslararası ve genel kabul görmüş yükümlülük ve ölçütlere işaret etmektedir. Bu nedenle Kanada ve Türkiye'deki hekim için bağlayıcı, klinik etik danışman içinse bilinmesi ve gerektiğinde başvurulması gereken düzenlemelerdir.

Ancak uluslararası nitelikteki her düzenlemenin ulusal hukuk ve etik kurallarla koşutluk göstermemektedir ki ötanazi ve hekim yardımlı intihar bu sava örnek teşkil etmektedir. 1992 yılında kabul edilen **"Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımlı İntihar Üzerine Bildirgesi"**nde DTB, hekim yardımlı intiharı da ötanaziyle benzer şekilde değerlendirmekte ve "temel etik ilkelerle çeliştiği" gerekçesiyle etik açıdan haklı çıkarılır bulmamaktadır. Bildirge'nin 2002 yılında yayımlanan güncellenmiş formunda da DTB'nin hekim yardımlı intihara karşı kesin ve açık tavrı şu cümlelerle belirtilmektedir: "Hekim yardımlı intihar, ötanazi gibi etik değildir ve hekimler tarafından kınanmalıdır. Hekimin yardımcı olduğu durum bile bile ve kasıtlı olarak kişinin yaşamına son vermesini doğrudan olanaklı kılmaktadır ve bu eylem etik değildir. Bununla birlikte tıbbi tedavinin azaltılması hakkı hastanın temel hakkıdır ve böyle bir istek ölümle sonuçlanacak olsa bile hekimin eylemi etik olmayan bir davranış olmayacaktır" (TTB, 2009d: 138).

Hekim yardımlı intihar, **Kanada**'da 17 Mart 2021 tarihinde tüm eyaletlerde geçerli olmak üzere **Ceza Kanununun Yeniden Düzenlemesi- Tıbbi Yardımla Ölüm** ("*An Act to Amend the Criminal Code - Medical Assistance in Dying*"), kısaca **Kanada'nın Tıbbi Yardımlı Ölüm Kanunu** ["*Canada's New Medical Assistance in Dying (MAID) Law"*][31] ile yasallaşmıştır. Tıbbi yardımlı ölüm, "Kanadalıların değişen gereksinimlerinin karşılanması, özerklik ve seçim yapma haklarının desteklenmesi" gerekçeleri ile hukuki olarak meşru kılınmıştır (GC, 2021a). Kanun'a göre, 18 yaşında veya daha büyük olmak, karar verme kapasitesine sahip olmak, kararını özgür iradeyle vermek, ciddi ve tedavi edilemez bir hastalığa ya da geri dönüşü olmayan engele sahip olmak, dayanılmaz derecede acı çekmek gibi koşullar

[31] Kanada Yüksek Mahkemesi 2015 yılında tıbbi yardımlı ölüm talebinde bulunan Lee Carter davasında "Kanada Haklar ve Özgürlükler Şartı"na uygunluk adına Ceza Kanunu'nda bu talebi yasaklayan maddenin çıkarılmasına karar vermiştir. Parlamentoya sunulan bu karar, Haziran 2016'da kabul edilmiş ve Kanada'da karar verme yeterliğinde olan yetişkinlerin belirli koşullar altında tıbbi yardımlı ölüm talebine izin verilmiştir. Kanada Adalet Bakanı, 5 Ekim 2020 tarihinde Parlamentoya "Ceza Kanunu'nun Yeniden Düzenlemesi - Tıbbi Yardımla Ölüm" (C-7 Kanunu) formunu sunmuş, kimlerin tıbbi yardım almaya uygun olabileceği konusunda önemli değişiklikler önermiştir. Parlamento, yapılan değişikliklerin ardından 17 Mart 2021 tarihinde Kanun'u kabul ederek, yürürlüğe sokmuştur (GC, 2018, *Medical Assistance in Dying*, Government of Canada, Ottawa, ON, Date modified: 2021/03/18, https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html, Ziyaret tarihi: 2 Nisan 2021).

tıbbi yardımlı ölüm talebinde bulunabilmek için gerekli kılınmıştır. "Akıl hastaları"nın tıbbi yardımlı ölüm talebinde bulunması ise 2023 yılına kadar ertelenmiştir (Parliament of Canada, 2021). Anlaşılacağı üzere bahsi geçen Kanun'da karar verme yetisi ile 2023 yılından sonra "akıl hastaları"nın da kapsama alınması çelişkili görülmekte; onurlu ölüm istemi ve özerklik, yaşamın kutsallığının üzerinde tutulmaktadır.

Türkiye'de ise doktrinde hekim yardımlı intihara ilişkin açık bir düzenleme bulunmasa da gerek T.C. Anayasası gerekse Türk Ceza Kanunu'nda yer alan ilgili maddelerle ilişkilendirilip yasak olarak değerlendirilebilmektedir. Nitekim **T.C. Anayasası**'nın "[k]işinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı" kapsamında ele alınan 17. maddesinde geçen "[t]ıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz" ifadesi yaşama hakkı kapsamında ele alınmaktadır (Resmî Gazete, 1982: 3). Zira "vücut bütünlüğü" ile kişinin fiziksel, zihinsel ve psikolojik sağlığı, iyi olma hali ve bağlantılı olarak refahı ihsas edilmektedir. Kaldı ki aynı maddenin ilk cümlesi de "[h]erkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir" ibaresi ile başlamaktadır. Vücut bütünlüğü ve yaşama hakkı **Türk Ceza Kanunu**'nda (TCK) da "intihara yönlendirme, yaralama, kasten adam öldürme, işkence, eziyet, insan üzerine deney" kapsamında (Madde 81-96) korunmaya alınmıştır. TCK'da tıbbi yardımlı ölüme ilişkin doğrudan hüküm bulunmasa da 84. maddede "(…) başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ibaresiyle ilişkilendirilebilmektedir (Resmî Gazete, 2004: 8988). Buna göre tıbbi yardımlı ölüm, hastanın "intihar kararını kuvvetlendir"mesi ve "intiharına yardım etmesi" bağlamında değerlendirilerek, yasaklanır. Dolayısıyla ülkemizde, Kanada'nın aksine, yaşamın kutsallığının, özerklik ve özgür seçim hakkının üstünde tutulduğu ifade edilebilir.

Anlaşılacağı üzere Kanada ve Türkiye küresel ölçekte kabul görmüş kurumlar tarafından hazırlanan ve hekim sorumluluğunu belirleyen düzenlemelerde olduğu gibi benzerlikler gösterse de farklılıkları da söz konusudur. Bu durumun temel nedeni ise ulusal ve törel değerlerin hukuki ve etik düzenlemelere yansıyarak, öncelikli kılınan değerlerin farklı olması ile açıklanabilir. Bu doğrultuda Türkiye'de hizmet verecek olan klinik etik danışmanın salt uluslararası boyutta değil, ulusal boyutta da ilgili etik ve hukuki düzenlemelerin ve hekim yardımlı intihar gibi konularda farklılıkların bilgisine sahip olması önemli ve gerekli görülmektedir. Diğer taraftan sadece etik bildirge, ilke ve kuralları değil, ilgili hukuki kanun ve kuralları da bilmesi, gerektiğinde bunlara başvurabilmesi önem arz etmektedir. Nitekim klinik etik danışmanın etik sorunu tanımlayıp, çözüm önerisinde bulunduğu süreçte etik açıdan haklı

çıkarılabilir kararlar verirken, ulusal ve üst hukuk kurallarını göz ardı edemeyeceği ileri sürülebilir. Benzer durum, klinik adli danışman için de geçerli olup, hukuken meşru çıkarılabilir kararlara ulaşma yolunda ulusal ve uluslararası bağlayıcı doktrine başvururken, ilgili etik değer, kural ve ilkeleri yok sayamayacağı ifade edilebilir. Kaldı ki bu çalışmada klinik etik ve adli danışmanlığın birlikte sunulması gerektiği savımızın yanı sıra hukuki ve etik düzenlemelerin birlikte ele alınışının temelinde bu yaklaşım da bulunmaktadır.

2.3.2. Klinik Adli Danışmanlık Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Tıbbın uğraş alanında hekimin öncelikli ödevi hastasına zarar vermemek olup, üçüncü kişilere verilecek olası zararı önleme ile hastanın sırrını açıklama (mahremiyetin ihlali) arasında kaldıkları vakalar gerek Türkiye'de gerekse Kanada'da görülmektedir. Ayrıca hastanın bildirimini reddetmesi durumunda zarar vermeme ile de mahremiyetin yanı sıra özerkliğe saygı ilkesinin de ihlali söz konusu olabilmektedir. Bu tür bir etik ikilem ile tıbbi-adli boyutu olan/olabilecek sorunlu duruma HIV pozitif vaka örnek olarak verilebilir. Zira insan hakları ile halk sağlığı arasında çatışmaya açık bir hastalık olarak hastanın ayrımcılığa uğramasına, damgalanmasına, dışlanmasına, kamusal özgürlüklerinin kısıtlanmasına uzantısı olarak da statü ve maddi kayıplar yaşamasına yol açmaktadır. Nitekim ülkemizde yaşayan yüz üç (103) HIV pozitif hastanın üç yüz otuz yedisinin (337) insan hakları ihlaline maruz kaldığı; ihlallerin de %23,73 (n= 80) oranıyla en fazla sağlık kurumlarında yaşandığı saptanmıştır. Bahsi geçen araştırmaya göre, yaşanan ihlaller arasında tıbbi gereklilik dışında kişisel bilgilerin ifşası ve mahremiyetin ihlali, tıbbi özende eksiklik, aydınlatmanın gereğince yapılmaması ve özerkliğin ihlali bulunmaktadır. Dolayısıyla HIV pozitif hastaya karşı sağlık çalışanın özensiz ve dikkatsiz yaklaşımı ile etik kural ve ilkelere aykırı tutumu yadsınamaz ölçüde görünmektedir (Çokar ver ark., 2008). Sağlık hizmetlerinde yapılan ihlallerden insan haklarının yanı sıra kişilik hakları ve hasta haklarının da ihlal edildiği anlaşılmaktadır. Başta hekim olmak üzere sağlık çalışanının dikkatsizlik, bilgi/özen eksikliği ya da yaşadığı ikilemde iyi ve doğru olanı seçememe nedeniyle tıbbi-adli ve etik açıdan sorunlara yol açtığı ifade edilebilir. Bu sorunların çözümü ve ihlallerin önlenmesi yolunda da klinik adli danışman ile klinik etik danışmanın rehberliğine gereksinim ortaya çıkmaktadır. AIDS hastasının tedavi sürecinde ikilem yaşayan hekimin ya da yukarıda belirtilen hak ihlal(ler)ine maruz kalan hastanın adli sürecinde başvuracağı klinik adli danışman, hukuki ve etik açıdan meşru kılınabilir çözüm önerileriyle ilgili kişiye ve yargıya yardımcı olabilir. Bu doğrultuda danışmanın ilgili ulusal ve uluslararası hukuki ve etik

düzenlemelere başvurması gerekmektedir. Örneğin; "**AIDS Hastalarını Tedavi Etmede Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu"** (DTB, 1988) danışmanlara yol gösterecek uluslararası nitelikteki düzenlemelerden biri olarak önerilebilir. Zira adı geçen düzenleme HIV pozitif hastaya hukuki ve etik ihlale mahal vermeden yaklaşımın yollarını şu şekilde ortaya koymaktadır:

"AIDS hastaları şefkat ve insan itibarına saygı ile yoğun tıbbi bakım altına alınır. Bir hekim yalnızca hasta seropozitif olduğu için hekimin mevcut mücadele gerçeği dâhilinde olan duruma sahip bir hastayı tedavi etmeyi ahlaki olarak reddetmeyebilir. Tıp ahlakı seropozitifliğe bir hastaya karşı kategorik ayırım yapılmasına izin vermez. AIDS'e yakalanmış bir kişi yoğun, şefkatli tedaviye ihtiyaç duyar. AIDS'li kişilerin ihtiyaç duyduğu bakım ve hizmetleri sağlayamayan bir hekim bu tip hizmetleri sağlamak için donanıma sahip hekimlere veya kurumlara uygun bir başvuru yapmalıdır. Başvuru kabul edilinceye kadar, hekim yetenekleri dâhilinde hastaya en iyi bakımı vermelidir" (TTB, 2009e: 63).

Ayrıca ülkemizde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Madde 57-64, 1930) dayanak alınarak, hekimin hukuki sorumlulukları arasında yer alan ihbar yükümlülüğü kapsamında AIDS de bildirimi zorunlu hastalık kılınmıştır (Resmi Gazete, 1930). Dolayısıyla bildirimden tedavi ve bakım sürecinin her aşamasında hukuki açıdan meşru çıkarılabilir, etik açıdan kabul edilebilir kararlar verebilmek yolunda ulusal ve uluslararası düzenlemelere başvurulması gerekli görülmektedir.

Öte yandan özellikle hastanın hukuki ehliyeti yani karar verme yeterliği ile ilgili aydınlatılmış onam alma/verme hususunda belirsizlik yaşandığı vakalarda ve/veya bu konuda tıbbi uygulama hatası iddiası/davası söz konusu olduğunda, "**Dünya Tabipler Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesi"** (1981) onam hususunda sorunun çözümüne ışık tutacaktır. Özellikle yeterli olmayan ancak akılcı kararlar verebilen bir hasta ya da aleyhte onam verme gibi tıbbi-adli ve etik açıdan tartışmalı olgularında Bildirge'nin 5. Maddesi rehber niteliğinde görünmektedir:

"5. Yasal ehliyeti olmayan hasta ile ilgili olarak":

"b. Eğer yasal ehliyeti (yeterliği) olmayan hasta mantıklı kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir ve böylesi bir durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır."

"c. Yasal temsilcinin ya da hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onam vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise, hekim kararı

ilgili yasal mercilerde ya da diğer kurumlarda aramalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına uygun davranacaktır" (TTB, 2009f: 130).

Yukarıda adı geçen Bildirge'nin 5. maddesinin b bendinde, özellikle daha önce karar vermeye yeterli olmadığı hükmüne varılmış ancak ilgili hekimle yapılan görüşme sırasında akılcı karar verebileceği düşünülen hastaya, yeterli ve yetişkin bir hastaya nasıl davranılıyorsa aynı şekilde davranılması gerektiği belirtilmektedir. Ancak bu noktada sıkıntılı görünen husus, o an "mantıklı karar" verdiğinin saptanmasında alınacak ölçütün ve dayanak alınacak gerekçelerin bildirilmemiş olmasıdır. Bu durum, hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir edim ve kararlarda tek bir düzenlemenin yeterli olmayacağı, hekim ve klinik adli danışmanın ilave düzenlemelere de başvurması gerektiğine işaret etmektedir. Aynı Bildirge'nin c bendinde yararlılık ve özerkliğe saygı ilkesinin çatışabileceği bir vakada yararlılık ilkesinin öncelikli kılınması gerektiği yolunda uygulamada bulunulması ifade edilmektedir.

Yine, klinik adli danışmanlık bağlamında hukuki ve etik açıdan sorunlu konulardan bir diğerinin de yaşlı istismarı olduğu görülmektedir. Zira "[b]ağımlılık, aile bağlarından yoksunluk, aile şiddeti, maddi desteğin olmaması, istismar edenin psikopatolojisi ve toplum desteğinden yoksunluk" gibi nedenlerle yaşlı bireye yönelik istismar, kötü muamele ve/veya ihmal de azımsanamayacak ölçüde görülmektedir (TTB, 2009g; 185). Dolayısıyla tıbbi-adli ve etik açıdan küresel konjonktürde sorunlu, hekimin belirsizlik yaşamasına ya da tedavisiz bırakma noktasında tıbbi uygulama hatası/iddiası ile karşı karşıya kalmasına yol açabilecek bir konu olarak da değerlendirilebilir. Özellikle yaşlı istismarına/ihmaline dair bir şüphede ya da bu tür bir vakada, hekimin nasıl yol izlemesi gerektiği, varsa kusur/ihmalinin saptanması, yoksa savunması noktasında klinik adli danışmanın görüşüne dayanak alabileceği uluslararası nitelikteki düzenlemeye "**Yaşlı İstismarı Üzerine Hong Kong Bildirisi"** örnek verilebilir. DTB tarafından 1989 yılında Hong Kong'da kabul edilen Bildiri, yaşlı istismarı/ihmali şüphesi/vakasında sunduğu ilke ve öneriler ile eyleme/karara/çözüme rehberlik etmektedir. Genel ilke ve önerilerden aşağıda sunulanlar örnek niteliktedir:

Genel İlkeler

"4. Eğer hekimler, bu tümcede tanımlandığı gibi yetersiz bakımdan eminse ya da kuşkulanıyorsa, durumu huzurevi ya da aileyle olsun, ilgili kişilerle görüşmelidir. Eğer yetersiz bakım doğrulanırsa ya da ölüm kuşkulu görülürse, bulguları ilgili yetkililere rapor etmelidir" (TTB, 2009g: 185-186).

Öneriler

"Yaşlıların tedavisinde görev alan hekimler;

Hastanın gizliliğini mümkün olan en geniş ölçüde korurken, aile ile tedaviye dayalı bir dostluk kurmaya ve sürdürmeye çalışmalıdır (genellikle doktor, hasta ve aile ile uzun dönemli bağlantıyı sürdüren tek uzmandır)" (TTB, 2009g: 186).

Anlaşılacağı üzere tıbbi-adli ve etik açıdan çözüme muhtaç bir konu olan yaşlı istismarı vakalarında hekimin hastanın yanı sıra ailesi ve yakınları ile güvene dayalı ilişki kurması, hastanın mahremiyet ve gizliliğini koruması ve istismar şüphesinin kanıtlarla hakikate dönüşmesi durumunda "yetkili makamlara" bildirmesi yükümlülükleri olarak belirlenmiştir. Öte yandan Türkiye ve Kanada'da hizmet veren hekim ve klinik adli danışmanın Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından hazırlanıp, 1975 yılında kabul edilen "**Tokyo Bildirgesi"**nin varlığını bilmesi ve gerektiğinde başvurması da salık verilebilir. Ancak bu şekilde *"Gözaltında ve Mahkûmiyette İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele"* ile ilgili vakalarda hekimin nasıl davranması gerektiğini kestiremediği, ikilemde kaldığı ya da bu konuda suçlandığı bir durumda Bildirge karar/çözüme yol gösterebilmektedir (DTB, 1975). Örneğin, bir mahkumun beslenmeyi reddetmesi gibi tıbbi-adli ve etik açıdan sıkıntılı bir vakada izlenecek yol Bildirge'nin 8. maddesinde ortaya konulmaktadır:

"Madde 8. Bir mahkûm gıda almayı reddettiğinde ve hekim tarafından böyle bir kararı sonuçlarını bilerek kendi başına ve kendi tercihiyle alabilecek yeterlikte görüldüğü durumda, DTB'nin Açlık Grevleriyle ilgili Malta Bildirgesi'nde belirtildiği gibi ilgili kişinin yapay beslenmesi yoluna gidilmeyecektir. Mahkûmun böyle bir kararı verme yeterliğine sahip olduğu en az bir bağımsız hekim tarafından daha teyit edilmelidir. Gıda almayı reddetmenin sonuçları hekim tarafından mahkûma anlatılacaktır. (DTB, 1975).

Açlık grevindeki bir kişinin bakımı ile ilgili görevlendirilen bir hekim; etik açıdan yararlılık ile özerkliğe saygı ilkeleri arasında ikilem; tıbbi-adli açıdan ise bakım verme yükümlülüğü ile kişilik haklarının ihlali noktasında çatışma yaşayabilir. Bu ikilem ve çatışmayı yaşayarak danışmanlık talep eden bir hekime klinik adli danışman hukuki ve etik düzenlemelere başvurarak çözümleyici yanıt verebilir.

Bilimsel olgular gibi kanunlar ve etik kurallar da dönemin gereksinimlerine ve gelişen yeni yöntem ve araçların kullanımından doğan tıbbi-adli sorunlara koşut olarak güncellenmekte, geliştirilmektedir. Dolayısıyla genetik tarama, genom çalışmaları, DNA ve biyobankalar gibi günümüzün tıbbında tartışmaya açık konularda genetik danışman gibi bu alanda varlık gösterenlere yönelik düzenlemeler hazırlanmıştır. Birleşmiş Milletler Eğitim,

Bilim ve Kültür Kurumu (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, UNESCO) tarafından 11 Kasım 1997 tarihinde kabul edilen **"İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi"** bu düzenlemelere örnek olarak verilebilir. Beyanname kapsamında hazırlanan **"DNA Bankası Çerçeve Kuralları"** ile de sadece hekimin gerek görmesi ve ilgili kişinin onam vermesi halinde saklanan DNA örneklerinin nasıl korunması ve örneklerinin nasıl açıklanması gerektiği açık bir şekilde ortaya konulmaktadır:

"II. Örneklerin işlenmesi ve gizlilik/mahremiyet ilkeleri"

"Bankalanma işlemleri sırasında kişilerin mahremiyetlerinin ve kişisel/tıbbi bilgilerinin gizliliğinin korunması en temel kuraldır. Bu nedenle, biyolojik örneklerin saklanması veya analize tabi tutulma süresi içinde kişi açık kimliklerinin gizli kalması gerekmektedir. Bu bilgiler şifreleme sistemi ile korunmalı, örnek kodlanarak depolanmalı ve tüm işlemler sırasında bu kod kullanılmalıdır" (TTB, 2009h: 245).

DNA örneklerinin saklanmasında gizlilik ve mahremiyetin korunması esas olup, hastanın açık kimliğinin yazılmaması gerektiği, bunun da kodlama ile olanaklı kılındığı görülmektedir. İnsan onuruna, mahremiyetine, temel hak ve özgürlüklerine saygı vurgusunun hâkim olduğu Beyanname kapsamındaki bu kurallarda, hukuki ve etik açıdan sorunların önüne geçmek amacıyla ayrıca sonuçların nasıl ve kime teslim edileceği de belirtilmiştir. Buna göre sonucun hastaya ya da 3. kişilere değil, doğrudan istem yapan hekime verilmesi gizliliğin ihlaline mahal vermemek adına önem arz etmektedir (TTB, 2009h).

Beyanname kapsamında yer alan "**Genetik Danışma Çerçeve Kuralları"** da genetik danışmanlık hizmeti verenlerin hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir eylem ve kararlarına rehber niteliği taşımaktadır. Zira sadece hastanın değil, hastanın soy bağı olan kişilerin de sağlığına ilişkin risk söz konusu olduğunda ne yapılması gerektiğine de şu şekilde açıklık getirilmektedir:

"Gizlilik temel prensip olmakla birlikte riskli akrabaların olduğu durumda hastalık korunabilir ya da tedavi edilebilir ise ya da erken tanımlama ile genetik risk azaltılabiliyorsa bu bilginin açıklanması söz konusu olabilir. Bir başka deyişle bilginin açıklanması ile sağlanacak yarar, bilginin açıklanmasının yol açacağı zarardan fazla ise bu bilgi yüksek riskli akrabalara açıklanabilir" (TTB, 2009h: 249).

Yukarıda verilen açıklamayla genetik danışmanlık hizmetinde gizliliğin ihlali ile yararlılık ilkelerinin çatışması durumunda ya da bu konuda yaşanacak belirsizlikte izlenmesi gereken yol gösterilmektedir. Danışmanlık kapsamında ilgili hastanın soy bağı olan kişilerin risk altında olduğu durumlarda ise hekimin ilgili kişileri bilgilendirebileceğine ve olası tıbbi

uygulama hatasına yönelik iddia/davada eyleminin haklı çıkarabilmesine dayanak olarak değerlendirilebilir.

Genetik danışmanlık, DNA bankaları, genetik kopyalama, tıpta bilgisayar kullanımı, "sağlık veri tabanları", in-vitro fertilizasyon gibi konularda hazırlanmış olan uluslararası düzenlemelerin ayrıca geleceğin tıbbına ilişkin düzenlemelerin gerekliliğine de örtük olarak işaret ettiği çıkarsanabilir. Zira nanotıp, genetik manipülasyon, yapay zekâ ve tam otonom robot/cihazlar gibi biyomedikal teknolojilerle şekilleneceği düşünülen geleceğin tıbbında yeni gereksinimlerin oluşacağı ve sorunların yaşanacağı öngörülebilmektedir. Nitekim "Dünya Robot Bildirgesi" (*World Robot Declaration*, 2004), "Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kuralları" (*European Civil Law Rules in Robotics*, 2016) ve "Yapay Zekâ Sorumluluk Bildirgesi" (*la Déclaration IA responsable,* 2017) yukarıdaki sava örnek teşkil etmektedir.

Nihai olarak, klinik adli danışmanlık, klinik etik danışmanlığa nispeten yeni bir alt disiplin olduğu için danışmanlık hizmeti verenlerin yetkinlik standartları ve sorumluluklarını belirleyen etik ve hukuki düzenleme Kanada ve Türkiye sınırlarında hâlihazırda geliştirilmemiştir. Öte yandan hukuk ve tıp arasındaki etkileşim tıbbi uygulamaya dolayısıyla bir hekimin eylem ve kararlarına neredeyse tüm yönleriyle nüfuz etmekte böylece hukuk-etik birliği tıbbi-adli vakaların ve yaşanan çatışmaların ötesine geçmektedir (CMPA, 2020). Dolayısıyla klinik adli danışmanlık hizmetinin mahiyeti, hizmeti icra eden klinik adli danışmanın yetkinliği ile koşutluk göstermektedir. Bu nedenle danışmanın, ulusal ve uluslararası üst hukukta ilgili olabilecek düzenlemeler ile etik kuralların varlığına ve bilgisine sahip olması gerekli görülmektedir.

2.3.2.1. Kanada'da Klinik Adli Danışmanlık Hizmeti Sunulacaklarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Kanada'nın hukuk sistemi; örfi hukuk ile medeni ve ceza hukukun birleşiminden oluşmaktadır. Eyaletler arasında farklı uygulamalar olsa da Kanada İnsan Hakları Yasası, Kanada Haklar Bildirgesi ve Ceza Kanunu gibi ülkenin genelinde geçerlilik gösteren hukuki uygulamaların benzer olduğu görülmektedir. Örneğin, Québec "Napolyon Yasası" (*Code Napoléon; Code civil des Français*) esas alınarak hazırlanmış Medeni Kanun'a[32] sahip tek eyalet olsa da diğer eyaletlerde ve konularda ortak hukuk söz konusudur (DJC, 2015). Zira

[32] İngiliz ve Fransız kâşif ve sömürgecilerin 17 ve 18. yüzyıllarda Kanada'ya taşıdıkları hukuk sistemleri nedeniyle günümüzde eyalet bazında iki hukuk sisteminin de kullanıldığı görülmektedir. Özellikle 1759 Québec Savaşı'ndan sonra Fransızların İngilizler tarafından topraklarından edilmesi Fransız diline ve kültürüne bağlılığı artmış, Fransız hukuk sistemine bağlılıklarının sembolü olarak Quebec Medeni Kanunu hazırlanmıştır. Diğer eyaletlerde ise İngiliz hukuku dayanak alınarak oluşturulmuş adalet sistemi hâkimdir (DJC, 2015, *Canada's System of Justice*, Department of Justice Canada, Ottawa, ON, 4-6, https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/, Ziyaret tarihi: 15 Nisan 2020).

temel hak ve özgürlüklerin korunması esasına dayanan ve 10 Ağustos 1960 tarihinde kabul edilen **"Kanada Haklar Bildirgesi"nin** (*Canadian Bill of Rights*) ülkenin ilk federal insan hakları yasası olarak tüm eyaletlerde geçerli olduğu görülmektedir. Bildirge; kişinin "yaşama hakkı, özgürlüğü (din ve ifade özgürlüğü), eşitlik hakkı, mülkiyet hakkı ve güvenliği"ni garanti ederek, yargılanma süreci dışında bu haklardan yoksun bırakılmaması gerektiğini vurgulamaktadır (GC, 2021b). Yine, **Kanada 1982 Anayasası**'nın (*Constitution Act*) ilk bölümü olan "**Kanada Haklar ve Özgürlükler Sözleşmesi"** (*Canadian Charter of Rights and Freedoms*), ülke genelinde azınlıkların haklarına değinmektedir. Sözleşme ile ayrım yapılmaksızın tüm yurttaşların yaşama hakkı, dil ve serbest dolaşım hakkı, eşitlik, din ve vicdan özgürlüğü, fikir ve ifade özgürlüğünü güvence altına alınmaktadır. Ayrıca sözleşmeyle etnisite, cinsiyet, ırk, yaş, din, dil, fiziksel ve zihinsel engellilik üzerinden yapılan ayrımcılığa da federal hükümet karşı çıkmaktadır (GC, 2021c). Doğrudan sağlık hizmetleriyle ilgili olarak da 1984 yılında kabul edilen "**Kanada Sağlık Yasası"** (*Canada Health Act*), Kanada Anayasası'nın ve sosyal devlet anlayışının sağlık alanındaki karşılığı olarak değerlendirilebilir. Yasa; sağlık harcamaları, sağlığın korunması ve düzenlemesi, hasta güvenliği, hastalık takibi ve önlenmesinden federal hükümeti sorumlu kılmaktadır. Yasaya göre, sağlık harcamalarının yanı sıra engellilik, evde bakım sağlayan ya da bakmakla yükümlü olan kişilerin masrafları sağlık sigortası kapsamında hükümetçe karşılanmaktadır (Minister of Justice, 2017). "Kamu yönetimi, kapsamlılık, evrensellik, erişilebilirlik ve taşınabilirlik" ilkeleriyle temellendirilen Kanada Sağlık Yasası'nda özellikle evrensellik ve taşınabilirlik ilkesi dikkat çekmektedir:

"Evrensellik [ilkesi]; eyalet sağlık sigortası sisteminin, Kanadalıları tıbbi olarak gerekli tüm tedavi ve bakım masraflarını karşılamaya yönelik sigortalaması gerektiğini ifade eder. Bu koşul aynı zamanda Kanadalıların sigorta primi ödemeden de eyalet sağlık sigortası kapsamına alınabilmeleri anlamına gelir" (CNA, 2020: FS-1).[33]

"Evrensellik ilkesi", Kanada'nın sağlık hizmetlerinde sosyal devlet anlayışının tezahürü olarak değerlendirilebilir. Zira sağlık sigortası ödemelerini yapamayan Kanada vatandaşlarının da sağlık hakkı yok sayılmamakta, hizmetten yararlanabilmektedirler. Bu ilke, sağlık sisteminin mahiyetine dair bilgi vermesi açısından da önemli görülmektedir.

---

[33] **Metnin özgün hali:** "Universality means that provincial health insurance programs must insure Canadians for all medically necessary hospital and physician care. The condition also means that Canadians do not have to pay an insurance premium in order to be covered through provincial health insurance" (CNA, 2020, *Fact Sheet: The Canada Health Act*, FS-1, Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/fs01_canada_health_act_june_2000_e.pdf, Ziyaret tarihi: 19 Haziran 2020).

Yine, "taşınabilirlik ilkesi" salt Kanada sınırlarında değil, Kanada vatandaşlarının belirli sınırlamalar dahlinde olsa da yurt dışında da sağlık masraflarının karşılanması adına önem arz etmektedir. Adı geçen ilke aşağıda verilmektedir:

"Taşınabilirlik [ilkesi]: Eyalet [sağlık sigortası] sisteminin, tüm sigortalı kişileri Kanada sınırlarında başka bir il veya eyalete taşındıklarında ve yurt dışına seyahat ettiklerinde de kapsaması gerekir. Eyalet [kendi özerk koşulları uyarınca], Kanada dışında sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamına ilişkin bir takım sınırlamalar yapma ve kendi yetki alanı dışında verilen [ancak] acil olmayan hizmetler için önceden onay isteme hakkına sahiptir" (GC, 2019).[34]

Biyomedikal teknolojilerin tıbbi uygulamalarda etkisini hissedilir kılmasıyla oluşan yeni gereksinim ve koşullar doğrultusunda güncellenen "Kanada Sağlık Yasası"nın 2003 yılında yeniden düzenlemesi sonucunda **"Sağlık Hizmetlerinin Yenilenmesine Yönelik Anlaşma"** (*Accord on Health Care Renewal*) hazırlanmıştır. Anlaşma'yla sağlık hizmetlerinde erişimi, kaliteyi ve uzun vadeli sürdürülebilirliği artırmak amacıyla yapısal değişikliğe gidilmiş; elektronik hasta dosyalarının nasıl güvenli saklanmasından tele-tıp uygulamalarına kadar birçok yeni yaklaşım ele alınmıştır. Anlaşma'ya göre, tele-tıp uygulamaları gibi teknolojinin etkin sağlık hizmetine erişim desteklenmeye başlamıştır (GC, 2019).

Kanada'da tıbbın uğraş alanında varlık gösteren hekimin öncelikle yukarıda adı geçen hukuki düzenlemeler uyarınca tıbbi uygulamada bulunması gerekmektedir. Zira Kanada'nın tıbbi-adli işleyiş ve ilkelerine göre, hastayı kabul ettiği an başlayan ve hasta-hekim ilişkisinin tüm süreçlerinde geçerli olan hekimin hukuki sorumlulukları örfi ve ceza hukukuna dayandırılmaktadır. Hastayı kabul eden hekim; hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği ve koşullarının elverdiği ölçüde hastayla ilgilenmek, tanı koymak ve öneride bulunmakla yükümlü tutulmaktadır. Bunun yanı sıra hekimin standart tıbbi uygulamayı yapma, hastayı tedavi ve bakımla ilgili aydınlatma, tanı koyup tedavi sunamadığında, tedaviye yanıt alamadığında ya da tedavi yetkinlik düzeyini aştığında hastayı sevk etme veya konsültasyon isteme yükümlülüğü de söz konusudur. "Özen yükümlülüğü" kapsamında yer alan bu yükümlülüklerden birinin yerine getirilmemesi, "görevin ihmali" anlamına gelmekte ve tıbbi uygulama hatası

---

[34] **Metnin özgün hali:** "Portability: The provincial and territorial plans must cover all insured persons when they move to another province or territory within Canada and when they travel abroad. The provinces and territories have some limits on coverage for services provided outside Canada, and may require prior approval for non-emergency services delivered outside their jurisdiction" (GC, 2019, *Canada's Health Care System*, Government of Canada, Ottawa, ON, Date modified: 2019/09/17, https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a8, Ziyaret tarihi: 21 Haziran 2020).

(malpraktis) kapsamında vaka adli boyuta taşınabilmektedir. Nitekim Kanada yargı sistemi hekimin özen yükümlülüğü kapsamında belirli ölçütleri zorunlu kılmış; bu ölçütler arasında "benzer koşullarda başka bir hekim tarafından makul şekilde uygulanmış olabilecek bakım ve tedavi standardı" belirleyici olmuştur (CMPA, 2020).

Kaldı ki **Ceza Kanunu'**nda (*Criminal Code*; R.S.C., 1985, c. C-46) da hekim, içinde bulunduğu dönemin kabul görmüş bilgi ve becerisini kullanmak ve standartlarına uymakla yükümlü tutulmuştur:

"Yaşamsal tehlike arz eden eylemlerde bulunan kişilerin yükümlülüğü"

"216. Bir kişiye cerrahi veya tıbbi tedavi sunmayı ya da bir kişinin yaşamını tehlikeye atabilecek boyutta yasal bir eylemde bulunmayı taahhüt eden herkes, gerekli haller dışında, bunları yaparken makul bilgi ve beceriye sahip olmak, bu bilgi ve beceriyi kullanmak ve özen göstermekle hukuken yükümlüdür" (Minister of Justice, 2021: 272).[35]

Ayrıca tıbbi uygulama hataları (malpraktis), "ihmal" (*negligence*) ile özdeş ele anılmış ve özen yükümlülüğünün ihlal sınırları şu şekilde çizilmiştir: Hastayı takip etmeme, yanlış tanı ve/veya tedavi, sevk veya konsültasyonda başarısızlık, gerekli hekimlerle iletişim kurmama, bildirim yükümlülüğünü yerine getirmeme (kötüye kullanım/istismar/şiddet olgularını bildirmeme) ve riskli durumlarda üçüncü şahısların/toplumun korunmaması ya da uyarılmaması (Marshall & Kelly, 2003). Tıbbi uygulama sonucunda hekimin özen yükümlülüğünü yerine getir(e)memesinin adli boyutta karşılık bulmasında temel koşulları ise dikkatsizlik, özensizlik ya da ihmal gibi kusurun bulunması, eylem sonucunda bir zararın oluşması, eylemle (kusurla) zarar arasında doğrudan bir ilişkinin ("nedensellik ilişkisi"/"illiyet bağı") kurulabilmesi olarak belirlenmiştir (CMPA, 2020). Şayet bu koşullar söz konusuysa, ihmal sonucu oluşan zarar tıbbi uygulama hatası kapsamında değerlendirilerek, zararın tazmini yolunda idari ya da cezai yaptırım uygulanmaktadır. Nitekim Québec dışındaki eyaletlerde tıbbi uygulama hataları, **"Kanada Haksız Fiil Hukuku"** (*Canadian Tort Law*) uyarınca değerlendirilmektedir. Bu uygulama haksız fiilin de ihmal, özensizlik, dikkatsizlik, kötü muamele nedeniyle yaralanma, fiziksel, duygusal veya mali zarara yol açmak anlamına gelmesiyle temellendirilmektedir (Flood & Thomas, 2011).

[35] **Metnin özgün hali:** "Duty of persons undertaking acts dangerous to life: 216. Everyone who undertakes to administer surgical or medical treatment to another person or to do any other lawful act that may endanger the life of another person is, except in cases of necessity, under a legal duty to have and to use reasonable knowledge, skill and care in so doing" [Minister of Justice, 2021, *Criminal Code* (R.S.C., 1985, c. C-46), Part VIII (R.S., c. C-34, s. 198), Last amended on March 17, 2021, Ottawa, ON, 272.].

Esasen "zarar" ve "zararın doğrudan nedeni olma" ölçütlerine dayanan haksız fiil kapsamında değerlendirilen tıbbi uygulama hatalarına aşağıdaki örnekler verilebilir:

- Gebelik ve/veya sürecinde verilen zarar: Anne ve bebekte doğum sırasında yaralanma ya da herhangi bir zarara yol açma ve/veya oluşan zararı gerektiği gibi teşhis ve tedavi etmeme.
- Yanlış tanı ve tedavi: Hastanın sağlığını ve devam edecek tedavisini riske atmak, hatalı operasyon yapmak ya da yanlış ilaç reçete etmek.
- İhmalkârlık: Kronik bir hastalık, engellilik veya başka bir şekilde önlenebilir bir hastalığı fark etmemek ya da ihmal ederek tedavisiz bırakmak.
- Tıbbi standartlara uymamak: Makul bilgi/beceriyi kullanmamak standart tıbbi uygulamada bulunmama ve özen göstermeme nedeniyle tanı ve tedavi sürecinde hastaya zarar vermek (MMC, 2021).

Yukarıda verilen örneklerin yanı sıra hastayı aydınlatma ve onamını alma noktasında da hukuk kurallarına ve etik ilkelere uygun davranmama da hastanın özerkliğinin ihlali bağlamında haksız fiil kapsamında değerlendirilebilir.

Nitekim "**Québec Medeni Kanunu**"na (*Civil Code of Québec*, 1991) göre, aydınlatılmış onam kişilik hakları kapsamında "vücut bütünlüğü"nün de önemli bir ögesi olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda bir kişinin özgür iradesiyle verdiği aydınlatılmış onam alınmaksızın yapılan her türlü müdahale vücut bütünlüğüne saldırı ve kişilik haklarının ihlali anlamına gelmektedir (Québec Official Publisher, 2020). Kanun'da belirtilen aydınlatılmış onam koşulları Türkiye'deki doktrinle koşutluk göstermektedir. Ancak Kanada'da "tıbbi vasiyet" ("yaşayan dilek") uygulamasının geçerli olması nedeniyle hastadan onam alınamayan durumlarda, vasinin onamına başvurmadan önce varsa tıbbi vasiyet değerlendirilmekte ve vasiyette belirtilen şekilde karar verilmektedir. Türkiye'de tıbbi vasiyet uygulamasının olmaması nedeniyle bu noktada ülkemiz Kanada'daki uygulamadan ayrılmaktadır. Öte yandan Kanada'da eyalet bazında 14 ya da 16 yaşında bir çocuğun, hastanede 12 saatten fazla kalmasını gerektirecek bir durum olmadığında, kendi başına onam vermesine olanak sunulmaktadır ki iki ülke arasındaki diğer farklılık da bu noktada oluşmaktadır. Şöyle ki;

"14. (…) Bununla birlikte, 14 yaşında veya daha büyük bir çocuk, normal bakım ve tedaviye tek başına onam verebilir. Çocuğun tıbbi durumu bir sağlık veya sosyal hizmetler

kuruluşunda 12 saatten fazla kalmasını gerektirirse, velayet yetkisine sahip kişiye ya da vasine bu durum bildirilir" (Québec Official Publisher, 2020: 32).[36]

Aydınlatılmış onam (gerektiği gibi almama) dâhil olmak üzere hekimin yol açtığı kısa dönemli, uzun erimli ve/veya yaşam kalitesini düşürecek tüm zararlar Kanada hukuk doktrininde (Haksız Fiil Hukuku ve Ceza Hukuku gibi) genel ve eyalet hukuk sistemine göre değerlendirilmektedir. Bu bağlamda gerek tıbbi uygulama hatası ya da haksız fiil iddia/dava sürecinde gerekse bunlara mahal vermemek adına hekim ve klinik adli danışmanın karar ve görüşünde bahsi geçen düzenlemeleri göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Kanada'da klinik adli danışman özelinde olmasa da **Kanada Adli Bilimler Derneği** (*Canadian Society of Forensic Science*) tarafından 1994 yılında adli bilim çalışanlarına yönelik "**Mesleki Davranış Kuralları"** ("*Rules of Professional Conduct"*) geliştirilmiştir. Bu kurallar; adli tıp, adli patoloji, adli antropoloji, adli biyoloji, toksikoloji olmak üzere hangi alt alanda çalışma yapılırsa yapılsın, çalışmaları yürütürken mesleki açıdan nasıl bir yol izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Buna göre, adli bilim çalışanı etik açıdan analiz ve raporlarda tarafsızlık ve bağımsızlık, bilgilerin toplanmasından itibaren gizliliği korumak ve yanlış, yönlendirici, abartılı beyanda bulunmamakla yükümlü tutulmuştur. Hukuki açıdan ise bulgu ve kanıtları ilgili kuruma/kişiye eksiksiz gönderme, tüm bilgi, bulgu ve kanıtları güvenli bir şekilde saklama, kanıt toplarken ve kanıt/bulguları değerlendirirken özen gösterme yükümlülüğü bulunmaktadır (CSFC, 2021). Anlaşılacağı üzere Mesleki Davranış Kuralları, adli bilim çalışanının hukuki ve etik açıdan yükümlülüklerini de ortaya koymakta, yükümlülük ihlali durumunda hangi noktalarda sorumlu tutulabileceğine de örtük olarak işaret etmektedir.

2.3.2.2. *Türkiye'de Klinik Adli Danışmanlık Hizmeti Sunulacaklarla İlgili Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri*

Kanada'da olduğu gibi Türkiye'de de hekimin mesleki, hukuki ve etik sorumlulukları hastayı gördüğü anda başlayarak, tanı ve tedavi sürecinde de devam etmektedir. Hekim sorumluluğu ise sağlık hizmeti verilirken mesleki, hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir sınırlar içinde hekimlik mesleğine özgü görevlerin dikkat ve özenle yerine getirilmesi ile temellendirilmektedir. Böylece hekimin, hastaya maddi ve manevi zarar vermeyen uygun yöntemleri seçerek tanı koyup, tedavi sunma yükümlülüğü üzerine kurulan bir sözleşme oluşmaktadır. Doktrinde "hekim sözleşmesi" olarak adlandırılan bu sözleşmeye göre "hekim;

[36] **Metnin özgün hali:** "(…) A minor 14 years of age or over, however, may give his consent alone to such care. If his state requires that he remain in a health or social services establishment for over 12 hours, the person having parental authority or tutor shall be informed of that fact" [Québec Official Publisher, 2020, *CCQ-1991 - Civil Code of Québec*, December 11, 2020 (updated). c. 64, a. 14, Government of Québec, Québec].

hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona özen, içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine" örtük olarak söz vermiş olur (Yorulmaz, 2005: 9). Nitekim Türk hukuk sisteminde hekimlik sözleşmesi "vekâlet sözleşmesi"[37] olarak medeni hukuk ve borçlar hukuku kapsamında değerlendirilmektedir. **Türk Borçlar Kanunu**'nda (2011) hasta ile hekim arasında kurulan bu sözleşme 503. maddede şu şekilde açıklanır:

Madde 503: "Kendisine bir işin görülmesi önerilen kişi, bu işi görme konusunda resmî sıfata sahipse veya işin yapılması mesleğinin gereği ise ya da bu gibi işleri kabul edeceğini duyurmuşsa, bu öneri onun tarafından hemen reddedilmedikçe, vekâlet sözleşmesi kurulmuş sayılır" (Resmî Gazete, 2011: 10843).

Hekimin hastayla kurduğu vekâlet sözleşmesinde dikkat edilmesi gereken nokta; sunacağı tedavinin mutlak surette olumlu sonuçlanmayacağı ve kesinlik taşımadığı/taşıyamayacağıdır. Ancak hekim tedavi etme, aydınlatma (özerkliğe saygı), özen gösterme, gizlilik ve mahremiyeti koruma ile yükümlü tutulur. Bu yükümlülüklerinden birini yerine getir(e)mediğinde ise yani "sözleşme yükümlülüğünün ihlâli" nedeniyle hukuki sorumluluğu doğar (Demir, 2008). İşte, bu noktada hastayı yeterince aydınlatmama, geçerli aydınlatılmış onam almama, gerekli dikkat ve özeni göstermeme, hastalar arasında ayırım yapma, hastanın sırrını ifşa etme/gizlilik ve mahremiyetini gerektiği gibi korumama, hastayı tedavisiz bırakma ve/veya tedaviden uygun olmayan bir şekilde çekilme gibi edimleri hekim sorumluluğunu doğurur. Hekim, hukuki ve etik sorumluluğunun uzantısı olarak meslek örgütleri ya da adli makamlarca cezai ve idari yaptırımlara maruz kalabilirler.

Kaldı ki gerek hukuki gerekse etik düzenlemelerde vekâlet sözleşmesinden uyarınca hekimin sorumluluk ve ihlallerine açık bir şekilde değinildiği görülmektedir. **Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi**'nde (1960) "[t]abip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir" ibaresiyle (Madde 2) tanı ve tedavi sürecinde hekimin hastaya karşı göstermesi gereken özen ve dikkat vurgulanmaktadır (Resmî Gazete, 1960: 1517). Yine, hastanın kişiliğine saygı gösterilmesinin öncelikli kılınması; hastanın insan onuruna saygı gösterilmesi, özerkliğini gerçekleştirilmesine olanak sunulması ve gizliliğinin korunması dolaylı olarak özen ve dikkat kapsamında değerlendirilebilir.

---

[37] Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi alanında hekimin tıbbi uygulama sonucunu garanti etmesi ve hastanın aldığı hizmet karşılığında maddi bedel ödemesi, hasta-hekim arasındaki sözleşmeyi "vekâlet sözleşmesi" değil, "eser sözleşmesi"ne dönüştürür ve hekimin yükümlülükleri bu sözleşmeye göre belirlenir (Yorulmaz, 2005: 9-10).

Ayrıca insan haklarının sağlık hizmetlerindeki karşılığını ifade eden **Hasta Hakları Yönetmeliği'**nde (1998) de Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde geçen ibareye benzer şekilde hastanın maddi-manevi bütünlüğü, kişilik hakları, yaşam ve sağlık hakkının saygıyla korunması ve "insanca muamele" görmesine dikkat çekilmektedir. Yönetmelik'te; "[s]ağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınamaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir" (Madde 5/c) bendiyle de sağlık hizmeti sunumunda adalet ilkesine uygunluk da hekimin hukuki ve etik yükümlülükleri arasında yer alır. (Resmî Gazete, 1998). Adalet ilkesine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde de değinilmekte, hekim, hastanın doğuştan getirdiği ve sonradan edindiği özelliklere göre ayırım yapmaksızın "azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükellef" tutulmaktadır (Resmî Gazete, 1960: 1517). Yönetmelik'te ise adalet ilkesinin yanı sıra "hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkı"nı ifade eden hakkaniyet ilkesi de ele alınmakta, başta hekim olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının her iki ilke uyarınca hizmet sunmasına yönelik yükümlülükleri belirtilmektedir (Resmî Gazete, 1998: Madde 6).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, "hastanın modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun tedavi alma hakkı" ile hekimin çağın koşullarına uygun, bilimsel açıdan kabul görmüş "standart tedavi"yi sunma yükümlülüğü de ihsas edilmektedir (Madde 11). Bunun yanı sıra tıbbi-adli ve etik açıdan soruna yol açabilen konulardan hastanın geçerli bir şekilde aydınlatılması, geçerli aydınlatılmış onamının alınması ile gizlilik ve mahremiyetinin korunmasına yönelik yükümlülükler ayrıntılı olarak açıklanmaktadır. Özerkliğe saygının somut ifadesi olan aydınlatılmış onamın hukuki ve etik açıdan geçerli olabilmesi için aydınlatmanın nasıl yapılması, içeriğinde hangi noktaların bulunması gerektiği, aydınlatmanın yapılamayacağı istisnai durumlar ve hastanın bilgilendirmeyi istememe hakkı da Yönetmelik'te ayrıntılı olarak yer almaktadır (Madde 15-20). Yine, normal koşullarda aydınlatılmış onam alınmadan ya da onamın aleyhte olduğu hastaya müdahale edilemeyeceği ya da nasıl bir yol izleneceği belirtilmektedir (Madde 22). Aynı anlayış benzer ifadelerle "**Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi"**nin (1997) ülkemizde 03.12.2003 tarihinde kabul edilen ve başlığına eklenen **"İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun"**da da görülmektedir.

Kısaca "İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi" olarak da anılan Kanun'da salt onamın alınması değil, aydınlatmanın önemi, içeriği ve özgür iradenin gerekliliğine de değinilmektedir. Hukuki açıdan onam veremeyen çocuklar ve yeterli (reşit ve mümeyyiz) olmayan kişilerin ise

mümkün olduğunca karara katılımı ve en yüksek faydası da vurgulanmaktadır (TBMM, 2003: Madde 5-8). Bu bağlamda hekimin hastadan onamı nasıl alması ve onam alamadığı hastalarda ise hangi noktalara dikkat etmesi gerektiğine dair yükümlülüğü de ortaya konulmaktadır.

Kaldı ki 2010 yılında **T.C. 1982 Anayasası**'na eklenen madde ile ilgili kişinin onamı alınmadan vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı kişilik hakları arasında değerlendirilmektedir. Sözü geçen hak ve bu hakka saygı duyma yükümlülüğü Kanun'da belirtilen haller dışında tüm insanlara yönelik olup, tıbbın uğraş alanında aydınlatılmış onam alma ile somut kılınmaktadır (Madde 17). İlaveten aşağıdaki ifadeyle kişisel verilerin ve mahrem bilgilerin korunması gerektiği de bildirilmekte ve kişinin gizliliği Anayasal hak olarak korunmaktadır (Resmî Gazete, 1982):

"Madde 20 - (Ek fıkra: 7/5/2010-5982/2 md.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir" (Resmî Gazete, 1982: 7).

Kişisel bilgilerin korunması ve ilgili kişinin onamı doğrultusunda işlenmesi tıbbi-adli ve etik açıdan gizlilik ve mahremiyete saygı ilkesiyle karşılık bulur. Tedavi sürecinde hasta hakkında edinilen bilgilerin/sırrın saklanması anlamına gelen gizlilik ve mahremiyete saygı ilkesi hukuki ve etik düzenlemelerde de önemle vurgulanır. **Hasta Hakları Yönetmeliği**'nde ölüm halinde de ölen kişinin mahremiyetine saygı duyulması gerektiği belirtilmektedir ki bu anlayış gizliliğin korunmasının önemini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra "[m]uayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi" de önemle üzerinde durulan huşular arasında yer alır. Mahremiyetin korunması ayrıca "[t]ıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini; [t]edavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını; [h]astalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini; [s]ağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulması" koşullarından oluşur (Resmî Gazete, 1998: Madde 21). Anlaşılacağı üzere Türk hukuk öğretisine göre mesleğin icrasında hekim; hastanın vücut bütünlüğünü korumak, mahremiyet ve gizliliğini korumak, kişilik haklarına ve onuruna saygı duymak, adil ve hakkaniyetli hizmet sunmak, geçerli aydınlatılmış onam alarak hastanın özerkliğini gerçekleştirmesine olanak

sunmak, modern tıbbın gerektirdiği ve standart tedaviyi sunmak, hizmet sürecinde gerekli dikkat ve özeni göstermek ile yükümlü tutulmaktadır.

Yukarıda belirtilenler hekimlik sözleşmesinden doğan ve yerine getirilmediğinde kusurlu davranışa yol açan "*culpa in contrahendo*" sorumluluğunu doğuran yükümlülükler olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla bu yükümlülüklerde yapılan ihlal/ihmal; güven, dürüstlük, özen, adalet veya sadakat ilkesinin ihlali anlamına gelmekte ve hekimi kusurlu davranışından sorumlu kılmaktadır (Özdemir, 2016). Bu durumda hekimin edimi, hastaya zarar vermişse ve zararla edimi arasında nedensellik ilişkisi söz konusu ise zararı tazmin etmesi gerekmektedir. Nitekim **Türk Borçlar Kanunu**'na göre "[k]usurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlü" kılınmaktadır (Resmî Gazete, 2011: Madde 49). Bu durum aynı zamanda tıbbi uygulama hatası kapsamında da değerlendirilip, zararın boyutuna göre idari ya da cezai yaptırımları da beraberinde getirir.

Hekimin, hastada yaralanma, organ ve/veya işlev kaybı gibi zarara yol açması ise ihmal, dikkatsizlik, özensizlik gibi nedenlere dayalı "taksirli suç" olarak değerlendirilir. Bu noktada hekimin verdiği zarar yeni **Türk Ceza Kanunu** (2004/No: 5237) kapsamında şu şekilde değerlendirilir: "Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır" (Resmî Gazete, 2004: Madde 89/1). Hastanın ölümüne yol açılmışsa "taksirle öldürme" suçundan hekim "iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile" de cezalandırılabilir (Resmî Gazete, 2004: Madde 85/1). Hekimin gerekli vakalarda TCK kapsamında yargılanabilmesi, hasta haklarının korunması ve mesleki yükümlülüklerinin yerine getirilmesi açısından önem arz etmektedir. Zira cezai yaptırımlar caydırıcı niteliği ile özensiz, dikkatsiz ve keyfi davranış, kötü muamele ve ihmalin önüne geçebilmektedir.

Hastanın şiddet ya da istismara maruz kaldığının saptaması ya da bunlardan şüphelenmesi; hastanın kendisine, 3. kişilere ve/veya topluma zarar vermesi/verme olasılığına ilişkin olguları hekimin yetkili mercilere durumu bildirme yükümlülüğü söz konusudur. "Bildirim/ihbar yükümlülüğü" olarak addedilen bu yükümlülük kapsamında aynı zamanda AIDS, lepra, sıtma, sifilis ve tifo gibi bulaşıcı hastalıkların da bildirimi zorunlu tutulmuştur. Bu yükümlülüğün yerine getiril(e)memesi ise yeni Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesi uyarınca suç sayılmıştır (Karahan, 2019). Söz konusu durumlarda bildirimin gecikmesi ya da yapılmamasına ilişkin cezai müeyyide TCK'da şu şekilde belirtilmiştir:

"Madde 280- (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme

gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" (Resmî Gazete, 2004: 9032).

Bildirim yükümlülüğü ile hastanın gizlilik ve mahremiyetine saygı duyma yükümlüğü çatışmakta; 3. kişilerin ya da toplumun faydası hastanın sırrının üstünde bir değer olarak ele alınmaktadır (Karahan, 2019). Bu doğrultuda olası zararın engellenmesi ile korunan değerin, hastanın sırrının ifşasıyla harcanan değerden fazla olduğu ve güvenliğin mahremiyete öncelikli kılındığı ifade edilebilir. Ayrıca Türkiye düzleminde hekimin mesleki, hukuki ve etik sorumluluklarının Kanada'da hizmet veren bir hekimin sorumlulukları ile oldukça benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Ülkemizde mesleğini icra ederken hekimin yaşadığı etik ikilem/soruna çözüm önerisinde bulunma, zor kararlarda hekime yardımcı olma ya da tıbbi uygulama hatasına ilişkin iddia/vakalarda veya tıbbi-adli olgularda ve davalarda yargı sistemine destek sunma adına verilebilecek klinik adli danışmanlık hizmetinde yukarıda bahsi geçen hukuki ve etik düzenlemelere başvurulabilir. Ancak bu yolla hem verilen destek ve yapılan yardım hem de sunulan görüş hukuki ve etik açıdan haklı çıkarılabilir nitelik kazanacaktır. Ayrıca Türkiye'de hekimlik mesleğine atfedilen yükümlülüklerin ve bu yükümlülüklerin yerine getiril(e)memesinden doğan sorumlulukların Kanada'dakilerle benzerlik gösterdiği de ifade edilebilir. Bu bağlamda -ulusal hukuki, sosyal ve törel farklılıklara karşın- verilecek klinik adli danışmanlık hizmetinin de mahiyeti gereği özünde benzerlik taşıyacağı, uluslararası düzenlemelere her iki ülkede de başvurulabileceği ileri sürülebilir.

Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) Bağlamında Başvurulabilecek Hukuki Düzenleme Örnekleri

Türkiye'de "tıbbi uygulama hatası" (malpraktis) davalarında başvurulabilecek, hekimin "kusurlu bulunması" halinde sorumluluklarını belirleyecek ve karar vericiye rehberlik edebilecek "tıbbi uygulama hatası" (malpraktis) ilgili düzenleme ancak 2022 yılında yapılabilmiştir. Bu düzenleme, Resmi Gazetede 15/06/2022 tarih ve 31867 sayı ile yayımlanan **"Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik"**tir. Esasen adı geçen yönetmelik yayımlanmadan önce "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"na ve "Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"a eklenen madde ile tıbbi uygulama hatası ile ilgili düzenleme yapılmıştır. Adı geçen kanunlara eklenen madde birebir aynı olup, 7/5/1987 tarih ve 3359 sayılı **"Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"**nda şu şekilde geçmektedir:

Ek Madde 18 - (Ek:12/5/2022-7406/14 md.): "Yükseköğretim Kanunu'nun 53'üncü maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanlar hariç olmak üzere, ***kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları***nın sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalar hakkında 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun hükümleri uygulanır. ***Soruşturma izni, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından verilir"*** (Resmi Gazete, 2022a).

Yukarıda verilen maddeden yapılan düzenlemenin sağlık hizmet sunumunda tıbbi uygulama hatası ile ilgili soruşturma ve davaların devlet ve özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanını bağlı kıldığı anlaşılmaktadır. Düzenlemede dikkat çeken husus ise "Mesleki Sorumluluk Kurulu"nun kurulmasıdır. Bu kurulun özellikle kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının tıbbi uygulama hatası davalarında idarenin rücu edip edemeyeceğinin kararını vermesi önem azr etmektedir. Bu husus, 12/5/2022 tarih ve 7406 sayılı **"Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"**da şu şekilde geçmektedir:

Madde 14: "***Kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları***nın sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle ***idare tarafından ödenen tazminat***tan dolayı ilgilisine ***rücu*** edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle ***görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu*** gözetilerek ***Mesleki Sorumluluk Kurulu*** tarafından bir yıl içinde karar verilir" (Resmi Gazete, 2022a).

Yukarıda geçen maddeden Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun soruşturma izni ve kararı açısından ceza hukuku bağlamında kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları arasında ayırım yapılmadığı anlaşılmaktadır. Tazminat hukuku bağlamında özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları açısından herhangi bir değişiklik yapılmadığı, buna karşın kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında çalışanlar içinse önemli bir değişikliğin söz konusu olduğu görülmektedir.

Zira düzenleme öncesi kamu sağlık çalışanlarına hasta ya da hasta yakını tarafından doğrudan tıbbi uygulama hatası ile ilgili dava açılamamakta, dava ya ilgili sağlık çalışanının mensubu olduğu sağlık kurumuna ya da Sağlık Bakanlığına açılabilmekteydi. İlgili sağlık kurumunun ya da Bakanlığın davayı kaybetmesi halinde dilerse davaya yol açan sağlık

çalışanına rücu davası açabilmekteydi. Ancak bu düzenleme ile ilgili sağlık kurumunun/Sağlık Bakanlığının rücu davası açıp açamayacağı kurulacak olan kurul tarafından belirlenecek, kurul ilgili sağlık çalışanına rücu edilmemesine karar vermesi halinde sağlık çalışanına dava açılmayacaktır.

Sağlık çalışanına rücu edilmesine karar verilmesi halinde ise bu karar belirli koşullara bağlı kılınmıştır. Yönetmeliğin amacını da oluşturan bu gerekçeler **"Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik"**te şu şekilde belirlenmiştir:

Madde 1/1: "(…) Devlet üniversitelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının, söz konusu işlem ve uygulamaları nedeniyle idare tarafından ödenen tazminatın, ***görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı*** ile tespit edilmesi halinde ilgilisine ***rücu edilmesine*** ilişkin usul ve esaslar ile Mesleki Sorumluluk Kurulunun çalışma usul ve esaslarının düzenlenmesidir" (Resmi Gazete, 2022, 31867).

Yönetmeliğin amacında Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun ilgili hekim ya da sağlık çalışanına idarece rücu edilmesine karar vermesinde gerekçelerin hekim/sağlık çalışanı "leyhine" olduğu ileri sürülebilir. Zira bu gerekçeleri; hekim/sağlık çalışanı aleyhine kesinleşmiş bir ceza davasının olması ve bu dava sonucunda hekimin/sağlık çalışanının "görevini kasten kötüye kullanmak"tan ötürü ceza alması oluşturmaktadır.

Fakat tıbbi uygulama hatası davaları ağırlıklı olarak kamuda çalışan hekime/sağlık çalışanına doğrudan değil, mensubu olduğu kuruma açılmakta, bu da ceza davasından ziyade idari dava niteliği taşımaktadır (T.C. Anayasası; Madde 129/5)[38]. Bunun yanı sıra "kesinleşmiş ceza" davasında da "göreviyi kötüye kullanmak"tan yani kasıtlı bir zarardan ötürü ceza alınması gerekmektedir (Yönetmelik Madde 6/(b)/2). Ancak tıbbi uygulama hatası davalarında hekimin/sağlık çalışanın çoğunlukla "kasten" değil, "dikkatsizlik, tedbirsizlik ya da ihmal" nedeniyle yani "taksirle" hata yaptığı görülmektedir (Yorulmaz, 2005). Dolayısıyla "görevin kötüye kullanımı" beraberinde hekimin/sağlık çalışanın "kusur"unun ve bu kusurun hastaya verildiği iddia edilen zarar arasında bir ilişkinin, diğer ifadeyle "nedensellik ilişkisi"nin ("illiyet

[38] **Madde 129:** "(…) Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir." Nitekim Yargıtay Kararları da bunu desteklemektedir (LEXPERA Yeni Nesil Hukuk Bilgi Sistemi, n.d., *Yargıtay 4. Hukuk Dairesi Kararı*, https://www.lexpera.com.tr/ictihat/yargitay/4-hukuk-dairesi-e-2019-1248-k-2019-3464-t-20-6-2019, Ziyaret tarihi: 18 Nisan 2021).

bağı"), aranmasını ve zararın ne kadarının hekimin/sağlık çalışanının kusurlu davranışı nedeniyle oluştuğunun ("kusur oranı") belirlenmesini gerekli kılmaktadır (Yönetmelik Madde 12/2).

Bunların yanı sıra yönetmelikte dikkat çeken bir diğer husus ise tıbbi uygulama hatasına yol açtığı iddia edilen hekimin/sağlık çalışanın "gerektiğinde" kurulda dinlenmesi olup, böylece karar öncesi ilgili kişinin kendisini sözlü olarak ifade etmesine olanak sunulması da hekim/sağlık çalışanı adına olumlu bir adım olarak değerlendirilebilir [Yönetmelik Madde 6/(b)/2/(i))] Zira bu düzenlemeden önce kamu hastanelerinde çalışan hekim/sağlık çalışanı için idareye, özel hastanelerde çalışan hekim/sağlık çalışanına ise doğrudan tıbbi uygulama hatasına ilişkin dava açılabiliyorken, bu düzenlemeyle Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun izni istenmektedir. Kurul, "Cumhuriyet Başsavcılığı" tarafından ilgili sağlık çalışanına dava açılmasına gerekçeli olarak izin verecek ya da açılmasını reddecektir (Yönetmelik Madde 9).

Yine, yönetmelikte kurulun kararı mutlak olmayıp, hekim/sağlık çalışanına, kurulun "soruşturma izni verilmesi" kararına "Ankara Bölge İdare Mahkemesi"ne başvurarak, karşı çıkıp itiraz etme olanağı sunulmuştur (Yönetmelik, Madde 11). Kurulun kararlarına itiraz hakkı "Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"na eklenmiş maddede ise *"Mesleki Sorumluluk Kurulunun kararlarına karşı Ankara Bölge İdare Mahkemesine itiraz edebilir"* ibaresiyle kurul kararlarına itiraz hakkını daha kapsamlı kılmıştır (Resmi Gazete, 2022a; Resmi Gazete, 2022b). İtiraz hakkı, kurul kararının mutlak ve sorgulanamaz kılınmaması bağlamında önemli olup, nihai kararın eskiden olduğu gibi yargıya bırakılması anlamına gelmektedir.

Nihai olarak, tıbbi uygulama hatası iddiası ile ilgili dava açılmasına izin verilip verilmemesine ya da davası olumsuz sonuçlanmış sağlık kurumunun rücu edip etmemesine Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından karar verilme sürecinde ilgili hekime/sağlık çalışanına yukarıda bahsi geçen hukuki düzenlemeler rehber niteliktedir. Dolayısıyla tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikâyet, iddia ya da davalarda klinik adli danışman da kendisine bu süreçte başvuran hekime/sağlık çalışanına doğru savunma hazırlanması ve hakların bilinmesi bağlamında yardımcı olurken söz konusu yönetmelik ve kanunları esas alabilir. Böylece ülkemizde son yıllarda giderek artan gerek hekimin ve sağlık kuruluşunun gerekse mahkemenin yükünü ağırlaştıran gereksiz tıbbi uygulama hatası davalarının ve hekime atfedilen mesleki kusurun ithamlarının azalabileceği ileri sürülebilir.

Mesleki Yetkinlik Koşulları, Yükümlülük, Sorumluluk ve Çalışma Şeklinin Belirlenmesinde Başvurulabilecek Hukuki Düzenlemeler

"Bilirkişilik" bağlamında başvurulabilecek hukuki düzenlemeler

Türkiye'de de Kanada'da olduğu gibi klinik adli danışmanın görevlerini, yetkinlik standartlarını, yükümlülük ve sorumluluklarını içeren hukuki ve etik düzenleme hâlihazırda bulunmamaktadır. Bununla birlikte "Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi", "Ceza Muhakemesi Kanunu", "Hukuk Muhakemeleri Kanunu" ve "Bilirkişilik Kanunu" klinik adli danışmanın görev, yükümlülük, sorumluluk ve mesleki yetkinlik koşullarının belirlenmesinde başvuru kaynağı niteliğinde görünmektedir. Zira 20/09/2005 tarih ve B100TSH0130000-13243 (2000/93) sayılı **Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi** ile adli tıp hekiminin; muayene ve rapor düzenleme, bilirkişilik ve resmi bilirkişilik yapma, ölmüş olan kişinin kimliğini belirleme ve otopsi yapma gibi çalışma alanları belirlenmiştir. Bunların yanı sıra adli rapor yazımında ve bilirkişilikte izlenecek yol ve dikkat edilecek hususlar da hukuki olarak tanımlanmıştır. Genelgede adli tıp uzmanının mesleki yetkileri, yükümlülükleri ve bağlantılı olarak sorumluluklarının hukuki sınırları çizilmiştir. Yine, adli vakalarla ilgili muayenelerde; "muayene edilenin bilgilendirilmesi" ve ilgili "kişiye zarar verilmemesi" etik açıdan da dikkat çeken mesleki ve etik yükümlülükler arasında yer almaktadır (SB, 2005).

Adli tıp uzmanının yanı sıra tıbbın farklı alanlarında uzman görüşü gerektiren "özel ve teknik" konularda da gereksinim duyulan bilirkişilik ile ilgili olarak Ceza Muhakemesi Kanunu ve 12/1/2011 tarih ve 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu da başvurulabilir kaynaklar arasında yer almaktadır. Bahsi geçen kanunlarda bilirkişi atamasını gerekli kılan durumlar, atamayı yapan merciler, atanan bilirkişinin kabul ya da reddedilmesinin gerekçeleri, bilirkişinin görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma şekli ve işleyişi açıklanmaktadır. Nitekim 4/12/2004 tarih ve 5271 sayılı **Ceza Muhakemesi Kanunu**'nda (CMK) bilirkişi atama gerekçesi Madde 63'ün 1. fıkrasında şu şekilde geçmektedir:

Madde 63/1: "Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir" (CMK, 2004: Madde 63/1).

Yukarıdaki madde ile bilirkişi atamasının her davada zorunlu olmadığı ancak mahkemenin (hâkimin) bilgisi dışında kalan konularda, taraflardan birinin talebi üzerine atandığı anlaşılmaktadır. Benzeri bir ibare 12/1/2011 tarih ve 6100 sayılı **Hukuk**

Muhakemeleri Kanunu (HMK) Madde 266'nın 1. fıkrasında geçmekte, "çözümü hukuk dışında" ifadesiyle de bilirkişi atamasını gerekli kılan "özel ve teknik" durumlar vurgulanmaktadır (HMK, 2011). Sözü geçen maddelerde ayrıca bilirkişi talebinde tek bir tarafın ya da merciinin değil, "taraflardan (herhangi)birinin" bulunabileceği de belirtilmektedir (CMK, 2004; HMK, 2011). Gerek CMK'da (Madde 64 ve 65) gerekse HMK'da (Madde 268) bilirkişi atamasında gerekli olan koşullar belirtilmiş, atamada önceliğin "bilirkişilik bölge kurulu tarafından hazırlanan liste"ye kayıtlı olunanlara verildiği vurgulanmıştır. Her iki kanunda bilirkişilik atamasında "meslek veya sanat icrasına resmen yetkili kılınmış olma" (CMK Madde 65/1; HMK Madde 270/1) koşulu da belirtilmiştir. Bu koşul klinik adli danışmanlığın "mesleki yeterlik koşullarının" belirlenmesinde yol gösterici olup, klinik adli danışman olarak hizmet verebilmenin zorunlu ve ön koşullarından birini adli tıp uzmanlığı oluşturabilir.

CMK ve HMK'nın devam eden maddelerinde bilirkişinin reddi, çalışma şekli, süresi, bilirkişi görevinden çekilme gerekçeleri, sunulacak bilirkişi raporunun hazırlanmasında ve sunumunda dikkat etmesi gereken hususlar ve yetkileri, "bilirkişiliği kabul" (CMK Madde 65), "görevini bizzat yerine getirme" gibi yükümlülükleri ve bunları yerine getirmedikleri durumda sorumlulukları açıklanmıştır. Bu yükümlülükler arasında HMK Madde 277/1'de geçen *"[b]ilirkişi, görevi sebebiyle yahut görevini yerine getirirken öğrendiği sırları saklamak, kendisi ve başkaları yararına kullanmaktan kaçınmakla yükümlüdür*" ibaresi etik açıdan da bilirkişinin tarafsızlığı kadar önem arz etmektedir. (HMK, 2011).

Yine, 3/11/2016 tarih ve 6754 sayılı **Bilirkişilik Kanunu'**nda da bilirkişinin "görevini bizzat yerine getirme" (Madde 3/4) ve gizliliğe saygı duyma bağlamında sır saklama yükümlülüğünün (Madde 3/5) "temel ilkeler" arasında yer alması önem arz etmektedir. Etik açıdan "temel ilkeler" kapsamında üzerinde durulan bir diğer yükümlülük de "dürüstlük" ve "tarafsızlık" olup, şu şekilde ifade edilmektedir:

Madde 3/1: "Bilirkişi, görevini dürüstlük kuralları çerçevesinde bağımsız, tarafsız ve objektif olarak yerine getirir" (Resmî Gazete, 2016b).

Bilirkişiliğe özel olarak hazırlanmış olması dolayısıyla da Bilirkişilik Kanunu'nda, ilaveten Bilirkişilik Daire Başkanlığı ve bölge kurullarının yetki ve görevleri, bilirkişinin sahip olması gereken nitelikler, eğitim ve denetimi gibi CMK ve HMK'da belirtilmemiş olan hususlar ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Zira "Bilirkişiliğe kabul şartları" başlıklı bölümde "alanında en az 5 yıl çalışmak", "mesleki yeterlik/uzmanlık belgesine sahip olmak", "bilirkişilik temel eğitimini almak" gibi yeterlik koşulları uzmanlaşma adına önem arz etmektedir (Resmî Gazete,

2016). Bu zorunlu koşullar bilirkişilikte yetkinliğin önemini ortaya koyduğu gibi klinik etik ve adli danışmanın mesleki yeterlik koşullarının belirlenmesi ve danışman lisansı ile danışmanlık yapabilmesinde zorunlu koşulların saptanması adına da örnek niteliktedir.

Resmi bilirkişiliğe yeni bir boyut kazandırması düşünülen bir diğer düzenleme ise **"Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik"** olarak değerlendirilebilir. Zira yönetmelikte resmi bilirkişiliğin Adli Tıp Kurumu ve bilirkişilik bölge kurullarına kayıtlı uzmanların yanı sıra Mesleki Sorumluluk Kurulunun bilgisi dışında kalan özel, bilimsel ve "teknik uzmanlık gerektiren konularda" kurabileceği "ihtisas komisyonları"ndan görüş alabileceği ifade edilmektedir. Bu ifade yönetmelikte şu şekilde geçmektedir:

Madde 6/3/(c): "İhtiyaç halinde ***teknik ve uzmanlık gerektiren konularda görüşüne başvurmak üzere ihtisas komisyonları oluşturmak*** veya kanunlarda bilirkişilik hizmeti verebileceği öngörülen kurumlar ile kanunen bilimsel ve teknik görüş bildirmeye yetkili olan kurum ve kuruluşlardan görüş almak" (Resmi Gazete, 2022b).

Dolayısıyla mevcut bilirkişilik yapısı aynı şekilde devam edeceği, tıbbi uygulama hatası davalarında Sağlık Bakanlığının da bilirkişi rolü üstleneceği ileri sürülebilir. Bu bağlamda Adalet Bakanlığı ve Adli Tıp Kurumu tarafından bilirkişi görüşlerinin belirleyici olduğu tıbbi uygulama hatası davalarında Sağlık Bakanlığı tarafından "ihtisas komisyonu" olarak belirleyeceği bilirkişilerden görüş alınacak olması mevcut bilirkişi yapısına yeni bir soluk ve gelecek değişikliklerin ilk adımı olarak değerlendirilebilir.

Her ne kadar bahsi geçen komisyonlarda görev alacak bilirkişilerin yetkinlik ölçütleri, yükümlülük ve sorumlulukları ifade edilmemiş olsa da başlıca görevleri belirlenmiştir. Kurulacak ihtisas komisyonların başlıca görevi aşağıda görülmektedir:

Madde 5/7: "Kurul ***toplantılarında ele alınacak teknik ve uzmanlık gerektiren konular hakkında danışma görevi yapmak, görüş ve önerilerini sunmak*** üzere en az üç kişiden oluşan ihtisas komisyonları kurulabilir. (…)" (Resmi Gazete, 2022b).

Yönetmeliğin yukarıda sunulu maddesinde ihtisas kurullarının bilirkişilik, uzman görüşü ve danışmanlık yapma beklentisi ile kurulacağı, başlıca görevlerinin sunacakları görüş ve verecekleri danışmanlıkla kurulu aydınlatıp doğru kararlara yöneltmek olduğu ileri sürülebilir. Bu bağlamda ihtisas komisyonları ile Türkiye'de bilirkilişik ve uzman görüşüne ilave yeni bir görüş alma yapısının eklendiği, bunun da klinik adli danışmanlık açısından da umut verici olduğu ifade edilebilir.

“Uzman görüşü / mütalaası” bağlamında başvurulabilecek hukuki düzenlemeler

Klinik adli danışmanlık bağlamında üzerinde durulması gereken bir diğer husus ise Anglo-Sakson hukuk sisteminden Türk hukuk öğretisine geçmiş olan “uzman mütalaası” ya da “uzman görüşü”dür. Özel, bilimsel ve/veya teknik bir konuda yetkinlik sahibi olan kişiden alınan “bilimsel görüş”ü ifade etmektedir. Hukuki bir uyuşmazlığın çözümü ile ilgili dava öncesinde ya da sürecinde, ilgili taraflardan herhangi birinin talebi ile uzman görüşüne başvurulabilmektedir. Nitekim HMK Madde 293/1’de *“[t]araflar, dava konusu olayla ilgili olarak, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler”* ibaresinden de tarafların davayla ilgili iddialarını desteklemek veya savunmalarını güçlendirmek üzere kendi istekleri ile o konuda uzman kişiden görüş alabilecekleri görülebilmektedir (HMK, 2011). “Taraf bilirkişiliği” ya da “özel bilirkişilik” olarak da adlandırılan uzman görüşü ile doğrudan taraflara, dolaylı olarak mahkemeye ve yargı sistemine yardımcı olunduğu anlaşılmaktadır. CMK’da ise uzman görüşüne başvurabilecek tarafların yanı sıra bu görüşe hangi amaçla başvurabileceği açık bir şekilde belirtilmiştir:

Madde 67/6: “Cumhuriyet savcısı, katılan, vekili, şüpheli veya sanık, müdafi veya kanunî temsilci, yargılama konusu olayla ilgili olarak veya bilirkişi raporunun hazırlanmasında değerlendirilmek üzere ya da bilirkişi raporu hakkında, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Sadece bu nedenle ayrıca süre istenemez.” (CMK, 2005)

Yukarıda verilen CMK maddesinden dava konusuyla ilgili hazırlanacak olan bilirkişi raporunu güçlendirmek, bilirkişi raporunda varsa eksik noktaları tamamlamak veya çelişen noktaları düzeltmek amacıyla o konuda uzman kişiden bilimsel görüş alınabileceği anlaşılmaktadır. Bu maddeden de uzman görüşünün tarafların kendi savunmalarını güçlendirecek ve savundukları gerçeği kanıtlayacak delilleri mahkemeye sunmada ve böylece “ispat hakkını” kullanmada da önemli olduğu ileri sürülmektedir (Damar, 2019). Ancak uzman görüşünün, “adil yargılanma” bağlamında Anayasa’nın “eşitlik ilkesi”ne (Madde 36) aykırı olduğunu ileri süren görüşler de bulunmaktadır (Anayasa; Damar). Uzman görüşünün bahsi geçen tartışmalı boyutuna karşın, davayla ilgili tarafların, ilgili özel konuda salt resmi bilirkişinin görüşüne göre değerlendirilmemesi, edilgen kalmaması, bilimsel görüşlerle kendi savunusunu destekleyerek hak arayışında etkin olması ve mahkemenin konuyla ilgili farklı görüşlere dair bilgi edinerek doğru karara ulaşması adına önemli olduğu ifade edilebilir.

Kaldı ki uzman görüşü; görüşün bildirildiği raporun mahkemeye sunulması, bu raporun mahkemece kesin ve bağlayıcı değil, “takdiri delil” niteliğinde olması ve görüş sunan uzmanın gerektiğinde mahkemeye çağrılarak dinlenmesi bağlamında resmi bilirkişilik ile benzerlik

göstermektedir. Ne var ki "bilirkişi raporunun değerlendirilmesi", bir başka ifadeyle raporda eksik ve çelişen noktaların olması durumunda bunun giderilmesi amacıyla da hazırlanması uzman görüşünü "bilirkişi raporunun otokontrol sistemi" olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Öte yandan bu durum, bilirkişi yetkinliğini dolayısıyla bilirkişi raporunun güvenirliğini tartışmalı ve kamu görevlisi olmayan uzmanlar tarafından sorgulanmaya açık kıldığı noktasında da eleştirilmektedir. İşte bu noktada uzman görüşü ile bilirkişi raporu, bağlantılı olarak "taraf bilirkişiliği" ile "resmi bilirkişilik" arasında farklar belirlemeye başlamaktadır. Nitekim uzman görüşünü ifade eden "taraf bilirkişiliği" mahkeme tarafından değil, gereksinim duymaları halinde taraflarca başvurulup edinilmesi bağlamında "resmi bilirkişilik"ten ayrılmaktadır. İlaveten, resmi bilirkişi kamu görevlisi sayılıp, kabul ve ret koşulları, yükümlülük ve sorumluluklarının yasalarca belirlenmesine karşın, görüş veren uzman kamu görevlisi sayılmamakta ve bahsedilen yükümlülük ve sorumluluklar yasalarca belirlenmemektedir.

Özel, bilimsel ya da teknik bir konuda yetkin bir kişiden alınan görüşün karar vericileri doğruya yönlendirerek, hukuki uyuşmazlıkların doğru kararlarla sonuca bağlanması ve yargı sisteminin doğru işlemesi adına ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda klinik adli danışmanlıkta sunulacak rehberlikle de tıbbi-adli vaka/davalarda ve tıbbi uygulama hatası iddialarında öncelikle öznesi olarak hekimin/klinisyenin devamında ise sağlık kurumu ve yargıya intikal etmiş vakalarda mahkemenin vereceği kararların nesnel, tarafsız ve gerçek kanıtlarla desteklenmiş olarak "doğru" yönde verilmesine yardımcı olacağı ifade edilebilir. Zira klinik adli danışmanlığın kurumsal, sistematik ve süreklilik arz eden ve ulusal koşullar uyarınca yeni bir yapı olarak kurulup, işlemesinde mesleki yeterlik koşullarının belirlenmesi bağlamında resmi bilirkişiliğe; mahiyeti, işleyişi, başvuru amacı ve işlevi açısından da uzman görüşüne koşut kılınabilir.

2.3.3. Klinik Etik ve Adli Danışmanın Geleceğin Tıbbı Bağlamında Başvurulabileceği Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Trans-hümanizmin biyomedikal teknolojilere içkinliği dolayısıyla tıp teknolojisinin felsefi tezahürü olduğu bu nedenle geleceğin tıbbında yaşanması muhtemel tıbbi-adli ve etik sorunların çözümü için de klinik etik ve adli danışmanlığa gereksinim duyulacağı savımız trans-hümanizm, biyomedikal teknolojiler ve mühendisliği ile ilgili hukuki ve etik düzenleme örneklerinin incelenmesini gerektirmektedir. Nitekim bilimsel ve teknolojik gelişmelerle belirlenim gösteren gereksinim ve koşullar insanların yeni koşullara uygunluk gösterme ve yeni

gereksinimleri karşılama yönünde arayışlarını başlatır. İşte, bu noktada haklar bağlamında hukuk devreye girer. Ne var ki mevcut hukuk paradigması, değişen koşul ve istekler karşısında sınırlı kalmakta; içinde bulunan dünyaya, dönüşüme uğrayan gereksinimlere ve gelişen yetilere yanıt verecek yeni hak arayışlarını başlatmaktadır (Gray, 2003). Zira "hukukun insan ve insanın temsilleri arasında durma işlevi", onun bilimsel ve teknolojik anlamda değişen paradigmayla koşut seyir göstermesini içkin olarak gerektirmektedir (Çankaya, 2009). Paradigma değişikliği biyomedikal teknolojideki yeniliklerle tıpta da yaşanmakta; tıptan biyotıbba bağlantılı olarak tıp felsefesinde hümanizmden trans-hümanizme evrilmede de görülmektedir.

Tüm dönüşümler tıp etiği ve hukukunda da mevcut kuram, kural, öğreti ve paradigmaların yeni döneme uygunluk gösterecek şekilde yeniden düzenlenmesini ve yenilerinin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Nitekim "geçiş dönemi" olarak günümüz tıbbında yüksek maliyetli ileri teknolojik olanakların küresel ve ulusal konjonktürde adil dağıtımının zorluğu, elektronik hasta kayıtlarında gizliliğin (siber saldırıyla) ihlale açık hale gelmesi, genetik manipülasyon, "genetik tasarımlı bebekler", sentetik biyoloji ve biyonano teknolojiyle yapay doku ve organların oluşturulması (organoid), rehabilitasyon amaçlı kullanılan insansı destek robotları ile kurulan yapay ilişki, tele-tıp uygulamalarında mahremiyetin ihlali gibi yeni hukuki ve etik sorunları da beraberinde getirmektedir (Tzafestas, 2018). Tıbbın sadece çehresinde değil, içeriğinde de değişimin başladığı mevcut dönemde sağlık hakkı, özen sorumluluğu, adalet, özerkliğe saygı, yararlılık ve zarar vermeme gibi tıp hukukunun ve etiğinin ortak sorunlarının tıbbi-adli (mediko-legal) ve etik açıdan yeniden ele alınması, tarafımızdan, elzem görünmektedir. Böylece distopik kaygılardan uzaklaşarak geleceğin tıbbının inşa sürecine katkıda bulunulabilecektir. Bu doğrultuda paradigma değişiminin en önemli ögesi olarak değerlendirilebilen yapay zekâ ve tam otonom *entité*lerin gelişim ve kullanımının hukuki ve etik açıdan incelenmesi ilgili düzenlenmelere başvurmayı gerektirmektedir. Kurallar dizgesi sunan bildirge ve yönetmeliklerin günümüzün ve geleceğin tıbbında yapay zekâ ve yapay zekâ ile donatılmış cihazların kullanımının tıbbi-adli ve etik açıdan değerlendirmesine ışık tutacağı aşikârdır. Hukuki ve etik düzenlemelerin ayrıca tıpta trans-hümanist anlayışın tıbbi-adli ve etik açıdan yordanmasına da yardımcı olacağı ileri sürülebilir. Bahse konu düzenlemeler tıpta yapay zekâ ve robotların kullanımıyla ortaya çıkan tıbbi-adli ve etik sorunlara klinik adli ve etik danışmanlık bağlamında kısa erimde çözüm bulmak ve geleceğin sorunları için öngörüde bulunarak uzun erimli kuramsal ve metodolojik yol haritası çizebilmek adına yol gösterecektir.

Hukuki ve etik düzenlemeler arasında Nick Bostrom, Max More ve Shane Spaulding gibi önde gelen çok sayıda trans-hümanist düşünür tarafından 1998 yılında hazırlanan **Transhümanist Bildirgesi** (*Transhumanist Declaration*)[39] örnek olarak verilebilir. Bildirge; trans-hümanizmin mahiyeti, trans-hümanistlerin hedef ve amaçları ile geleceğe dair uzgörülerine dair bilgi vermektedir. Hazırlandıktan sonra birçok ilgili kurum ve merci tarafından güncellenerek geliştirilen Bildirge, "insan kapasitesini genişletmek için teknolojinin etik kullanımını savunan ve kâr amacı gütmeyen uluslararası" bir kuruluş olan Humanity+ Yönetim Kurulu tarafından 2009 yılında kabul edilmiştir. Bildirge'nin ilk maddesinde; "bilişsel yetilerin geliştirilmesi, istemsiz acının yok edilmesi ve yaşlanmanın üstesinden gelinmesi" ibareleriyle trans-hümanist anlayışın "daha iyi ve uzun yaşam" ideali üzerinden yükseldiği temel düşünce ortaya konulmaktadır.

İkinci maddede insanın henüz gerçek potansiyelini gerçekleştiremediği ancak gerçekleştirecek ve insan gelişimini sağlayacak olanakların bulunduğu ifadeleri ile trans-hümanizmin temel amacına -"insanın gelişimi"- değinilmektedir. Sonraki maddelerde insanlığın yeni teknolojilerle ilgili, özellikle kullanımından doğan, ciddi riskler ve dahi büyük kayıplar yaşama olasılığı ile karşı karşıya olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle riskleri azaltıp faydayı yükseltmenin yollarının aranması ve insanların bu yeni teknolojilere dair beklentilerinin belirlenmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Humanity+, 2009). Geleceğin tıbbında yaşanması muhtemel tıbbi-adli ve etik sorunların önüne geçmek adına uz görüde bulunarak şimdiden hazırlık yapılmasının önemi Bildirge'nin 6. maddesi şu şekilde belirtilmektedir:

"Madde 6: Politika geliştirme; olanakları ve riskleri ciddiye alan, özerkliğe ve bireysel haklara saygı gösteren, yeryüzündeki tüm insanların faydası ve onuru ile ilgili endişe duyup (bu amaçla), dayanışma sergileyen sorumlu ve kapsayıcı ahlaki öngörü ile yönlendirilmelidir. Gelecekte varlık gösterecek kuşaklara karşı ahlaki sorumluluklarımızı da göz önünde bulundurmalıyız" (Humanity+, 2009: 6).[40]

Bildirge'nin yukarıda verilen maddesinde bugün ve gelecekte onuruna, özerkliğine ve temel haklarına saygı üzerinden insan ve insanlık ("yeryüzündeki tüm insanlar") vurgusunun

---

[39] Adı geçen Bildirge'nin incelenmesindeki başlıca neden, trans-hümanizmin uluslararası temsilini olanaklı kılan trans-hümanist düşünürler tarafından hazırlanması ve aynı nitelikte bir kuruluş olan Humanity+ tarafından yayımlanmasıdır.

[40] **Metnin özgün hali:** *"*Policy making ought to be guided by responsible and inclusive moral vision, taking seriously both opportunities and risks, respecting autonomy and individual rights, and showing solidarity with and concern for the interests and dignity of all people around the globe. We must also consider our moral responsibilities towards generations that will exist in the future*"* [Humanity+, 2016, *Transhumanist Declaration*, Crafted in 1998, Adopted in March, 2009, Humanity+ Board, 6, https://humanityplus.org/philosophy/transhumanist-declaration/, Ziyaret tarihi: 198 Temmuz 2018].

yapıldığı ve trans-hümanizmin hümanizmin "artırılmış uzantısı" olarak insan merkezci mahiyetinin ortaya konulduğu çıkarsanabilir. Ne var ki Bildirge'nin bir sonraki maddesinde insan merkeziyetçiliğinden tüm türleri kucaklayan kapsamlı bir yaklaşım ortaya konulmaktadır:

"Madde 7: Bizler; insanlar, insan olmayan hayvanlar ile teknolojik ve bilimsel ilerlemenin ortaya çıkarabileceği geleceğin yapay zekâları, değişime uğramış yaşam formları ya da diğer zeki varlıklar da dâhil olmak üzere tüm türlerin refahını savunuyoruz" (Humanity+, 2009: 7). [41]

Söz konusu maddede insan dışındaki varlıkların da refahından bahsedilmesi olumlu bir yaklaşım iken, bahsi geçen varlıklar arasında canlılık özelliğine sahip olmayan yapay zeki *entité*lerin de olması trans-hümanist savununun kaygı verici noktası olarak değerlendirilebilir. Böylece post-hümanizm ile arasındaki sınır da belirsizleşmektedir. Nitekim İngiliz fizikçi, evrenbilimci ve kuramcı Stephen Hawking (1942-2018), 2014 yılında yayımlanan bir röportajında yapay zekânın gelişimiyle ilgili düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir: "Yapay zekâ, kendisini geliştirmeyi sürdürebilir ve hatta kendisini yeniden biçimlendirebilir. Son derece yavaş bir biyolojik evrimle sınırlı olan insanlar bu tür bir güçle yarışamaz" (Rory Cellan-Jones, BBC, 2014). Hawking'in geleceğin yapay zekâsına ilişkin distopik kaygısının temelinde yapay zekâyla donatılmış, kendi kendine karar veren insansı robotların olduğu söylenebilir. Özellikle de bu robotların ön görülemez derecede gelişmesi, varlıklarına atfedilen değer ve önlenemez olası zararlarının bulunduğu ileri sürülebilir. Zira bu varlıkların öznellik kazanarak "kişi statüsü"nde değerlendirilmeleri de geleceğin temel sorunu olarak belirmektedir. Kaldı ki salt bilişsel anlamda değil, fiziki olarak da insana benzetilmeleri (humanoid), insan-benzeri yeti ve özelliklerin atanması, insan gibi algılayan, akıl yürüten, karar veren ve eylemde bulunan varlık olarak insanla bütünleştirilmeleri hukuki ve etik olduğu kadar ontolojik açıdan da sorunlu görünmektedir.

Yukarıda bahsi geçen "yapay zeki özne"lerin ya da yapay zekâ sistemleri ile tam otonom (özerk) kılınmış robotların yol açabileceği olası ontolojik, yasal ve etik sorunlar genel anlamda şu şekilde sıralanabilir (Ersoy, 2018):

- Yapay zeki öznelerin ya da tam otonom robotların "insanlaştırılması" (*humanization*)

[41] **Metnin özgün hali:** *"We advocate the well-being of all sentience, including humans, non-human animals, and any future artificial intellects, modified life forms, or other intelligences to which technological and scientific advance may give rise*" [Humanity+, 2016, *Transhumanist Declaration*, Crafted in 1998, Adopted in March, 2009, Humanity+ Board, 7, https://humanityplus.org/philosophy/transhumanist-declaration/, Ziyaret tarihi: 198 Temmuz 2018].

- İnsan zekâsının makinelere aktarılarak maddesel varlığının ortadan kaldırılması; "insandışılaştırma" (*dehumanization*)
- Yapay zeki öznelere ya da tam otonom robotlara hukuki açıdan "kişi" statüsü verilip verilmeyeceği ve "hukuki özne" olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği
- Yapay zeki öznelerin ya da tam otonom robotların hukuki özne olarak anılmaları durumunda hak ve sorumluluklarının neler olacağı
- Yapay zeki öznelerin ya da tam otonom robotların "ahlaki statüsü"nün ne olacağı ve "ahlak faili" olarak kabul edilip edilmeyecekleri
- Yapay zeki öznelerin ya da tam otonom robotların etik yükümlülükleri ve ödevleri

Ancak Amerikalı biyokimya profesörü ve yazar Isaac Asimov (1920-1992), robotlara insan özellikleri atfedilerek insanlaştırılması ve insandan "üstün" kılınmalarına geliştirdiği yasalarla ile karşı çıkmıştır. **"Robot Biliminin Üç Yasası"** olarak da anılan bu yasaları ilk kez 1942 yılında yayımladığı Durağan Döngü (*Runaround*) adlı öyküsünde yayımlamış, 1950 yılında yayımlanan *Ben, Robot* (*I, Robot*) adlı kitabında da yer "Robot Yasası"na değinmiştir (akt. Aydemir, 2018). Robot Biliminin Üç Yasası'na göre, robotların insanlar karşısında uymak zorunda olduğu kurallar şu şekilde belirlenmiştir:

"**1. Yasa:** Hiçbir robot bir insana zarar vermemeli ya da eylemsizliği ile bir insanın zarar görmesine yol açmamalıdır.

2. Yasa: Bir robot insanlar tarafından verilen buyruklara, birinci yasayla çelişmediği sürece, uymak zorundadır.

3. Yasa: Bir robot birinci ve/veya ikinci yasayla çelişmediği sürece kendi varlığını korumak zorundadır" (akt. Nilsson, 2019: 17).

Yukarıda verilen üç yasanın yanı sıra Asimov, ilerleyen yıllarda robot ve yapay zekâ teknolojisindeki ilerlemelere ve bahsi geçen varoluşsal tehlikeye koşut olarak yeni bir yasa eklemek istemiş, ancak Robot Biliminin Üç Yasası'na dayalı kuramını değiştirmek istemediğinden yeni eklediği yasaya "0. Yasa" adını vermiştir (akt. Aydemir, 2018). Buna göre;

"**0. Yasa:** Hiçbir robot, insanlığa zarar veremez ya da insanlığın zarar görmesine seyirci kalamaz" (akt. Nilsson, 2019: 17).

Asimov'un ilk üç yasada robotun, insana verebileceği zararın önlenmesi üzerinde durarak tekil olana; sonradan eklediği "0. Yasa" ile de tüm insanlığa verilebilecek olası zarar üzerinden tümele vurgu yaptığı öne sürülebilir. Ancak bu yasaların bir diğer okuması ise örtük olarak robotun bilinci ve farkındalığı olan bir insan gibi kurallara uymak, insanlığa ve kendisine zarar vermemekle yükümlü kılındığı şeklinde yapılabilir. Asimov'un geliştirdiği yasalarla

robotlara yönelik dolaylı ve örtük insanlaştırma anlayışı, Dünya Robot Bildirgesi'nde de görülebilir.

Japonya'nın robot devrimine "en büyük katkısı" olarak değerlendirilen "**Dünya Robot Bildirgesi"** ise 25 Şubat 2004 tarihinde Japonya'da (Fukuoka) kabul edilmiştir. Bildirge'de yeni nesil robotlara yönelik beklentiler şu şekilde ifade edilmiştir:

"Yeni nesil robotlardan beklentiler":

1. "Yeni nesil robotlar, insanlarla bir arada varlık gösteren yol arkadaşları olacaktır.
2. Yeni nesil robotlar, insanlara fiziksel ve psikolojik olarak yardımcı/destek olacaktır.
3. Yeni nesil robotlar, toplumsal barış ve güvenliğin sağlanmasına katkıda bulunacaktır" (IRF, 2020).

"İnsan-robot etkileşimi" üzerinden yeni bir toplum tasarımına işaret edilen Bildirge'de, robotlara insani özellikler atfedilerek insanlaştırma yoluna gidildiği de görülmektedir. Öte yandan günümüz tıbbında endoskopi ve 3 boyutlu ultrason gibi tanıya yardımcı robotlardan psikososyal destek sunan robotlara, Da Vinci ve Zeus gibi cerraha yardımcı olan cerrahi robotlardan sentetik biyoloji ve biyonano teknolojiyi ifade eden tıbbi destek robotlarına kadar yapay zekâ ile donatılmış, çeşitli alanlarda yardımcı olan robotların varlığı görülmektedir. Söz konusu robotların faydaları kadar risklerinden de söz edilmektedir ki örneğin daha küçük kesi ile daha az doku zararı, hastanede kalış ve günlük yaşama dönüş süresinin kısalması, cerrahın el titremesi gibi insana özgü sıkıntıların olmaması cerrahi robotların sunduğu faydalar arasında yer almaktadır. Buna karşın maliyetli olması nedeniyle her hastada kullanılamaması sonucunda adalet ilkesinin ihlaline yol açabilmesi etik açıdan ve cerrahın el becerilerinin körelmesine yol açma olasılığı ile mesleki açıdan sorunlu yönlerine değinilmektedir (Tzafestas, 2018). Cerrahi robotların yadsınmaz faydalarının ötesinde yol açtığı ve açması muhtemel hukuki ve etik sorunların önüne geçmek amacıyla düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Avrupa Parlamentosu (AP) tarafından hazırlanan ve 2016 yılında yayımlanan "**Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kuralları"** bu düzenlemelere örnek niteliktedir. Zira cerrahi robotların yanı sıra yapay zekâ sistemleri ve otonom robotların gelişim ve tıpta kullanımına ilişkin hukuki ve etik çerçeve sunmaktadır. Adı geçen düzenlemeye göre, cerrahi robotların "genel robot" kategorisinde değerlendirilmesi gerektiği ve Da Vinci gibi robotların cerrah tarafından kontrol edilerek çalıştırılması nedeniyle bu robotların özerk (otonom) robot olarak değerlendirilemeyeceği görülmektedir (EP, 2016: 9). Ayrıca Demans, ileri yaş hasta ve otizmli çocuklara fiziksel ve/veya psikososyal destek sunan ve "refakatçi robot" ya da "robot hemşire" olarak da adlandırılan psikososyal destek robotları da bakım hizmetlerinde görülmeye başlanmıştır. Bu

robotlar, hastalık ya da yaralanma nedeniyle hastanın fiziksel yetilerinde oluşan yeti kaybının yerine getirilmesine yardım ederek, fizyoterapistin görevini üstlenmiş görünmektedir. Ontolojik, hukuki ve etik sorunlar da bu noktada baş göstermektedir:

- Fiziksel ve psikososyal destek hizmeti sundukları hastaların kendilerine bir insan gibi "bağlanmalarına" ve "bağımlı olmalarına" yol açarak gerçeklik algısının bozulmasına
- Hastanın "üretilmiş yapay insan" ile iletişime geçip, gerçek insan-insan ilişkisinin zara görmesine
- Hastanın izole bir ilişki yaşaması nedeniyle psikososyal varlık boyutunun zedelenmesi,
- Hastanın kişisel ve tıbbi bilgilerinin gerektiği gibi korunamamasına; mahremiyetin ihlaline
- Robotların maliyetlerinin yüksek ve kaynakların sınırlı olduğu düşünüldüğünde, gereksinim duyan her hastaya verilememesinden ötürü adalet ilkesinin ihlaline

yol açması muhtemel görünmektedir (Tzafestas, 2018). Bu noktada tıbbi-adli açıdan sorunlu bir diğer hususun ise rehabilitasyon robotlarının kendi başlarına karar vermeleri ve zamanla kararın bağlantılı olarak da sorumluluğun kendilerine atanmasının olduğu ileri sürülebilir. Diğer bir ifadeyle karar ve eylemlerinin insan kontrolünde olmaması nedeniyle "özerk bir varlık" statüsü kazanma olasılığıdır. Bu durumda insan yerine geçerek yol açacağı varoluşsal sorunun yanında zarar verme olasılığı, verilen zararın öngörülemez ve önlenemez olması ve zarardan sorumlu tutulup tutulmayacağının hukuki belirlenimin zorluğu da sorunlu hususları oluşturmaktadır. Örneğin; bir "robot cerrah"ın hastayı ameliyat ederken geri dönüşümsüz bir zarara ya da ölüme yol açtığı durumda, oluşan zarardan kim sorumlu tutulacaktır, zararı robot mu tazmin edecektir, cezası ne olacaktır, robot imha mı edilecektir? gibi sorular yukarıdaki savı destekler niteliktedir.

Mevcut hukuk doktrinine göre robotlar, üçüncü kişilere zarar veren eylemlerinden kendi başlarına sorumlu tutulamamakta; sorumluluk, robottan ziyade üretici, mal sahibi veya kullanıcıya atanmaktadır. Zira robotun "kişi statüsü"nde olmaması ve insandan robotun zararlı eylemini öngörüp bunlardan kaçınmasının beklenmesi nedeniyle bir robotun zarar veren eylemlerinden veya eksikliklerinden üretici, mal sahibi veya kullanıcı sorumlu tutulmaktadır (Aydemir 2018; EP, 2016).

Yukarıda verilen "robot-cerrah" örneğinden de anlaşılacağı üzere "sorumluluk" kavramı "hukuki özne" ya da "kişi statüsü"nün belirlenmesini öncelikli kılmaktadır. Robotların hukuki statüsünün belirlenimi öncelikle "kişi" kavramının mahiyetinin anlaşılmasını gerektirir

ki Alman filozof Immanuel Kant (1724-1804) kişiyi şu şekilde tanımlamaktadır: "Kendisinin, dış dünyanın farkında olan ve özgürlüğünün bilincinde olup, hareketlerinin nedenlerini ve sonuçlarını kavrayabilen, bu doğrultuda tercihlerde bulunabilen" varlık (Kant, 2002: 223-4). Kant, rasyonalitenin yanı sıra "kişi" olan öznenin istenç, özgür irade ve iyi niyete de sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (Kant, 2002). Bu doğrultuda insana dair tüm bilişsel yetilere sahip bir robotun kişi olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği, evrensel hukuk öğretilerinde kişi statülerinden hangisinde yer alacağının saptanmasıyla olanaklı görülmektedir.

Avrupa Parlamentosu tarafından hazırlanan Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kuralları'na göre robotların statüsü şu şekilde tartışılmaktadır (EP, 2016):

1. **Kölelik Statüsü:** Roma Hukuku'nda kanıksanmış "köle-efendi" ayrımına göre; köleler, efendilerinin "malı" olarak nesne statüsünde konumlandırılmış ve ancak efendileri tarafından açıkça yetkilendirilmeleri halinde efendilerinin adına hak sahibi olabilmişlerdir. Günümüzde robotlar da "köle-efendi" anlayışının uzantısı olarak "kişi-eşya" ayrımıyla "eşya" statüsünde konumlandırılmakta, hukuki ve cezai herhangi bir sorumluluğa sahip olmamaktadır.

2. **Yapay Vekil/Temsilci Statüsü:** Robotların taahhütte bulunabilme yeterliliğine sahip olmaları kabulü, vekil/temsilci statüsünün yolunu açmaktadır. Böylece vekil olan robotun uygulamalarından insanın sorumlu tutulması kaydıyla geçerli bir temsil ilişkisi olanaklı görülmektedir.

3. **Yapay İnsan Statüsü:** Robotların düşünme, kavrayabilme, akıl yürütme ve ilerleyen aşamalarda amaçsallık, bilinç, öngörebilme, duyusal ve duygusal yetilere, etik değerlere sahip olabilmeleri mümkün kılınabilirse, "yapay insan statüsü" ile konumlandırılmaları olası görülmektedir. Ancak bu statü; yeni bir türün yaratılması, robotun insanlaştırılması ve robot-insan sınırlarının yok edilmesinin başlangıcı olarak yorumlanabilir.

4. **Cenin Statüsü:** Robotların insana benzer nitelikleri temelinden ceninle de benzer özelliklerinin kabulüyle cenin statüsünde konumlandırılması durumunda insan potansiyelini taşımaları (potansiyellik ilkesi) söz konusu olmaktadır (EP, 2016). Bu durumda robotun imal edilmesi ile ceninin ana rahmine düşmesi; otonom hareketler üzerinden de robotun kullanıma geçmesi ile de cenin sağ olarak doğumu arasında benzerlik kurulabilir. Kurulan benzerlikler kişi hakkı ve hak ehliyeti kazanacağı çıkarımında bulunulabilir. Potansiyel insan olma özelliğinden ötürü de yaşam hakkı ve vücut bütünlüğünün korunması hakkının doğrudan oluşacağı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla

bu statü robota örtük olarak insani özellikler atamakta ve insanlaştırmaktadır ki bu durumda eyleminden de sorumlu tutulabilecektir.

5. **Elektronik Kişilik Statüsü (Tüzel Kişilik):** Avrupa Parlamentosu tarafından 2016 yılında yayımlanan Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kurallarında robotlar için özel bir yasal statü geliştirilmiş, "elektronik kişi" statüsü ile yeni bir kategori oluşturulması teklif edilmiştir. Böylece tüzel kişi konumundaki "elektronik kişi"ler; kararlarında, vermiş oldukları zararlarda ya da diğer kişilerle etkileşimlerini içeren olgularda otonom olsalar da hukuki kişi değil, salt elektronik kişi olarak değerlendirilecektir (EP, 2016). Diğer bir ifadeyle hukuki kişilik kavramının insana izafe ettiği nitelikler robota atanmamış, robot bilinçli ve sezinç sahibi bir varlık olarak değerlendirilmemiştir. Aksi halde robotların insana dair bu özelliklerin yüklenmesiyle hukuki kişi/özne statüsünde konumlandırılmaları beraberinde "robot hakları"nı ve sorumluluklarını doğuracaktır. Bu da varoluşsal riskin kabulü ve "insandışılaştırma"nın (dehumanization) bir diğer yolu olacaktır.

Yukarıda belirtilen statülerden "köle-efendi" statüsü yapay zekâ ile donatılmış otonom bir robotu herhangi bir eşya ile eş kılacaktır. Yapay insan, temsilci ve cenin statülerinde ise örtük olsa da salt insana özgün niteliklerin robota izafe edilmesi anlamına gelmekte ve insanlaştırma ya da insandışılaştırma yaklaşımına kapı aralamaktadır. Geleceğin tam otonom yapay zekâ sistemlerine ve tam otonom robotlarına verilebilecek en uygun statünün hâlihazırda "elektronik kişi" statüsü olduğu ancak geleceğin koşullarına göre geliştirilmesi gerekli görülmektedir. Ancak öncelikle robotların tasarım, programlama, üretim ve kullanım sürecini hukuki ve etik açıdan kabul edilebilir kılmak adına davranış kurallarının geliştirilmesi öncelikli görünmektedir.

Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kuralları'nda davranış kurallarına dönüştürülebilecek nitelikteki öneriler yol gösterici olacaktır:

- Temel hak ve özgürlüklere; insan onuruna, mahremiyetine ve güvenliğine mutlak surette saygı gösterilmeli; bunun bir zorunluluk olduğu düşüncesiyle davranılmalı.
- İnsanların fiziksel refahını, güvenliğini, sağlığını ve haklarını dikkate almalı ve saygı gösterilmeli.
- Robotikte bugünkü nesli ve gelecek nesilleri etkileyebilecek sosyal, çevresel ve insani zararlarından kaçınılmalı.
- İnsan-robot etkileşimi söz konusu olduğunda herhangi bir karar ve uygulamaya yönelik ilgili kişiden aydınlatılmış onam alınmalı.

- Robotik araştırmalarında katılımcılara zarar vermekten kaçınılmalı; olası risklere karşı fayda-risk değerlendirilmesi yapılmalı, riskin normal yaşamda maruz kalınan/kalınabilecek riskten düşük ve faydanın yüksek olması ilkesi uyarınca araştırma yürütülmelidir (EP, 2016: 19-27).

Söz konusu öneriler uyarınca insanlık onuruna ve haklarına saygı duyulması, zarardan kaçınılması ve yararlı olunması, eşitlik ve adaletin sağlanması, gizlilik ve mahremiyetin korunması ile özerkliğin olanaklı kılınması başlangıç aşamasında davranış kuralları olarak değerlendirilebilir.

Günümüzün geçiş dönemi tıbbı ile yapay zekâ sistemleri ve tam otonom robotları tarafından şekilleneceği varsayılan geleceğin trans-hümanist tıbbında klinik adli ve etik danışmanlık açısından özellikle Yapay Zekânın Sorumlu Bir Şekilde Geliştirilmesine Yönelik Montréal Bildirgesi ve Robotikte Avrupa Medeni Hukuk Kuralları'nın başvuru kaynağı niteliğinde olduğu ileri sürülebilir. Zira Montréal Bildirgesi'nde belirlenen ilkelerin de Medeni Hukuk Kuralları'nın da temel hak ve özgürlükleri esas alması nedeniyle tıbbi-adli ve etik sorunların çözümüne ve uygulamaların tıp hukuku ile etiğine uygun kılınmasına ışık tutacağı görülmektedir.

2.3.3.1. Kanada'da Yayımlanan Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Distopik kurgu ögesi olmasıyla birlikte ontolojik-hukuki-etik sorunun kaynağı olan yapay zekânın gelişimi ile ilgili değerlendirmeye ve kullanımına rehberlik etmesi bağlamında Montréal Bildirgesi örnek olarak verilebilir. Bildirge, Montréal Üniversitesi (*l'Université de Montréal,* Kanada) ile Québec Araştırma Fonu (*les Fonds de recherche du Québec,* Kanada) iş birliği ile hazırlanmış, **Yapay Zekânın Sorumlu Bir Şekilde Geliştirilmesine Yönelik Montréal Bildirgesi** ("*la Déclaration de Montréal pour un développement responsable de l'intelligence artificielle*") adıyla 3 Kasım 2017 tarihinde yayımlanmıştır. Kısaca "Montréal Bildirgesi" ("*la Déclaration de Montréal*") ya da "Yapay Zekâ Sorumluluk Bildirgesi" ("*la Déclaration IA responsable*") olarak da anılan bu düzenleme; yapay zekânın kullanımına, gelişimine ve gelişimiyle oluşan/oluşabilecek sorunlara yönelik ilk etik çerçeveyi sunmakta ve yasal olarak da kullanılıp, yorumlanabilir kuralları içermektedir.

Yapay zekâ uygulamalarına hukuki ve etik çerçeve çizen Bildirge on temel ilkeden oluşmaktadır (UdeM, 2017)[42].

1. **Refah İlkesi:** Yapay zekâ sistemlerinin (YZS) kullanımı ve gelişimi tüm duyusal varlıkların refahının artırılmasını olanaklı kılmalıdır. Bireyin sağlık, çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmelerine yardımcı olmalı; zihinsel ve fiziksel yetilerini kullanıp geliştirmesine olanak sunmalıdır.
2. **Özerkliğe Saygı İlkesi:** YZS, bireyin özerkliğini ihlal etmediği, yaşam alanı ve çevre üzerindeki kontrolünü artırarak yaşamı kolaylaştırdığı sürece kullanılıp geliştirilmeli; ahlaki amaçlarını gerçekleştirmesine olanak sunmalı; dijital teknolojileri kullanma becerisini ve eleştirel düşünce yetisini geliştirmesine yardımcı olmalı; bireye belirli bir yaşam formunu dayatmamalıdır.
3. **Gizlilik ve Mahremiyetin Korunması İlkesi:** Bireyin kimlik bütünlüğünü garanti altına almalı; kişisel alanları YZS saldırılarından korunmalı; ; bireylerin duygu ve düşünceleri ahlaki yargı dayatan ve tercihe zorlayan YZS baskısından korunmalı; kişisel verilerinin işlenmesi ile ilgili en yüksek düzeyde kontrole sahip olmasına olanak sunulmalı; birey gözetim veya dijital değerlendirme nesnesi yapılmamalıdır.
4. **Dayanışma İlkesi:** YZS, bireyin ahlaki ve duygusal ilişkilerini korumalı, insan ilişkilerinin güçlenmesine katkıda bulunmalı, sosyal savunmasızlığı ve izolasyonu azaltmalı; diğer bireyler ve kuşaklar arasında iş birliğini artırmalı ve dayanışma bağını korumalıdır. YZS kullanılan sağlık sistemlerinde, hastanın ailesi ve sağlık çalışanları arasındaki ilişki önemsenmelidir.
5. **Demokratik Katılım İlkesi**: YZS tarafından bireyin yaşamını, yaşam kalitesini veya itibarını etkileyebilecek bir kararın verilmesi durumunda, işleyiş ve karar sistem tasarlayıcıları tarafından anlaşılır olmalıdır. YZS tarafından alınan karar, yaşamı bu kararla etkilenebilecek bireyin anlayabileceği şekilde açıklanmalı ve şeffaf bir şekilde gerekçelendirilebilmelidir. YZS anlaşılırlık, gerekçelendirilebilirlik ve erişilebilirlik ölçütleri karşılamalı; verilen karar incelemeye, tartışmaya ve kontrole bir diğer ifadeyle demokratik katılıma tabi olmalıdır.
6. **Eşitlik İlkesi:** YZS sosyal, etnik, cinsiyetçi, kültürel ve/veya dini farklılıklara dayalı ayrımcılığa yol açmayacak ve ayrımcılığı pekiştirmeyecek şekilde tasarlanmalıdır.

[42] Adı geçen Bildirge'nin ilkeleri ve alt ilkeleri birebir tercüme edilmemiş, önemli görülen noktaları sentezlenip, kısaltılarak sunulmuştur.

Sosyal eşitsizlikleri azaltarak herkes için sosyal ve ekonomik fayda sunulabilmeli; güç ilişkilerinin ortadan kaldırılmasına yardımcı olunmalı; herkesin temel kaynaklara, bilgiye ve dijital araçlara erişimi garanti edilebilmelidir.

7. **Farklılıklara Saygı İlkesi:** YZS kullanımı ve gelişimi davranış ve düşüncelerin standartlaştırılması yoluyla toplumun homojenleşmesine yol açmamalı; sosyal ve kültürel çeşitliliğin sürdürülmesini sağlamalı; bireyin tercihlerini ve düşünce özgürlüğünü engellemeyecek demokratik toplum yapısını desteklemelidir.
8. **Özen İlkesi:** Zararlı kullanımları sınırlandırmak amacıyla YZ araştırmalarının ve YZS gelişiminin çift etkili (yarar-zarar) kullanım potansiyelini dikkate alan mekanizmalar geliştirilmeli; YZS'nin kötüye kullanımı nedeniyle toplumun sağlığı ve güvenliğini tehlikeye atabilecek bir durumda, sistem algoritmasına açık erişim kısıtlanmalı; kullanıcı verileri, kişisel verilerin bütünlüğünü ve gizliliği korumalıdır.
9. **Sorumluluk İlkesi:** Bireyin yaşamını, yaşam kalitesini veya itibarını etkileyebilecek bir kararın verilmesi gereken durum ve zamanda, nihai karar ilgili birey tarafından özgür ve aydınlatıldıktan sonra verilmeli; YZS'nin önerileri ile verilen kararlardan ve ilgili eylemlerden sadece o kararı veren kişi sorumlu tutulmalıdır.
10. **Sürdürülebilir Gelişim İlkesi:** YZS'nin donanımı, dijital altyapısı ve ilgili diğer nesneleri, yaşam döngüsünün her aşamasında ekosistem ve biyolojik çeşitliliğe etkiyi en aza indirmeli; gezegenin sürdürülebilirliğine zarar vermemelidir.

Montréal Bildirgesi yapay zekâ ve sistemlerinin kullanım ve geliştirilmesini hukuka ve etiğe uygun kılabilecek ilkeler sunsa da bu sistemlerin, robotların insanlaştırıldığı ve insanların robotlaştırıldığı yenidünya tasarımının belirleyici etkenini oluşturduğu yadsınamaz görünmektedir. Zira salt bilişsel anlamda değil, fiziki olarak da insana benzetilen "insansı robotlar" (*humanoid*)[43]; insan-benzeri özelliklere sahip olup, insan gibi davranışlar sergileyen, insan gibi algılayıp, akıl yürüten ve karar veren, insanla etkileşime geçip bütünleşebilecek özellikleri ile varoluşsal tehlike ve hukuki-etik sorunların başlıca kaynağı olarak değerlendirilebilir.

[43] İnsansı robotlara 2017 yılında yaşamımıza giren Robot Sophia örnek olarak verilebilir. Fiziki olarak insana benzetilen, konuşup, yönetilen soruları yanıtlayabilen, insanların yüz ifadesini ve duygularını anlayabilen, duygusal ve duyusal yetilerinin olduğunu ifade eden Robot Sophia, insandan "hibrid insan"a dönüşümün simgesi olarak da değerlendirilebilir. Bunun da ötesinde Suudi Arabistan tarafından Robot Sophia'ya vatandaşlık verilmesi "kişi" olarak tanındığı ve insana eş kılınarak insanlaştırıldığı (*humanization*) görülmektedir ki esas varoluşsal tehlikenin ile hukuki ve etik sorunun bu noktada başladığı ifade edilebilir (Hanson Robotics, 2020, *Sophia*, https://www.hansonrobotics.com/sophia/, Ziyaret tarihi: 21 Temmuz 2020).

Kanada Hükümeti, 2016 yılından bugüne yapay zekâ ekosistemine yatırım yapmakta, 2018 yılı verilerine göre Pan-Kanada Yapay Zekâ Stratejisine yönelik 125 milyon dolar, "Süper küme girişimleri" için de 950 milyon dolar finanse etmiştir. Sağlık hizmetleri bağlamında ise *"Health Canada"*[44], 2018 yılından bugüne yapay zekâ, tıbbi cihaz yazılımı, siber güvenlik, kablosuz tıbbi cihazlar, mobil tıbbi uygulamalar, tele-tıp, dijital sağlık teknolojileri, özellikle de tıbbi cihazlarla ilgili yatırım ve çalışmalara ağırlık vermiş, "Dijital Sağlık Birimi"ni kurmuştur. İlaveten, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Birleşik Krallık İlaç ve Sağlık Ürünleri Düzenleme Kurumu (MHRA) ile birlikte hazırladığı **"Tıbbi Cihaz Geliştirmeye Yönelik İyi Makine Öğrenimi Uygulaması: Kılavuz İlkeler"** (***"Good Machine Learning Practice for Medical Device Development: Guiding Principles***") 27 Ekim 2021 tarihinde yayımlamıştır (GC, 2021d). Söz konusu ilkelerde ürün performansı, klinik risk-fayda, hedeflenen hasta popülasyonunda kullanımı, güvenlik ve etkililiğin vurgulandığı; yasal ve etik açıdan doğrudan yol gösterici bir ibarenin bulunmadığı görülmektedir. Zira bu ilkeler teknik açıdan tıbbi cihazlarda yapay zekâ ve makine öğreniminin güvenli, etkili ve yüksek kalitede kullanımına teşvik etmeye yardımcı bir mekanizma olarak hazırlandığı ilkelerin sunum kısmında belirtilmektedir (GC, 2021d).

Yine de tıbbi cihazların yapay zekâ ve makine öğrenimi ile uygun bir çerçeve geliştirilmesi ve gelişen teknolojiye uyumluluğunun sağlanması adına bu tür düzenleyici yaklaşımların geliştirilmesi önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu adımın, sağlık alanında yapay zekâ inovasyonunu tıbbi cihazların güvenliğinden ve etkinliğinden ödün vermeden gerçekleştirebilmek için kritik öneme sahip olduğu ileri sürülmektedir.

2.3.3.2. Biyomedikal Mühendislik Kapsamında Başvurulabilecek Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri

Bugünün tıbbını geliştirirken, üretimleriyle geleceğin tıbbını da şekillendiren biyomedikal mühendisliğin sağlık hizmetlerindeki rolleri yadsınamaz niteliktedir. Özellikle geleceğin tıbbını inşa etmeleri bağlamında biyomedikal mühendisliğe ilişkin etik ve hukuki düzenlemeler alan mensuplarının mesleki ve etik sorumluluklarını belirlemeleri nedeniyle önem arz etmektedir. Salt biyomedikal mühendisler açısından değil, klinik etik ve adli

[44] **Health Canada (Fr. *Santé Canada*):** Kanada Hükümeti Sağlık Bakanlığına bağlı ulusal sağlık politikalarından sorumlu birimdir. Kanada Gıda Denetleme Kurumu (CFIA) ve Kanada Halk Sağlığı Kurumu (PHAC) gibi alt birimleriyle çeşitli sağlık, tarım ve farmasötik faaliyetlerin düzenlenmesi, güvenliği ve federal yasalara uygunluğunun sağlanmasıyla yükümlüdür. Nihai amacı ise riskleri azaltıp kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak, Kanadalıların sağlıklarını korumalarına ve iyileştirmelerine yardımcı olmaktır. (HC, 2014, About Health Canada, Health Canada. Date modified: 2014-02-27, https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada.html, Ziyaret tarihi: 23 Temmuz 2020).

danışmanlar açısından da günümüzün ve geleceğin tıbbi-adli ve etik sorunlarına çözüm bulma gereksinimi bu düzenlemelere başvurmayı gerektirmektedir.

Nitekim 2015 yılında gerçekleştirilen **Küresel Klinik Mühendislik Zirvesi**'nde tanımlanan biyomedikal mühendislik ile alt alanı olan klinik mühendisliğin görev ve sorumlulukları da yukarıda savı desteklemektedir (WHO, 2017). Klinik mühendisler ile tıp alanına hizmet veren biyomedikal mühendislerin başlıca görevleri şu şekilde ifade edilmektedir:

- "Sağlık hizmetlerinin tüm süreç ve aşamalarında hastalık önleme, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma yönelik teknolojileri geliştirmek; sağlık ve refahı artırmak.
- Klinikte güvenli ve uygun maliyetli kullanımı olanaklı kılacak teknolojileri tasarlamak, geliştirmek, düzenlemek, yönetmek ve değerlendirmek.
- Tüm ölçeklerde yeni bilgi üretmek ve yeni anlayış geliştirmek için mühendislik ilkelerini ve tasarım içeriklerini tıp ve biyoloji alanlarına uygulamak.
- Özellikle üreme, gebelik, yenidoğan ve çocuk sağlığı gibi alanlara yönelik teknolojiler tasarlamak, geliştirmek ve yönetmek.
- Yapay organ ve protezler ile tanısal ve terapötik cihazlar dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerinde kullanılacak cihaz, yazılım, işlem ve yöntemler geliştirmek" (WHO, 2017: 23-25).

Yukarıda belirtilen mesleki yükümlülüklerle nihai olarak mühendislik ve teknoloji bilgi ve yöntemlerini tıbba uygulayarak daha güvenli, daha yüksek kaliteli, daha etkili, uygun maliyetli, rahat erişilebilir, uygulanabilir ve sosyal olarak kabul edilebilir teknolojilerle sağlık hizmetini geliştirmek amaçlanmaktadır (WHO, 2017). Bahsi geçen alan mensubu araştırmacı ve mühendislerin tasarım ve üretimin ötesinde cihaz bakımından kullanımına ve denetlemesine kadar birçok boyutta görev, yükümlülük ve görevden doğan sorumlulukları bulunmaktadır. Yükümlülük ve sorumlulukların çıkış noktası ise biyomedikal ve klinik mühendislik üyelerinin tasarım, araştırma, üretim ve denetim aşamalarında yaptıklarıyla hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yükümlülükleri ve hizmet niteliğini etkilemeleridir. Zira sınırlı kaynakların dağıtımında adaletsizlik, çıkar çatışması, gizlilik ve mahremiyetin ihlali, klinik araştırma ve cihaz denetiminde doğruyu söylememe gibi etik ve hukuki nitelikte sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Ishay, 1989). Etik açıdan tartışmalı olan husus ise biyomedikal mühendislik alanında varlık gösterenlerin etik yükümlülüğünün sadece insan merkezli mi olacağı, yoksa daha geniş bir biyo-alana yayılıp yayılmayacağına ilişkindir. Nitekim ileri teknolojiyle sağlık

hizmetlerinin teknik ve mekanik bir yapıya dönüşmesi böylece insansızlaştırılması alana ilişkin etik kaygı yaratmaktadır. Yine, biyomedikal mühendisliğin tıbbi faaliyet alanında hedefin hastalıkların önlenmesi mi, tedavisi mi olduğu/olacağı; çalışmalarda tıbbileştirmenin mi, endüstrileşmenin mi hâkim olduğu/olacağı etik açıdan tartışmalı ve kaygı uyandıran hususlar arasında yer almaktadır (Bugliarello, 2003). Bu nedenle mevcut etik kaygıların giderilmesinde, mevcut ve olası etik-hukuki sorunların çözümünde ve önlenmesinde de düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır. Söz konusu düzenlemelere 1968 yılında İllinois'ta (ABD) kurulan Biyomedikal Mühendislik Derneği (*Biomedical Engineering Society*; BMES) tarafından hazırlanarak, 2004'te kabul edilen etik kod örnek gösterilebilir. "**Biyomedikal Mühendislik Derneği Etik Kodu"** ("*Biomedical Engineering Society Code of Ethics"*) ile alan üyelerinin mesleki yükümlülüklerinin yanı sıra sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırmada da yerine getirmeleri gereken etik yükümlülüklere kısaca değinilmiştir. Buna göre, biyomedikal mühendislik çalışanlarının mesleki faaliyetlerinde bilgi ve becerilerini halkın güvenliğini, sağlığını ve refahını artırmak için kullanması esas kılınmıştır. Sağlık hizmetlerinde doğrudan görev alan biyomedikal mühendislik çalışanları tarafından ise gizlilik ve mahremiyeti koruma başta olmak hastaların haklarına saygı gösterme birincil yükümlülük olarak belirlenmiştir (BMES, 2004).

Yine, 2017 yılında yayımlanan "**Kanada Tıp ve Biyoloji Mühendisliği Topluluğu Etik Kodu"** ("*Canadian Medical and Biological Engineering Society Code of Ethics*")[45] da biyomedikal mühendislik çalışanlarına mesleklerini icra ederken kılavuzluk edecek etik ilkeler sunmaktadır. Topluluğun geliştirdiği on üç etik ilke aşağıdaki tabloda (Tablo 2.2) görülmektedir (CMBES, 2017):

Tablo 2.2: Kanada tıp ve biyoloji mühendisliği topluluğu etik ilkeleri.

1	Hastanın, meslektaşlarınızın ve toplumun güvenliğini, sağlığını ve refahını en üst düzeyde tutmak.
2	Kamu kaynaklarını sağduyu ve sorumlulukla kullanmak.
3	İlgili tüm kişilerin mahremiyet ve gizliliğinin korunması hakkına saygı duymak.
4	Mühendislik bilim ve teknolojilerine ilişkin kuram ve uygulamaların, tıp ve biyoloji alanlarında geliştirilmesi ve desteklenmesinde görev almak.
5	Çıkar çatışmalarından kaçınmaya çaba göstermek ve yaşanan çıkar çatışmalarını ifşa etmek.

[45] ***"Kanada Tıp ve Biyoloji Mühendisliği Topluluğu Etik Kodu",*** sunduğu etik ilkelerle ilgili alanda çalışan mühendislerin etik yükümlülüklerini ortaya koymaktadır. Bu nedenle Kod'da yer alan ilkelere dikkat çekmek amacıyla ve anlam kaybı olmaması nedeniyle Türkçeye *Kanada Tıp ve Biyoloji Mühendisliği Topluluğu Etik İlkeleri* olarak çevrilmiştir. Ayrıca "tıp ve biyoloji mühendisliği" kavramının, "klinik ve biyomedikal mühendislik" kavramlarıyla yakın anlamlı olması, söz konusu etik ilkelerin ülkemizde biyomedikal mühendislik alanına uyarlanabileceği düşüncemizi temellendirmektedir.

Tablo 2.2
(devam)

6	Sağlık hizmetlerine, tıp ve biyolojinin teknik olmayan alanlarına katkıda bulunan kişilerin çalışmalarını kabul edip, bu kişilere ve çalışmalarına saygı göstermek.
7.	Kendinizi, unvanınızı ve rolünüz doğru bir şekilde temsil etmek.
8.	Çalışmalarınızı sadece eğitim yoluyla edindiğiniz yeterli bilgi, uzmanlık ve niteliklere sahip olabildiğiniz konuda gerçekleştirmek.
9.	İlgili tüm ulusal ve uluslararası standart ve yönetmeliklere uygun davranmak.
10.	Mesleki bilgi ve becerilerinizi sürekli geliştirmeye çaba göstermek ve uygun koşullarda bunları belgelendirmek.
11.	Çalışmalarınızın tüm süreçlerini onurlu, nezaketli, hukuka uygun ve meslektaşlarınız ile hizmet sunduğunuz kişilere saygılı bir şekilde yürütmek.
12.	Tüm mesleki ilişkilerinizde samimiyet, hakkaniyet ve dürüstlük göstermek.
13.	Bu Etik Kod'da ifade edilen tüm ilkelere uygun davranmak.

Kaynak*:* CMBES, 2017, *Canadian Medical and Biological Engineering Society Code of Ethics*, Policy Number: 1.10, Canadian Medical and Biological Engineering Society, Ottawa, ON.

Yukarıdaki tabloda sunulan etik ilkeler, biyomedikal mühendisliği alanında araştırmadan eğitime, üretimden denetime tüm süreçlerde etik açıdan haklı çıkarılabilir davranışlara kaynaklık etmektedir. Bunun da ötesinde çalışanların etik yükümlülüklerini ortaya koymakta, bu yükümlülüklerin ihlal edilmesi durumunda etik sorumluluklara da örtük olarak işaret etmektedir. Dolayısıyla, geleceğin tıbbının inşasında aktif rol üstlenen biyomedikal mühendislik çalışanlarının yükümlülük ihlalinde, ihlalin kliniğe yansıması ve zararla sonuçlanmasında klinik etik ve adli danışmanın yoluna da ışık tutar nitelikte görünmektedir. Örneğin; bir tıbbi cihazdan kaynaklanan sorun nedeniyle hastanın zarar görmesi durumunda hekimi mi, biyomedikal mühendis mi sorumlu tutulmalıdır? Bu soruya aranacak yanıtta olduğu gibi özellikle geleceğin tıbbında olası tıbbi-adli ve etik sorunların çözümünde ve önlenmesinde yukarıdaki ilkeler başta olmak üzere bu bölümde örnekleri verilen ilgili etik ve hukuki düzenlemeler klinik etik ve adli danışmana yardımcı olacaktır.

Sonuç olarak, Kanada'da yerleşik bir uygulama olan klinik etik danışmanlık, Türkiye'de hâlihazırda kurumsal ve yapısal nitelikte uygulanmamaktadır. Klinik adli danışmanlığın ise her iki ülkede sınırlı sayıda yürütüldüğü ve alt uzmanlık alanı olarak yeni olduğu görülmektedir. Bu nedenle her iki danışmanlığın ve trans-hümanizmin öncelikle neyi ifade ettiği, mahiyeti, içeriği ve kapsamı ilgili kavramların analizleriyle ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Klinik etik danışmanlık, klinik adli danışmanlık ve trans-hümanizmin tarihsel izleği; bunları ortaya çıkaran unsurlar ve varoluş sürecinde belirleyici olan koşullar geçmiş-bugün-

gelecek bağı kurularak ele incelenmiştir. Böylece klinik etik ve adli danışmanlığın önemi, günümüzde ve gelecekte gerekliliği dünün deneyimlenen olguları ile gerekçelendirilmiştir. Teknolojinin felsefi tezahürü olan trans-hümanizmin ortaya çıkışı da teknoloji tarihi üzerinden incelenmiş, bu yolla biyomedikal teknolojilerin hâkim olacağı geleceğin tıbbını niçin trans-hümanizmin şekillendireceği savımız da yine geçmişin mirasıyla temellendirilmiştir. Ayrıca hem her iki danışmanlığın bugünün ve geleceğin tıbbında bağımsızlığını ve gerekliliğini haklı çıkarabilmek hem danışmanların mesleki, hukuki ve etik yükümlülüklerine işaret edebilmek hem de danışmanlık sürecinde alınacak karara, çözüm önerisine ve hazırlanacak görüşe ışık tutabilmek amacıyla ilgili etik ve hukuki düzenlemeler incelenmiştir.

Alanyazına (literatüre) dayalı bu kısım, savımızın gerekçelendirilmesi ve hipotezimizin teze dönüştürülmesi yönünde Türkiye ve Kanada düzleminde yürütülen araştırmalarımızın yapı taşı olarak değerlendirilebilir.

2.3.3.3. *Türkiye'de Yayımlanan Hukuki ve Etik Düzenleme Örnekleri*

Ülkemizde e-nabız, "Merkezi Hekim Randevu Sistemi" (MHRS), "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi" (HBYS) gibi randevudan itibaren hastanın tüm kişisel bilgilerinin, tetkik ve tıbbi görüntülerinin bulunduğu ve tüm tıbbi sürecin işlediği dijital sistemler kullanılmaktadır. Bahsi geçen sistemlerde hastaların kimlik bilgilerinden tüm tıbbi bilgilerine kadar kişisel verilerinin bulunması bu sistemleri güvenlik, gizlilik ve mahremiyet noktalarında tartışma, ihlal ve sorunlara açık kılmaktadır. Dolayısıyla bu bilişim teknolojilerinin kullanımından ortaya çıkabilecek mediko-legal, etiko-legal ve etik sorunları önlemek ya da bu sorunların çözümünde başvurulabilecek yasa ve yönetmeliklerin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. *"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu", "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik", "Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik"* ile *"Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik"* ise gerek klinik adli danışmanın gerekse klinik etik danışmanın başvurabileceği başlıca düzenlemeler arasında yer almaktadır.

Yukarıda adı geleç kanun ve yönetmeliklerde de belirtildiği üzere *"[k]imliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi"* **kişisel veri** (Resmî Gazete; 7/4/2016, Madde 3/d) olup, bu *"gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi"* de **kişisel sağlık verisi**ni ifade etmektedir (Resmî Gazete; 21/6/2019, Madde 4/j). Bir kişinin sağlığı ile ilgili tüm tıbbi bilgiler de dahil olmak üzere o kişiyi ilgilendiren her türlü bilgi o kişinin "özel"i olduğu için bu bilgilerin ifşası, yanlış kişilerin eline geçmesi ve farklı amaçlarla işlenmesi o kişiye zarar verecektir. Bu nedenle bu bilgilere erişim, korunması ve işlenmesi ile ilgili hukuki ve etik düzenlemeler önem arz etmektedir.

Dolayısıyla 6698 sayılı ve 24/3/2016 tarihli **"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"** (KVKK) bu bağlamda atılan ilk ve gerekli bir adım olup, kanunun önemi ve gerekliliği *"kişisel verilerin işlenmesinde başta özel hayatın gizliliği olmak üzere kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumak"* (Resmî Gazete, 2016a; Madde 1) amacında da görülmektedir. Kişisel veriler gibi kişisel sağlık verilerinin gizliliği de ilgili kişinin mahremiyeti bağlantılı olarak da "temel hak ve özgürlükleri" ile ilişkili olup, bu verilerin de güvenliği önem arz etmektedir. Bir diğer ifadeyle bir kişinin hekime başvurduğu andan itibaren tanı ve tedavi sürecinde ilgili olan tüm tıbbi süreç ve bilgilere kimlerin, ne kadar süre ile erişecebileceği, bu verilerin nasıl saklanması, korunması ve işlenmesi gerektiğinin tıbbi-adli ve etik açıdan düzenlemesi elzem görülmüştür. Bu doğrultuda, bu kanunla aynı yıl, 20/10/2016, Sağlık Bakanlığı tarafından **"Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik"** yayımlanmıştır. Yönetmelikte; "kişisel sağlık verilerinin korunması, işlenmesi, aktarılması ve silinmesi"nde izlenecek esaslar belirlenmiştir. Buna göre, ilgili kişinin sağlık verilerine sağlık çalışanı olarak erişim yetkisi olan görevlinin "verilerin mahremiyetini korumak" (Madde 6/1), "sır saklama yükümlülüğü altında" olmak (Madde 5/4) ve bu verileri işlerken, işleme amacı doğrultusunda "sınırlı ve ölçülü olma" ile "hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun olma" (Madde 5/2) ibareleri etik ve hukuki açıdan dikkat çekmektedir. Klinik adli ve klinik etik danışmanlık bağlamında danışmanın başvurabileceği bu yönetmelikte ilgili kişinin kendi verileri üzerinde bilgi edinme, işleme, üçüncü kişilerden korunmasını isteme ve silme gibi hak ve yetkileri de açıkça belirlenmiştir (Madde 10, 11, 15). Ayrıca bu verilere erişimden işlenmesinden aktarılmasına kadar her süreçte ilgi kişinin ("veri sahibi"nin) aydınlatılması ve onamının alınması (aydınlatılmış onam) yükümlülüğü (Madde 5/9), KVKK'da (Madde 8-10) olduğu gibi ayrıntılı olarak ifade edilmiştir (Resmî Gazete; 2016a). Yönetmelikte, sağlık verilerinin veri sahibinin aydınlatılmış onamı olmaksızın işlenip aktarılabileceği durum ise şu şekilde belirtilmiştir:

Madde 7/1: "Kişisel sağlık verileri; **kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi** amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir" (Resmî Gazete, 2016a).

Yukarıda sunulmuş olan maddede kişisel sağlık verilerinin ancak sağlıkla ilgili belirli zorunlu hallerde ilgili kişinin aydınlayılmış onamını gerektirmeden işlenip aktarılabileceği görülmektedir. Veri sahibinin aydınlatılmış onamını gerektirmeyen bu istisnai durumun yanı

sıra tüm kişisel verilerle ilgili süreçlerde aydınlatılmış onamı gerektirmeyen istisnalar da KVKK'da (Madde 5, 6, 28) ayrıntılı olarak belirlenip, sunulmuştur (Resmî Gazete, 2016a).

Yönetmelikte tıbbi-adli ve etik açıdan sorunsal olan ve "örselenebilir grup"ta yer alan çocukların sağlık verilerine kim(ler)in ve hangi koşulda erişim hakkı olduğuna Madde 15/4'te şu şekilde değinilmiştir:

Madde 15/4: "**Anne veya babanın, onbeş yaş altındaki çocuklarının kişisel sağlık verilerine erişimleri için diğer ebeveynin onayı** gerekir. **Evliliğin sona ermiş** olması hâlinde **velayet hakkını kullanma yetkisine** sahip bulunan ana veya baba, çocuğun kişisel sağlık verilerine erişimi için **diğer tarafın onayına ihtiyaç duymaz**" (Resmî Gazete, 20/10/2016).

Yukarıdaki maddede dikkat çeken nokta ise 15 yaşına kadar olan çocukların sağlık verilerinin ebeveynleri tarafından erişilebilir olduğu ancak 15 yaşından reşit olana (18 yaş) kadarki üç yıllık süreçte anne babanın bu verilere erişip erişemeyeceğinin belirtilmemesidir. Bu durumda örneğin 16 yaşında olan bir çocuğun sağlık verilerine anne babasının erişim talebini reddetmesi halinde hekimin nasıl bir yol izleyeceği ise belirsizlik taşımaktadır.

Soz konusu belirsizliğin ise 2019 yılında yayımlanan **"Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik"**te şu şekilde giderilmeye çalışıldığı görülmektedir:

Madde 8/1: "Ebeveynler, çocuklarına ilişkin sağlık kayıtlarına herhangi bir onaya ihyaç duyulmaksızın e-Nabız üzerinden erişebilir. **Ayırt etme gücüne sahip çocuklar, sağlık geçmişlerine ebeveynlerinin erişimini e-Nabız üzerinden izne tabi tutabilir**" (Resmî Gazete, 21/06/2019).

Yukarıdaki madde uyarınca, örneğin 16 yaşında olan bir çocuğun kendi sağlık verilerine anne babasının erişim talebini reddetmesi durumunda anne ve/veya babasına izin verilmeyeceği anlaşılmaktadır. Çocukların sağlık verilerine erişime açıklık getirilen bu yönetmelikte ilaveten "açık sağlık verisi" gibi sağlık verilerine dair yeni tanımların yapıldığı ve sadece hayatta olan veri sahiplerinin değil, ölmüş birinin de sağlık verilerine dair esaslara yer verilmiştir. Buna göre ölen birinin 20 yıl saklanması gereken sağlık verilerine erişime, *"veraset ilamını ibraz etmek sureyle murisin yasal mirasçıları münferit olarak yetkili"* (Madde 11/1) kılınmıştır (Resmî Gazete, 21/06/2019).

Gerek KVKK'da gerekse adı geçen yönetmeliklerde bir kişiyle ilgili bilgileri içeren verilerin saklanmasından işlenmesine ve aktarılmasına kadar tüm süreçlerde bu verilere erişim yetkisi olan kişi veya sağlık çalışanının mahremiyeti koruma, sır saklama, aydınlatılmış onam alma ve bildirim yükümlülükleri belirlenmiştir. Bunun yanı sıra salt verilere erişim yetkisi olan görevli ya da kişilerin yükümlülüklerinin değil, veri sahiplerinin de haklarına yer verilmiştir.

Özellikle "Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik"te KVKK'da ve diğer yönetmelikte eksik kalan ya da kesin bir şekilde belirtilmemiş hususlar ele alınmıştır. Örneğin, 2016 yılında yapılan iki düzenlemede açıkça belirtilmediği görülen hayatta olmayan kişilerin sağlık verilerine değinildiği ve önceki yönetmelikte 15 yaş üstü çocukların sağlık verilerine erişimi ile ilgili eksikliğin, "ayırt etme gücüne sahip" ibaresiyle tartışmaya açık olmasına karşın, giderilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Teknolojinin tıpta kullanımı ile gelişen bir yaklaşıma örnek olarak verilebilecek "tele-tıp" bir diğer ifadeyle, kısaca, "bilişim ve iletişim teknolojilerinin yardımıyla uzaktan verilen sağlık hizmetleri"dir (Korkmaz & Hoşman, 2018: 252). Tele-radyoloji, tele-psikiyatri, tele-konsültasyon gibi 'yeni' sayılabilecek uygulamaları içeren tele-tıp; sağlık hizmet sunumunda coğrafi farklılıklardan kaynaklanan eşitsizlikleri gidermesi açısından yararlı bulunrken, özellikle gizlilik ve mahremiyetin ihlali bağlamında tehlikeye ve tartışmalara açık görünmektedir (Korkmaz & Hoşman, 2018). İlgili tehlike ve ihlalleri bertaraf etmek, tele-tıp uygulamalarını hukuka ve etiğe uygun kılmak amacıyla yakın tarihte, 10/2/2022, **"Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik"** yayımlanmıştır. Yönetmelikte; tele-tıp uygulamasının tanımı, bu uygulamayla hizmet verme koşulları, hizmet verenlerin yükümlülükleri ve hizmet alanların hakları belirlenmiştir (Resmî Gazete,10/2/2022).

Yönetmelikte özellikle mahremiyet korunması açısından Madde 11'in 1. fıkrası açıklayıcı ve dikkate değer niteliktedir:

Madde 11/1: "Uzaktan sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık meslek mensubunun veya sağlık hizmeti alan kişinin bulunduğu ortamda hasta veya sağlık meslek mensubu ile **yapılan görüşmeyi görebilecek ve/veya duyabilecek üçüncü bir kişinin olması hâlinde sağlık meslek mensubu ve/veya sağlık hizmeti alan kişi, konu hakkında karşı tarafı bilgilendirmekle yükümlüdür**" (Resmî Gazete, 10/02/2022).

Yukarıdaki madde ile dijital ortamda yapılan hasta-hekim görüşmesinde de özellikle yardımcı sağlık çalışanı, asistan hekim, intern ya da tıp fakültesi öğrencisi gibi üçüncü kişilerin o ortamda bulunmasını gerektiren durumlarda hastanın üçüncü kişinin varlığına dair bilgilendirilmesi hasta mahremiyetine saygı duyulması açısından önemli bir gösterge ve yükümlülük olarak değerlendirilebilir.

Yönetmelikte sadece hastanın değil, hasta-hekim görüşmesindeki "iki taraf"tan biri olarak hekimin de gizlilik ve mahremiyetinin korunmaya çalışıldığı Madde 12'de görülmektedir:

Madde 12/3: "Bu Yönetmelik kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, her **iki tarafın açık rızası olmaksızın görüntülü veya sesli olarak kayıt altına alınamaz, hizmet esnasında fotoğraf çekilemez**" (Resmî Gazete, 10/02/2022).

Bu madde hem hastanın yanı sıra hekimin de gizlilik ve mahremiyetinin korunması hem de "her iki tarafın" özerkliğine saygıyı gerekli kılması bağlamında önemli arz etmektedir.

Anlaşılacağı üzere gerek yukarıda bahsi geçen düzenlemelerin geliştirilmesini gerekli kılan unsurlar, gerekse düzenlemelerin içeriği gelişen teknolojilerin yaşamın diğer alanlarını olduğu gibi tıbbı da dönüştürdüğüne kanıt niteliktedir. Zira bu düzenlemelerin, yeni bilişim ve biyomedikal teknolojilerin tıpta kullanımını hukuka ve etiğe uygun kılmanın yanında bu teknolojilerin tıbbi uygulamalarda kullanımından ortaya çıkan ve çıkması olası hukuki ve etik sorunlara çözüm bulma amacıyla da hazırlanması tıptaki dönüşüme örnek olarak değerlendirilebilir. Bu örnekler bugünün tıbbına ilişkin olsa da geleceğin tıbbında hâkim olacak anlayışın hümanizmden trans-hümanizme evrileceği, dolayısıyla geleceğin tıbbında yeni yaklaşımlar, koşullar ile yeni adli-tıbbi ve etik sorunların yaşanacağı ve bu tür düzenlemelere duyulacak gereksinime dair savımızı tanıtlar niteliktedir.

3. YÖNTEM

3.1. GEREÇ

3.1.1. Alanyazın (Literatür)

Klinik etik danışmanlık bağlamında;

- kinik etik, etik ikilem ve sorun, etik ihlal, değer ve çıkar çatışması, çözümleme, etik değerlendirme, etik temellendirme ve karar verme, danışman ve danışmanlık gibi kavramlarla ilgili ulusal ve uluslararası sözlük, ansiklopedi, kitap ve makaleler
- klinik etik ve danışmanlığın ortaya çıkış ve gelişim sürecinde belirleyici rol oynayan vakalar, çalışmalar, klinik etik komite ve hastane etik kurullarıyla ilgili ulusal ve uluslararası kitap, makale ve o dönemin kurumları tarafından hazırlanan ilgili raporlar
- klinik etik danışmanın mesleki etik ve yetkinlik kuralları, danışmanlık sürecinde Kanada ve Türkiye'de başvurulabilecek hekimlik meslek etiği, tıbbi uygulamalar ve biyomedikal teknolojilerin kullanımıyla ilgili yasal ve etik düzenleme (etik ilke, kod, bildirge, kanun ve yönetmelikler) örnekleri

Klinik adli danışmanlık bağlamında;

- kinik adli tıp ve danışmanlık, adli tıp, bilirkişi, uzman görüşü, tıbbi uygulama hatası (malpraktis) gibi kavramlarla ilgili ulusal ve uluslararası alanyazın
- adli tıp, klinik adli tıp ve danışmanlığın ortaya çıkış ve gelişim sürecinde önemli rol oynayan kişi, kurum ve çalışmalarla ilgili ulusal ve uluslararası alanyazın
- klinik adli danışmanın mesleki etik ve yetkinlik kuralları, Kanada 1982 Anayasası ve Türkiye 1982 Anayasası ile tıbbi malpraktise ilişkin yasal düzenlemeler başta olmak üzere hekimlik mesleğinin icrasında hukuka uygunluğu sağlayacak; insan ve hasta hakları ihlalleri, ihmal ve insanlık dışı muameleleri önleyebilecek yasal ve etik düzenleme örnekleri

Trans-hümanizm ve geleceğin tıbbı bağlamında;

- trans-hümanizm, hümanizm, post-hümanizm, yapay zekâ, sayborg, robot gibi kavramlarla ilgili ulusal ve uluslararası alanyazın
- trans-hümanizmin felsefi temelleri ve tarihsel süreciyle ilgili alanyazın

- Transhümanist Bildirgesi, Yapay Zekânın Sorumlu Bir Şekilde Geliştirilmesine Yönelik Montréal Bildirgesi ve Biyomedikal Mühendislik Derneği Etik Kodu gibi trans-hümanizm, yapay zekâ ve biyomedikal mühendislikle ilgili yasal ve etik düzenleme örnekleri tezin kuramsal kısmında başvurulan kaynakları oluşturmaktadır.

3.1.2. Nitel Araştırma Verileri

Veriler; 4 (dört) ana, 2 (iki) alt grupta sınıflandırılmış katılımcılarla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerden edinilmiştir:

- Türkiye'den on dört (14) klinisyen ile yapılan derinlemesine görüşme verileri
- Kanada'dan on dört (14) klinik etik danışman/konsültan ile yapılan derinlemesine görüşme verileri
- Kanada'dan on üç (13) adli bilim uzmanı ve Türkiye'den on üç (13) adli tıp uzmanı ile yapılan derinlemesine görüşme verileri
- On üçü (13) Kanada'dan, on üçü ise Türkiye'den (13) olmak üzere toplam 26 (yirmi altı) biyomedikal mühendisiyle yapılan derinlemesine görüşme verileri araştırma gereçlerini oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Türkiye'den klinisyenler, adli tıp uzmanları ve biyomedikal mühendisleri; Kanada'dan klinik etik danışmanlar, adli bilim uzmanları ve biyomedikal mühendisleri ile yapılan derinlemesine görüşme tekniğine dayalı araştırma, bugünün ve geleceğin tıbbı olarak iki kısımda tasarlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda temel olarak dört gruba ayrılan katılımcılarla yürütülen araştırmanın amaç ve hedefleri şu şekilde belirlenmiştir:

Bugünün tıbbı bağlamında:

- **Klinisyenlerle yapılan derinlemesine görüşme**; Türkiye'de klinisyenlerin yaşadıkları etik ikilem, etiko-legal ve tıbbi-adli sorunların çoğunlukla neler olduğunu, bu sorunların temel neden(ler)ini, bunları nasıl çözüme kavuşturduklarını, tıbbi-adli ve etik sorunu ne düzeyde ayırt edebildiklerini, klinikte adli (tıbbi-adli) ve etik danışmanlığa gereksinim duyup duymadıklarını, şayet klinik etik ve adli danışmanlık sunulursa, hizmetin yapısı ve işleyişinin nasıl olması gerektiğini saptamak.
- **Klinik etik danışmanlarla yapılan derinlemesine görüşme;** klinik etik danışmanlığın nasıl sunulduğunu (işleyiş), danışmanların etik ikileme/soruna yaklaşımlarını, danışmanlık talep edilen vakaların çoğunlukla neler olduğunu, ardındaki temel

neden(ler)i, sorunu nasıl çözdüklerini, yargıya intikal etmemiş ancak mediko-legal veya etiko-legal nitelikte olan vakaya yaklaşımlarını, kullandıkları algoritma ve etik kuramları (yöntem), şayet klinik etik ve adli danışmanlık sunulursa, hizmetin yapısı ve işleyişinin nasıl olması gerektiğini saptamak.

- **Klinik adli danışmanlığa yönelik derinlemesine görüşme;** Kanada'da adli bilim uzmanları ve Türkiye'de adli tıp uzmanlarının görüş ve desteğini gerektiren davaların yanı sıra tıbbi uygulama hatası iddialarında, tıbbi-adli nitelikte olup yargıya intikal etmemiş vakaların ve etiko-legal sorunların çoğunlukla neler olduğunu, bu sorunları nasıl çözüme kavuşturduklarını, yaklaşımlarını, süreç ve işleyişin ne olduğunu, şayet klinik etik ve adli danışmanlık hizmeti sunulursa, hizmetin yapısı ve işleyişinin nasıl olması gerektiğini saptamak hedeflenmektedir.

Geleceğin tıbbı bağlamında:

- **Biyomedikal mühendislerle yapılan derinlemesine görüşme;** Kanada ve Türkiye'de görev yapan biyomedikal mühendislerinin biyomedikal teknolojilere ilişkin fikirlerini, "geleceğin tıbbının tasarımcı"ları olarak bu teknolojilerin faydalarına ve kullanımıyla oluşan mevcut ve olası risklerine ilişkin düşüncelerini, bu teknolojilere dair beklenti ve kaygılarını, geleceğin hastası, hekimi, hastalıkları ve tıbbi yaklaşımlarıyla ilgili ön görülerini, geleceğin tıbbında yaşanabilecek olası etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları, duyulabilecek en önemli yasal ve etik gereksinimleri, bu sorunları olabildiğince önleyebilmek ve gereksinimleri karşılayabilmek adına önerilerini saptamak. Gelişmelerle birlikte paradigmanın da değişmesi nedeniyle bugünün tıbbının gelecekte farklı bir yapıya dönüşeceği, üzerinden yükseldiği yeni felsefenin trans-hümanizm olacağı ve bu yeniliğin risklerine karşı olabildiğince hazırlık yapılması gerektiği savını temellendirmek.

Araştırmanın nihai amacı ise bugünün tıbbında klinik etik ve adli danışmanlık hizmetine duyulan gereksinimi ortaya koymak; alan araştırması üzerinden sistematik, kurumsal, sürdürülebilir ve kliniğin yapısıyla özdeş nitelikte klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi geliştirmektir. Bir diğer ifadeyle klinik adli ve etik danışmanlığı kapsam, yapı ve işleyiş açısından gereksinimlere koşut olarak yeniden yapılandırarak, Kanada ve Türkiye'ye yeni bir danışmanlık sistemi sunabilmektir. Bu hizmetin aynı çatı altında ancak vakanın özelliğine ve kök nedenine göre özerk ya da birlikte sunumuyla etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümünde klinisyene yardımcı olabilmektedir. Böylece klinikte danışmanlık sacayağındaki eksik ayakların tamamlanmasına katkıda bulunmak; klinisyen ve sağlık kurumuna doğrudan, hasta, hasta yakını, yargı sistemi ve devlete de dolaylı olarak

faydalı olabilmektir. Geleceğin tıbbında da tıpta paradigma değişikliğinden ve trans-hümanist anlayıştan ötürü etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlar yaşanabileceğini, bu sorunların çözümü için de bu ya da bu tür bir danışmanlık sistemine gereksinim duyulabileceğini; yasal ve etik düzenlemelerin yapılması gerekliliğini ortaya koyabilmektir. Yine, biyomedikal mühendislerinin insanlığa varoluşsal zarar verebilecek distopik kurgulardan uzak olduklarını, böylece araştırma yapılan diğer gruplarla düşünsel düzlemde benzerliklerini saptayıp, gruplar arası iş birliğini sağlayarak olası etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları olabildiğince önleyebilecek çalışmaların gerekliliğine dikkat çekebilmektir.

3.2.1. Araştırmanın Türü

Tezin Kanada ve Türkiye karşılaştırmasını içeren uluslararası boyutu; günümüz ve geleceğin tıbbını kapsayan karşılaştırmalı içeriği; klinisyenler, klinik etik danışmanlar, adli bilimler/tıp uzmanları ve biyomedikal mühendisleri içeren çok disiplinli yapısı, her iki ülkeden ilgili uzmanlarla görüşülmesini ve edinilen bilgilerin derinlikli incelenmesini gerektirmiştir. Bu doğrultuda "ne?" sorusunun yanı sıra "neden?" ve "nasıl?" sorularına da yanıt bulabilmek amacıyla "**derinlemesine görüşme"** tekniğine dayalı **"nitel araştırma"** yöntemi tercih edilmiştir. Zira nitel araştırmada ele alınan konunun ayrıntılarıyla derinlikli biçimde irdelenmesi amaçlanmaktadır (Sönmez ve İlgün, 2018). Gözlem, doküman analizi ve derinlemesine görüşme gibi veri toplama tekniklerine dayalı olarak yürütülen nitel araştırma, olguların tüm yönleriyle ele alınmasını olanaklı kılmaktadır. Nitel araştırma; katılımcıların ilgili konuyu/olguyu "nasıl anladığını, deneyimlediğini ve yorumladığını anlamayı amaçlamaktadır" (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Tıp ve sağlık alanında ise bir paradigma ve yöntem olarak kanıta dayalı uygulamanın yükselişi ve pratik bilginin kuramsal bilginin üzerinde değer görmesi, insan eylemine/deneyimine dayalı bilgi üretmeyi amaçlayan **"nitel sağlık araştırmaları"**nı gerekli kılmıştır (Sandelowski, 2004). Sağlık alanında ilgili kişilerin belirli bir olguyla ilgili deneyimleriyle şekillenen düşüncelerinin derinlikli ve bütüncül olarak ortaya konulması "**derinlemesine görüşme"** görüşme tekniğini gerektirmektedir. Zira anketin aksine çok sayıda katılımcıdan yüzeysel bilgi edinmek değil, tüm boyutlarıyla, derinlikli ve ayrıntılı bilgi edinebilmektir amaç (Kümbetoğlu, 2005).

"Fenomenolojik" desende tasarlanan bu araştırmada, nitelik araştırma yöntemlerinden derinlemesine görüşmeye dayalı "**tümevarım"** analizi yöntemi kullanılmıştır. Zira "olgu bilim" olarak da adlandırılan fenomenolojide, olguların varoluşuna ilişkin nedenleri ve

sonuçlarını ortaya koymanın yanı sıra o olguyu yaşayan kişinin olguyu ve çevreleyen etkenleri tanımlama, anlamlandırma ve yorumlamasının da tespiti esastır (Güçlü, 2021). Bir diğer ifadeyle fenomenolojik desende tasarlanan araştırma verileri, yaşanılan olgu ve edinilen deneyimin tanımlanması/betimlenmesi amacıyla **"betimsel analiz"**/"betimsel fenomenoloji" tekniğiyle analiz edilir (Giorgi, 2000; Giorgi et al., 2017). Bağlam, koşul ve durum değerlendirmesi yapabilmek adına **"içerik analizi"** tekniğine başvurulur (Creswell, 2013). Ayrıca, ele alınan olguyla ilgili deneyimin nasıl anlanlandırılıp, yorumlandığını ortaya koyabilmek için de **"hermeneutik (yorumsamacı) fenomenolojik"** teknik kullanılmaktadır (Aydın-Günbatar, 2019). Bu araştırmada edinilen verilerin analizinde, araştırmanın amaç ve hefleri uyarınca **"temel ve yorumlayıcı"**, yani **betimsel analiz, içerik analizi** ve **hermeneutik-fenomenolojik analiz** teknikleri kullanılmıştır.

3.2.2. Evren ve Örneklem / Katılımcılar Çalışma Grubu

Araştırmanın **evreni**ni; Türkiye düzleminde İstanbul'da bulunan bir üniversite hastanesinde (3. basamak) görev yapan dâhili ve cerrahi tıp bilimlerinden öğretim üyesi klinisyenler, Türkiye genelinde ölçüt örnekleme uyan ve araştırmayı kabul eden adli tıp uzmanlarının görev yaptığı Adli Tıp Kurumu ve on (10) adli tıp anabilim dalı, Türkiye genelinde ölçüt örnekleme uyan ve araştırmayı kabul eden on üç (13) biyomedikal mühendisliği bölümü/anabilim dalı oluşturmaktadır. Kanada düzleminde ise ölçüt örnekleme uygun ve araştırmayı kabul eden öğretim üyesi klinik etik danışmanların görev yaptığı Kanadanın belirli eyaletlerindeki klinik etik merkezleri ve on (10) biyoetik birimi/ünitesi, Kanada'nın belirli eyaletlerinde ölçüt örnekleme uygun adli bilim uzmanlarının çalıştığı 4'ü özel, 9'u resmi kurum olmak üzere on üç (13) adli bilimler kurumu ile Kanada genelinde ölçüt örnekleme uyan ve araştırmayı kabul eden on bir (11) biyomedikal mühendisliği bölümü/anabilim dalı oluşturmaktadır.

Örneklem bağlamında ise araştırmanın amacıyla uyumlu olacak biçimde **"amaçlı örnekleme"** türlerinden **"maksimum çeşitlilik"** yaklaşımı benimsenerek, 80 uzmandan oluşan bir çalışma grubu belirlenmiştir. Araştırılan konu ve olguyla ilgili olabildiğince çeşitlilikte kişiden bilgi edinmeye olanak sunan maksimum çeşitlilik yaklaşımının benimsendiği bu araştırmada katılımcıların farklı alanlardan olduğu kadar faklı kurumlardan olmasına ve maksimum çeşitlilik göstermesine de önem verilmiştir. Nitel araştırmalarda her bir katılımcı amaçlı olarak seçildiği için "amaçlı örnekleme" yönteminin "ölçüt örnekleme" tekniği önceden bazı ölçütlerin ve bu ölçütlere sahip kişilerin belirlenmesini elzem kılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu araştırmada da **amaçlı örneklem** türlerinden **maksimum çeşitlilik** tekniği

ile belirlenen örneklemde heterojenlik ancak örneklemdeki farklı özelliklerle oluşturulmaya çalışılmıştır. İlk üç gruba araştırmanın amacı doğrultusunda ortak bir sorunun yöneltilmesi de heterojenliğe hizmet etmektedir. Zira bu gruptaki katılımcıların alan farklılıklarından ötürü küçük örneklemlerde tam heterojenliğe ulaşmak sorunlu görünse de farklı ve heterojen gruplarda belirli bir konu ya da olguda ortak düşünce veya deneyimler esas alınmaktadır. Araştırmada maksimum çeşitlilik yaklaşımı ve ölçüt örneklem tekniğine dayalı olarak 4 (dört) ana grup ve ülke farklılıklarından ötürü 2 (iki) alt grup belirlenmiştir. Bağlantılı olarak örneklem büyüklüğü (katılımcı sayısı) fenomenolojik yaklaşıma uyumlu olarak saptanmıştır. Bu araştırma desenine göre, alanyazında idealize edilen sayı 10 ile15 kişi arasında olup, her bir grupta örneklem büyüklüğünün belirtilen sayılar arasında olmasına dikkat edilmiştir (Creswell, 2013; Davidsen, 2013). Araştırmada belirlenen gruplar aşağıda sunulmaktadır:

Grup I: Türkiye'den 14 klinisyen (klinikte aktif görev yapan hekim)

Grup II: Kanada'dan 14 klinik etik danışman/konsültan

Grup III: Kanada'dan 13 adli bilim uzmanı ve Türkiye'den 13 adli tıp uzmanı olmak üzere toplam 26 adli bilim ve adli tıp uzmanı

Grup IV: Kanada'dan 13 biyomedikal mühendisi, Türkiye'den 13 biyomedikal mühendisi olmak üzere toplam 26 biyomedikal mühendisi; toplam **80 (seksen)** katılımcı.

Grupların örneklem ve ölçütleri ise şu şekilde belirlenmiştir:

Grup I: Etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların ağırlıklı olarak yaşandığı, 7'si cerrahi tıp bilimlerinden ve 7'si dâhili tıp bilimlerinden olmak üzere toplam 14 uzmanlık alanı örneklemi oluşturmuştur. Belirlenen alanlarda uzman olma, en az 10 yıllık deneyime sahip olma ve öğretim üyesi olma ölçütleri esas alınmıştır. Araştırma, İstanbul'da kamuya ait bir tıp fakültesi hastanesinde ilgili uzmanlık alanından klinisyenlerle gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1. Klinisyen katılımcıların çalıştıkları uzmanlık alanları.

	Cerrahi Tıp Bilimleri	Dâhili Tıp Bilimleri
1	Genel cerrahi	Acil tıp
2	Kadın hastalıkları ve doğum	Yoğun bakım
3	Beyin ve sinir cerrahisi	Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji
4	Kalp ve damar cerrahisi	Psikiyatri
5	Göğüs cerrahisi	Geriatri
6	Üroloji	Pediatri
7	Ortopedi ve travmatoloji	Radyoloji (Girişimsel radyoloji)

Grup II: Kanada'nın nüfus olarak yoğun ve klinik etik danışmanlık hizmetinin merkez olarak verildiği eyaletleri saptanmış; buna göre Ontario, Québec, Britanya Kolumbiyası, Alberta ve Newfoundland&Labrador eyaletlerinde aktif olarak görev yapan 14 klinik etik danışman örneklemi oluşturmuştur. Kanada'da tıp fakültesi, hastane ya da klinik etik merkezi gibi kurumsal bir yapıda görev yapıyor olmak ile 5 yıl ve üzeri (en az 5 yıllık) deneyime sahip olmak ölçütleri esas alınmıştır.

Grup III: Bu grubun ölçütleri Kanada ve Türkiye olmak üzere 2 alt gruba ayrılarak, ülkenin koşullarına göre belirlenmiş ve örneklemi oluşturulmuştur:

Grup III-a: Kanada'da, araştırma sınırları dâhilinde, özel bir yapıya bağlı ya da bağımsız ve bireysel olarak çalışan adli bilim uzmanlarının klinik adli tıp, adli patoloji, adli psikiyatri, adli nöropsikiyatri ve adli bilişim gibi alanlarda uzmanlaştıkları alanla sınırlı olmak üzere danışmanlık verdikleri görülmektedir. Bu doğrultuda klinikte adli nitelik taşıyan vakalarda, psikolojik travma, fiziksel şiddet ve yaralanma gibi vakalara yaklaşımlarını, işleyişi, tıp etiği ilke ve değerlerine uygunluğu belirlemek amacıyla Kanada'dan 13 klinik adli danışman ve adli bilim uzmanı örneklem olarak seçilmiştir. Adli bilimler uzmanı olmak, hekim olmak, 5 yıl ve üzeri deneyime (en az 5 yıl) sahip olmak ölçütlerleri esas alınmıştır.

Grup III-b: Türkiye'de ise başta tıbbi uygulama hataları (malpraktis) iddia ve davaları olmak üzere ağırlıklı olarak tıbbi-adli (mediko-legal) konularda bilirkişilik hizmeti ya da özel bir yapıda bağımsız olarak adli tıp danışmanlık hizmetinin verildiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle klinikte tıbbi-adli vakalarda, cinsel istismar, psikolojik ve fizyolojik travma, malpraktis iddialarında, iş kazası ve maluliyet gibi adli danışmanlık gerektiren vakalarda işleyişi, yaklaşımları, tıp etiği ilke ve değerlerine uygunluğu belirlemek amacıyla Türkiye'den 13 adli tıp uzmanı örneklem olarak seçilmiştir. Adli tıp uzmanı (hekim) olmak, danışmanlık/bilirkişilik hizmeti vermek, 5 yıl ve üzeri deneyime (en az 5 yıl) sahip olmak ölçütlerleri esas alınarak ölçüt örnekleme gidilmiştir.

Grup IV: Biyomedikal teknolojilerin bugünün tıbbına etkilerini, risk ve faydalarını, geleceğin tıbbına yönelik dönüştürmeye başladığı anlayış ve yaklaşımları, olası mediko-legal, etiko-legal ve etik sorunları, olası değerleri, yasal ve etik gereksinimleri, bu sorunlara çözüm önerisi sunabilmek ve gereksinimleri karşılayabilmeye yönelik

önerilerini saptamak amacıyla bu grubun örneklemi oluşturulmuştur. Bu grubun ölçütleri Kanada ve Türkiye olmak üzere 2 alt gruba ayrılarak, belirlenmiş ve örneklemi oluşturulmuştur:

- **Grup IV-a:** Kanada'dan, on bir (11) biyomedikal mühendisliği bölümü/anabilim dalından, özellikle tıp teknolojisi çalışan on üç (13) biyomedikal mühendisi örneklemi oluşturmuştur. Biyomedikal mühendisliği anabilim dalı/bölümlerinde öğretim üyesi olarak görev yapmak, ağırlıklı olarak tıp teknolojileri üzerine çalışmak, 5 ve yıl üzeri (en az 5 yıl) deneyime sahip olmak ölçütleri örneklemde esas alınmıştır. Bunun yanı sıra Trans-hümanist Parti üyesi iki uzman da araştırmaya dâhil edilmiştir.
- **Grup IV-b:** Türkiye'den on üç (13) biyomedikal mühendisliği bölümü/anabilim dalından, özellikle tıp teknolojisi çalışan on üç (13) biyomedikal mühendisi örneklemi oluşturmuştur. Biyomedikal mühendisliği anabilim dalı/bölümlerinde öğretim üyesi olarak görev yapma, ağırlıklı olarak tıp teknolojileri üzerine çalışma, tıp teknolojileri üzerine doktora derecesine sahip olma, 5 ve yıl üzeri (en az 5 yıl) deneyime sahip olma ölçütleri örneklemde esas alınmıştır. Bunun yanı sıra Fütüristler Derneği üyesi iki uzman da araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.2.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla araştırma öncesinde İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvuru yapılmış, 07/12/2018 tarih ve 106548 sayılı karar (Protokol Kodu: A-19) ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırma sürecinde yaşanan değişiklikler nedeniyle adı geçen etik kurula yapılan değişiklik başvurusu da 05/07/2022 tarih ve 252 numaralı etik kurul kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Alınan etik kurul onayı, araştırmanın Türkiye düzlemindeki katılımcılarına onam öncesi sunulmuştur. Kanada düzlemindeki katılımcılar da bu etik kurul kararını yeterli görmüş, gönüllülük esası ile araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Araştırmanın "çok merkezli" yapısı, her iki ülkeden çeşitli üniversite ve kuruluşlarda görev yapan katılımcılarla derinlemesine görüşme yapılmasını gerektirmesi ve bu görüşmelerin salt gönüllülük esasına dayanması nedeniyle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından alınan etik kurul onayı tüm katılımcılar tarafından yeterli bulunmuştur.

Araştırmanın örnekleminde yer alan katılımcılardan klinisyenler (Türkiye), klinik etik danışmanlar (Kanada), adli bilim ve adli tıp uzmanları (Kanada ve Türkiye) ile biyomedikal mühendislerine (Kanada ve Türkiye) yönelik olarak 4 ayrı aydınlatılmış onam formu hazırlanmıştır. Türkiye'deki katılımcılara Türkçe, Kanada'daki katılımcılara İngilizce olarak hazırlanan aydınlatılmış onam formları öncelikle e-posta aracılığıyla yapılan davet sırasında dijital ortamdan yazılı olarak gönderilmiştir. Araştırmada yer almaya gönüllü olan katılımcılara görüşme başlamadan hemen önce aydınlatılmış onam formu okunmuş, katılımcıların varsa sorularına yanıt verilmiş, aydınlatma yapıldıktan sonra sözel olarak onamları alınmıştır. Yapılan aydınlatmada, formda da belirtildiği üzere, katılımcılara kimlik bilgileri de dâhil olmak üzere edinilen tüm bilgilerin araştırmacıda saklı kalacağı, üçüncü kişilerin erişemeyeceği şekilde korunacağı ve elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı belirtilmiştir. Ayrıca katılımcının aydınlatılmış onam formunu bizzat okumasının ve araştırmacı tarafından kendisine okunmasının ardından özgür iradesi ile araştırmaya katılımının aydınlatılmış onam verdiği anlamına geldiği ifade edilmiştir. Yapılan görüşmelerin ses ya da görüntü kayıtları da katılımcıların rızası gözetilerek ve onamına sunularak, alınmıştır. Sesli ya da görüntülü olarak kayıt alınmasına izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmeler ise araştırmacı tarafından not edilmiştir.

3.2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Gerek araştırmanın uluslararası ve karşılaştırmalı mahiyeti gerekse Kanada'nın klinik etik danışmanlığın doğduğu ve sağlık hizmetlerinin bütünleyeni olarak bir mesleğe dönüştüğü topraklar olması nedeniyle örneklemin Kanada ve Türkiye'den katılımcıları içermesi araştırmanın başlıca sınırlılığını oluşturmaktadır. Zira Kanada'da adli bilimler uzmanlığı, Türkiye'de ise adli tıp uzmanlığı olması klinik adli danışmanlık bağlamında örneklem oluştururken benzer nitelikte ve deneyimde katılımcıların belirlenmesi sürecinde zorluk yaratmıştır. Bunun yanı sıra hem her iki ülkeden birbirine yakın özellikte ve aynı sayıda örneklem oluşturma hem de katılımcıların tespiti, katılımcıların belirlenmesi, katılımcılara ulaşma, iletişim kurma ve katılımı sağlama araştırmayı zorlu kılan bir diğer unsur olmuştur. Araştırmanın ilgili kısmının Kanada'da bizzat yürütülmesi planlamış, bu amaçla McGill Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyomedikal Etik Ünitesine başvuran araştırmacı, kabul almasına karşın gidememiştir. Bu önemli sınırlılık nedeniyle katılımcı bulmada önemli ölçüde zorluklar yaşanmış ve araştırma ancak dijital ortamda yürütülülüp, tamamlanabilmiştir. Öte yandan, COVID-19 pandemisi örneklemi oluşturan uzmanların iş yükünü artırmış, bu durum ve

izolasyon önlemleri hem uzun bir araştırmanın durdurulmasına hem de daha çok sayıda katılımcıya ulaşılamamasına yol açmıştır.

3.2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; "**yarı yapılandırılmış görüşme formları"** aracılığıyla toplanmıştır. Zira "yarı yapılandırılmış görüşme" tekniği daha esnek olduğu için bu teknikle yapılan görüşmelerde araştırmacı, görüşme öncesi hazırladığı soruların yanı sıra katılımcının verdiği bilgilere göre de sorularını arttırıp, azaltabilmektedir. Nitekim Türnüklü'nün (2000: 547) de belirttiği üzere bu teknikle yapılan görüşmelerde "*araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntılandırmasını sağlayabilir. Eğer kişi görüşme esnasında belli soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu soruları sormayabilir"* (Türnüklü, 2000). Mahiyeti gereği "yarı yapılandırılmış görüşme tekniği" görüşmeye hem yapılandırılmış yanıyla standart, karşılaştırmalı ve sistematik özellik kazandırmakta hem de yapılandırılmamış yanıyla araştırmaya esneklik ve zenginlik katmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu araştırmada bahse konu özellikleri nedeniyle seçilen yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile hazırlanan formlardan Grup I, II ve III'deki katılımcılara **"bugünün tıbbı"**, Grup IV'teki katılımcılara ise **"geleceğin tıbbı"** bağlamında sorular yöneltilmiştir. Klinisyenler (EK-1), klinik etik danışmanlar (EK-2) ve adli bilim uzmanları ile adli tıp uzmanlarına (EK-3) yöneltilmek üzere hazırlanan görüşme formlarında; bugünün tıbbı kapsamında katılımcıların uzmanlık alanları, mesleki uygulamaları, deneyimledikleri ya da çözüm sundukları etik ve tıbbi-adli sorunlar, çözüme ilişkin yaklaşımları ve üç gruba ortak soru olarak yöneltilen klinik etik ve adli danışmanlık hizmetine dair önerilerini saptayacak sorular bulunmaktadır. Biyomedikal mühendislerine yönelik görüşme formu (EK-4) ise geleceğin tıbbı bağlamında katılımcıların hâlihazırda uzmanlık alanları ve mesleki uygulamaları olan biyomedikal teknolojilerin yanı sıra bu teknolojilerin yasal ve etik sonuçlarına ilişkin düşünceleri, kendi alanlarında yaşadıkları sorunlar, gelecekte hâkim olması savlanan bu teknolojilerin geleceğin tıbbına nasıl yön vereceğine ilişkin yorum ve ön görülerini, geleceğin tıbbında yaşanması olası etik ve tıbbi-adli sorunlara dair ön görü ve önerilerine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Görüşme formları, aşağıda belirtildiği gibi, genel olarak üç aşamada geliştirilmiştir:

1. İlk aşamada öncelikle ilgili alanyazın (ilgili makale, kitap, web sayfası, etik ve yasal düzenlemeler) ayrıntılı bir biçimde incelenmiş, alan uzmanlarıyla görüşmeler yapılmış ve edinilen bilgiyle her bir form için 14 soruluk "görüşme madde havuzu" oluşturulmuştur.
2. İkinci aşamada oluşturulan madde havuzunda bulunan maddeler fikir almak üzere iki eğitim bilimleri öğretim üyesi ile bir ölçme ve değerlendirme öğretim üyesine sunulmuştur. Bu öğretim üyelerinden alınan dönütler uyarınca taslak form oluşturulmuştur. Taslak formda her bir gruba sekiz (8) soru olmak üzere soru sayısı azaltılmıştır.
3. Grup III ve Grup IV'te yer alan Kanadalı katılımcılara İngilizce, Türkiyeli katılımcılara Türkçe olmak üzere aynı sorular yöneltilmiştir.

3.2.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri; klinisyenler, klinik etik danışmanlar, adli bilim ve tıp uzmanları ile biyomedikal mühendisleri için ayrı ayrı, ilgili ülkelere yönelik, Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanan dört (4) ayrı aydınlatılmış onam ve soru formu aracılığıyla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerden edinilmiştir. Görüşmeler sırasıyla aşağıda belirtildiği gibi düzenlenmiş ve gerçekleştirilmiştir:

1. Öncelikle ölçüt örnekleme göre alan uzmanları belirlenmiş, belirlenen alan uzmanlarına, katılım kararlarında belirleyici olacağı düşünüldüğünden, aydınlatılmış onam ve görüşme formu eşliğinde e-posta aracılığıyla dijital ortamdan davet gönderilmiştir.
2. COVID-19 pandemi sürecinde ilk daveti yapılan gruplarda hedeflenen sayıda (13 ila 15) olumlu dönüş alınmadığından davetler hedeflenen sayıya ulaşıncaya dek davet listesi de güncellenerek, yinelenmiştir.
3. Araştırmaya katılım davetine olumlu dönüş yapan katılımcılara araştırma, görüşme ve görüşme süreci hakkında ilave bilgi verilerek, görüşme şekli ve tarihi katılımcının istek ve uygunluğuna göre belirlenmiştir.
4. Araştırmaya katılmayı kabul eden Kanada'dan katılımcılarla (40) tüm görüşmeler çevirimiçi video konferans uygulaması (Zoom) üzerinden gerçekleştirilmiştir. Türkiyeli

katılımcılarla, katılımcıların taleplerine göre yirmisiyle (20) yüz yüze, yirmisiyle (20) de çevirimiçi video konferans uygulaması (Zoom) üzerinden görüşmeler yapılmıştır.

5. Görüşmeye başlamadan önce araştırmacı kendisini ayrıntılı olarak tanıtmış, aydınlatılmış onam metnini okumuş ve katılımcının nihai kararını tekrar sormuş, varsa ilave sorularını yanıtlanmış ve sözlü onamını almıştır.

6. Görüşmelerde veri kaybına mahal vermemek ve görüşmeleri kayıt altında tutmak amacıyla katılımcılardan yüz yüze görüşmelerde ses kaydı, Zoom üzerinden yapılan görüşmelerde de görüntülü/sesli kayıt izni istenmiştir. Katılımcıların çoğu ses/görüntü kaydına izin vermiş, kayda izin vermeyen katılımcılarla yapılan görüşmeler ise araştırmacı tarafından not edilmiştir. Alınan not, görüşme bitiminde düzenlenerek katılımcıya gönderilmiş, görüşmeci tarafından varsa eksikler tamamlanarak nihai hali katılımcıya iletilmiştir.

7. Dört grupla yapılan görüşmelerin en kısası 45 dakika, en uzunu 100 dakika (1 saat 40 dakika saat) olmak üzere ortalama 72 dakika (1 saat 12 dakika) sürmüştür. Buna göre tüm görüşmeler yaklaşık 97 (96.6) saatte (72x80: 5800 dakika) tamamlanmıştır.

8. "Gönüllülük esası"na göre gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin dökümü (transkripsiyonu) araştırmacı tarafından yapılarak, yazılı metne dönüştürülmüş ve dijital ortamda (bilgisayarda) kayıt altına alınmıştır. Katılımcıyla ilgili tanıtıcı bilginin bulunmadığı görüşme dökümleri üzerinde imlâ hataları dışında anlamı değiştirecek düzeltme ve değişiklikler yapılmamıştır. Bu dökümlerin ayrıca çıktıları da alınarak dosyalanmış ve üçüncü kişilerin erişemeyeceği şekilde araştırmacı tarafından korumaya alınmıştır.

3.2.7. Verilerin Çözümlenmesi

Nitel veri analizinde veriler öncelikle anlam ve içeriğe dokunmaksızın imla ve dil düzeltisi yapılarak okunur; tasarlanan analiz tekniğine göre kodlamaya başlanır. Kodlamada; öncelikle kodlar belirlenir, kodlardan alt temalara, alt temalardan ana temalara, ana temalardan da bağlam ya da kategorilere ulaşılır. Kodlama sonrası tümevarım yöntemiyle yoruma gidilir (Creswell, 2018). Bu araştırmada da aynı yol izlenmiş; araştırmacı tarafından öncelikle görüşme kayıtlarının deşifresi, daha sonra Türkçe ve İngilizce imlâ ve yazım hatası düzeltileri yapılmıştır. Her bir katılmcının görüşme dökümleri gruplar bazında birkaç kez okunarak, kodlar belirlenmeye çalışılmıştır. Veriler üzerinde çözümleme işlemleri yapılırken, görüşme

dökümleri gruplandırılmış, sorulara göre önce kodlar saptanmış, kodlar benzer özelliklerine göre sınıflandırılarak alt temalar tespit edilmiş, alt temalar da benzerliklerine göre sınıflandırılarak ana temalara, ana temalardan da bağlama ulaşılmıştır. Grup III ve IV'te ülke bazında önce ayrı ayrı kodlar belirlenmiş, sonra bu kodlar karşılaştırılarak, ortak alt tema, ana tema ve bağlam belirlenmiştir. Kodlama önce Türkçe ve İngilizce asıl metin üzerinde yapılmış, kodlar belirlendikten sonra İngilizce kod ve metinler Türkçeye tercüme edilmiştir.

Kodlama tamamlandıktan sonra katılımcılardan alıntılanan söylem örnekleriyle kanıta dayalı olarak değerlendirme ve yorum yapılmıştır. İngilizce verilerde, Kanadalı, katılımcıların söylem örnekleri analiz edildikçe ve alıntılandıkça Türkçeye tercüme edilmiştir. Söylemlerin özgün halleri, İngilizce alıntılar şeklinde dipnot olarak sunulmuştur.

Kısaca, Kanada ve Türkiye'den katılımcılarla gerçekleştirilen araştırma verilerinin çözümlenmesinde, araştırmanın amaç ve hedefleri doğrultusunda, **"ihtiyaç değerlendirmesi"**, **"durum tespiti"** ve **"gelecek ön görüsü"** yapılmış; adı geçen ülkeler arasındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koymak adına da **"karşılaştırma"**ya gidilmiştir. Buna göre, Türkiyeli klinisyenler (Grup I) ve Kanadalı klinik etik danışmanlar (Grup II) ile gerçekleştirilen görüşme verileri ihtiyaç değerlendirmesi ve durum tespiti bağlamında analiz edilmiştir. Kanadalı adli bilim uzmanları ve Türkiyeli adli tıp uzmanlarıyla (Grup III) yapılan görüşme verileri ile Kanada ve Türkiye'den biyomedikal mühendisleriyle (Grup IV) yapılan görüşme verileri ise karşılaştırmalı olarak çözümlenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler çözümlenirken, Grup I ve II'de ağırlık olarak **betimsel-içerik analizi,** Grup III ve IV'te ise **hermeneutik (yorumsamacı) fenomenolojik analiz** teknikleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Kanada ve Türkiye düzleminde örneklem ölçütlerine uyan toplam seksen (80) katılımcı ile yapılan derinlemesine görüşme verileri bu bölümde değerlendirilmeye alınmıştır. Bu verilerden edinilen bulgular ve bu bulgular üzerinden geliştirilen bağlam, ana tema, alt tema ve kodlara yer verilmiştir. Araştırma verileri "bugünün tıbbı" ve "geleceğin tıbbı" olmak üzere iki bölümde, katılımcılar uzmanlık alanları ve görev yaptıkları ülke bazında gruplandırılarak, araştırmaya başlanmıştır. Gerek araştırma sürecinde, gerekse bulguların değerlendirilmesinde sınıflandırılan ve görüşme verileri değerlendirmeye alınan katılımcı gruplarına ilişkin bilgilere Tablo 4.1'de yer verilmiştir:

Tablo 4.1: Görüşme verileri değerlendirilen katılımcı gruplara ilişkin bilgiler.

Gruplar	Alt Gruplar	Katılımcının Mesleği	Katılımcının Görev Yaptığı Ülke	Katılımcı Sayısı
Grup I	-	Klinisyen (Hekim)	Türkiye	14
Grup Iı	-	Klinik etik danışman/konsültan	Kanada	14
Grup Iıı	**Grup III-a**	Adli bilimler uzmanı[46]	Kanada	13
	Grup III-b	Adli tıp uzmanı	Türkiye	13
Grup Iv	**Grup IV-a**	Biyomedikal mühendisi	Kanada	13
	Grup IV-b	Biyomedikal mühendisi	Türkiye	13
Toplam				**80**

Katılımcılar; Türkiye'den klinisyenler Grup I, Kanada'dan klinik etik danışmanlar Grup II, Kanada ve Türkiye'den adli bilimler ve adli tıp uzmanları Grup III ile her iki ülkeden biyomedikal mühendisleri Grup IV olmak üzere dört ana grupta sınıflandırılmıştır. Grup III ve Grup IV ise kendi arasında, Kanada "a" ve Türkiye "b" olarak üzere ülke bazında iki alt gruba ayrılmıştır. Bahsi geçen alt gruplarda katılımcı sayısının (örneklem büyüklüğü) eşit olmasına dikkat edilmiş; on üçü (13) Kanada'dan, on üçü (13) Türkiye'den olmak üzere toplam yirmi altı (26) adli bilimler ve adli tıp uzmanının yanı sıra her iki ülkeden toplam yirmi altı (26) biyomedikal mühendisiyle derinlemesine görüşme yapılmıştır. Ülke bazında da örneklem

[46] Alanyazın incelemesinde ve araştırma sürecinde Kanada'nın tıp fakültelerinde "adli tıp uzmanlığı"nın bulunmadığı ancak tıp fakültesi mezunlarının alana özel aldıkları eğitim ve sertifikalarla "adli tıp uzmanı" gibi çalıştıkları; adli psikiyatri, adli patoloji, adli nöroloji gibi alanlarda uzmanlaşarak "adli bilimler uzmanı" adıyla görev yaptıkları görülmüştür. [See: CFSF. *Canadian Society of Forensic Science*. 2022. Access: 20 July, 2022. Retrieved from: https://www.csfs.ca/what-we-do/disciplines-sections/medical/; Canada Career Guide. *How to Become a Forensic Medical Examiner (with Steps)*. 29 September, 2021. Access: 20 July, 2022, Retrieved from: https://ca.indeed.com/career-advice/finding-a-job/how-to-become-a-forensic-medical-examiner#:~:text=There%20is%20no%20exact%20medical,like%20all%20other%20medical%20doctors]

ölçütlerinin benzerliğine ek olarak örneklem büyüklüğündeki eşitlik (eş sayıda katılımcı) esas alınmış; kırkı (40) Türkiye'den, kırkı (40) Kanada'dan olmak üzere toplam seksen (80) katılımcı ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Görüşme verileri **"bugünün tıbbı"** (4.1) ve **"geleceğin tıbbı"** (4.2) olmak üzere iki başlığa ayrılarak, incelenmiştir. İhtiyaç değerlendirmesi ve durum tespitine dayalı bugünün tıbbı (Bölüm I) kapsamında klinisyen (4.1.1), klinik etik danışman (4.1.2), klinik adli danışmanlık (4.1.3) bağlamında ise Kanadalı adli bilim uzmanı (4.1.3.1) ile Türkiyeli adli tıp uzmanı (4.1.3.2) katılımcıların görüşme verileri analiz edilmiştir. Grupların bağımsız analizlerinden sonra üç grubu da sorulan ortak bir soru ile karşılaştırma yapılarak, değerlendirmeye gidilmiştir. **Geleceğin tıbbı** (Bölüm II) kapsamında biyomedikal mühendislerinin (4.2) görüşleri Kanada (4.2.1) ve Türkiye (4.2.2) düzleminde karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Görüşme dökümleri incelenirken klinisyenlere **"K"** (Türkiye**)**, klinik etik danışmanlara **"ED"** (Kanada**)**; Türkiye'den adli tıp uzmanlarına **"TAD"**, Kanada'dan adli bilimler uzmanlarına **"CAD"**, Türkiye'den biyomedikal mühendislerine **"TBM"** ve Kanada'dan biyomedikal mühendislerine "**CBM"** kodları verilmiştir.

4.1. BUGÜNÜN TIBBI KAPSAMINDA EDİNİLEN BULGULAR

Bugünün tıbbı kapsamında sırasıyla Türkiye'de görev yapan klinisyenler, Kanada'da aktif olarak danışmanlık hizmeti sunan klinik etik danışmanlar ile Kanada ve Türkiye'den adli bilimler ve adli tıp uzmanları ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşme verileri incelenmiştir. Veriler; bugünün tıbbı açısından "bağlam, ana tema, alt tema ve kod"lara ayrılarak incelenmiştir. Kodlama ise görüşme dökümlerinden doğrudan alınan ifade örnekleriyle kanıta dayalı olarak içeriklendirilmiştir. İncelenen ilk grup klinisyen katılımcılar olup, ilgili bulgular ve değerlendirmeler 4.1.1. alt başlığında sunulmuştur.

4.1.1. Klinisyenler ile Yapılan Araştırma Bulguları

Araştırmanın bu alt bölümü Türkiye'de aktif olarak görev yapan hekimlerin (klinisyenlerin) yaşadıkları etik ikilem, etiko-legal[47] ve mediko-legal (tıbbi-adli) sorunların

[47] Etik ile hukuk her olgu, durum ve koşulda birbiri ile örtüşmemekte, "Canlandırma Yapma" (*Do-Not-Resuscitate*; DNR) isteği gibi etik açıdan haklı çıkarılabilir bir talebin ulusal hukuk öğretisince meşru bulunmadığı olgu ve durumlar söz konusu olabilmektedir. Öte yandan, hastanın gizlilik ve mahremiyetini koruma, özerkliğine saygı duyma, adalet ve zarar vermeme gibi etik ile hukukun örtüştüğü noktada yer alan konu ve sorunlar da bulunmaktadır [bk. Özel KC. Etik ve etik - hukuk arasındaki ilişki 1. *TAAD,* 2018;(33):685-708]. Bu bağlamda etik ile hukukun kavşak noktasını ifade etmek amacıyla "etiko-legal" kavramı kullanılmaktadır.

neler olduğu, bu ikilem ve sorunların art alanı, nasıl çözüme kavuşturulduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Bunun yanı sıra klinisyenlerin etik ikilem/sorun ile etiko-legal ve mediko-legal sorunları birbirinden ne düzeyde ayırt edebildiklerinin; tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddia ve davalarında nasıl bir yol izlediklerinin; klinikte adli (tıbbi-adli) ve etik danışmanlığa ilişkin gereksinimlerinin ve danışmanlığın nasıl sunulması gerektiğinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

4.1.1.1. Klinisyen Katılımcıların Demografik Özellikleri

Yukarıda belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda Grup I'in katılımcıları İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan öğretim üyesi klinisyenlerden ölçüt örnekleme göre seçilmiştir. Katılımcıların uzmanlık alanları ise alanyazın incelemesine göre kliniklerde en çok yaşanan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara[48] göre belirlenmiştir. Söz konusu ölçütlere göre yedisi (7) cerrahi tıp bilimlerinden, yedisi (7) de dâhili tıp bilimlerinden (Tablo 3.1) olmak üzere toplam on dört (14) klinisyen araştırmaya dâhil edilmiştir. Grup I'i oluşturan klinisyen katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 4.2'de görülmektedir:

Tablo 4.2: Klinisyen katılımcılara ilişkin demografik bilgiler.

İlgili Tıp Bilimi	Cinsiyeti	Akademik Unvanı	Uzmanlık Alanı	Uzmanlık Alanında Deneyim Süresi	Toplam Deneyim Süresi
Cerrahi Tıp Bilimleri	Erkek	Prof. Dr.	Genel cerrahi	37 yıl	42 yıl
	Erkek	Doç. Dr.	Kadın hastalıkları ve doğum	15 yıl	21 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Beyin ve sinir cerrahisi	24 yıl	28 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Kalp ve damar cerrahisi	16 yıl	22 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Göğüs cerrahisi	23 yıl	28 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Üroloji	32 yıl	40 yıl
	Erkek	Doç. Dr.	Ortopedi ve travmatoloji	10 yıl	15 yıl
Dâhili Tıp Bilimleri	Erkek	Prof. Dr.	Acil tıp	21 yıl	28 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Yoğun bakım	25 yıl	29 yıl
	Erkek	Doç. Dr.	Enfeksiyon hastalıkları	15 yıl	20 yıl
	Erkek	Doç. Dr.	Psikiyatri	11 yıl	16 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Geriatri	16 yıl	28 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Pediatri	25 yıl	33 yıl
	Erkek	Prof. Dr.	Radyoloji	17 yıl	23 yıl

[48] Araştırmaya dâhil edilen uzmanlık alanları, Türkiye ve Kanada'dan örneklerle, kliniklerde en çok yaşanan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara göre belirlenmiştir (bk. Breslin, et al., 2005; Karlıkaya, 2007; Kadıoğlu, et al., 2011; Savaş, 2013: 82).

Görüşme formu üzerinde katılımcılara, demografik özellikleriyle ilgili soru yöneltilmemiş, katılım davetine yapılan olumlu dönüş sonrası, görüşmenin düzenlenmesi sürecinde araştırmacı tarafından katılımcıyla ilgili Tablo 4.2'de sunulan bilgiler edinilmiştir. Cinsiyet ayırımı yapılmaksızın ölçüt örnekleme göre davet gönderilen kadın klinisyenlerden olumlu bir dönüş olmaması nedeniyle sadece erkek klinisyenler çalışmada yer almıştır. Katılım daveti doktor öğretim üyesi, doçent doktor ve profesör doktorlar unvanına sahip olan klinisyenlere gönderilmiş, ancak ağırlıklı olarak (10) profesör unvanına sahip klinisyenler katılım sağlamıştır. Doçent unvanına sahip 4 katılımcımızın dışında doktor öğretim üyesi unvanına sahip klinisyenlerden yanıt alınamamıştır. Bu durum görece genç klinisyenlerin araştırmaya katılımda çekimser kaldıklarına işaret etmektedir. Ayrıca yaşanan etik ikilem, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çokluğu ve çeşitliliği ile mesleki deneyim süresi arasında pozitif korelasyon bulunması nedeniyle katılımcının çalışma yılı üzerinde durulmuştur. Buna göre, cerrahi tıp bilimlerinde hekim olarak en uzun mesleki deneyim süresinin kırk iki (42), en kısa ise on beş (15) yıl; dâhili tıp bilimlerinde ise en uzun otuz üç (33), en kısa ise on bir (11) yıl olduğu görülmektedir. Pozitif korelasyon kurularak uzmanlık alanına özel ikilem ve sorunların tespitinde ölçüt alınan uzmanlık alanı deneyimi ise cerrahi bilimlerde en uzun genel cerrahide otuz yedi (37) yıl, en kısa ortopedi ve travmatolojide on (10) yıldır. Dâhili tıp bilimlerinde en uzun yoğun bakım ve pediatri (çocuk sağlığı ve hastalıkları) alanlarında yirmi beş (25) yıl, en kısa psikiyatri alanında on bir (11) yıldır. Görüşmenin tamamından araştırmacı tarafından edinilen izlenim ve veriler sonucunda deneyim süresi arttıkça etik ikilem, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara ilişkin yaklaşımın değiştiği, mesleki deneyim süresi daha uzun olan klinisyenlerin etik ikilem ve sorunlara ilişkin daha çözüm odaklı ancak ağırlıklı olarak etiko-legal ve mediko-legal sorunlara ağırlık verdiği; gerek uzmanlık alanında gerekse toplam mesleki deneyim süresi kısa olan klinisyenlerin ise etik ikilem, etiko-legal ve mediko-legal sorunları karıştırdıkları görülmüştür. Ne var ki uzmanlık alanında geçirilen süreden bağımsız olarak katılımcıların çoğunun yakındığı ve üzerinde önemle durduğu sorunların mediko-legal sorunlar, özellikle de kendilerine ya da meslektaşlarına yönelik açılan tıbbi uygulama hatası (malpraktis) davaları ya da şikâyetleri olduğu tespit edilmiştir.

4.1.1.2. Klinisyenlerin Etik İkilem ve Sorunlarla İlgili Deneyim Bulguları

Türkiye'den klinisyenlerin yaşadıkları etik ikilem ve sorunlar, bu sorunların nedenleri ve çözümüne yönelik yaklaşımlarına ilişkin mesleki deneyim bilgileri ve düşünceleri görüşme formundaki ilk üç soru aracılığıyla saptanmıştır. İçerik açısından birbirini bütünleyen bu sorulara alınan yanıtlarla "bugünün tıbbı" kapsamında bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar

belirlenmiştir. Klinisyenlerin yaşadıkları etik ikilem ve sorunlarla ilgili sorulara verdikleri yanıtlar betimsel analiz ve içerik analizi teknikleri kullanılarak, incelenmiştir. Oluşturulan **kodlardan alt temalara, alt temalardan ana temalara, ana temalardan** da **bağlamlara** ulaşılarak, **tümevarım** yöntemiyle analiz yapılmıştır.

Katılımcılara ilk olarak *"[m]esleki uygulamalarınızda en çok yaşadığınız/tanık olduğunuz etik ikilem/sorun ya da vermekte en çok zorlandığınız karar hakkında bilgi verebilir misiniz?"*sorusu yöneltilmiş, bu soruya verilen yanıtlara göre yapılan kodlama bulguları aşağıda görüldüğü gibi belirlenmiştir. Klinisyenlerin mesleki yaşamlarında karşılaştıkları/yaşadıkları etik ikilem ve sorunlar; *"etik sorunlar", "etik ikilem", "etik ikilem ve sorunların nedenleri"* ile*"çözüme ilişkin yaklaşım ve öneriler"* bağlamlarına ayrılmıştır. Söz konusu bağlamlar arasından Tablo 4.3'te yer alan **"etik sorunlar"** bağlamında yoğunlaştıkları konular esas alınarak ***"özerkliğin ihlali", "adaletin sağlan(a)maması"*** ve ***"mahremiyetin korunam(a)ması"*** ana temaları saptanmıştır.

Tablo 4.3: "Etik sorunlar" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Özerkliğin İhlali	• Aydınlatılmış onam alamama • Hastanın kararını yok sayma • Hastanın karar verme yetisinin olmaması • Çocuk hastanın otonomisini sorunlu görme • Çocuk hastayı kendisiyle ilgili karara katmama • Hassas gruptaki hastayla ilgili kararı ailenin vermesi • İleri yaş hastanın özerkliğini yok sayma • Hekimden paternalist beklenti • Komünal sosyolojik yapı • Ataerkil aile yapısı • Hasta yakınlarının aleyhte onam vermesi • Hastaya gerçeği söyle(ye)meme	• Bilinci kapalı hasta • Geriatri hastası • Yakınların kararında uyuşmazlık • Çocuk hastada sadece anne baba kararı • Aşiret reisinin kararı • Dededinin kararı • 'Kanser, hastaya söylenmez' algısı • Sorumluluğu hekime bırakma • Kararın hasta yakını tarafından verilmesi • Riskli kararlarda kaçınma
Adaletin Sağlan(a)maması	• Kaynakların sınırlı olması • Nafile/boşuna tedavi • Hasta yakınının nafile tedavide ısrarı • Kaynakların gereksiz tüketimi • Adil olmayan yatış • Tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmaması • Ailenin düşük sosyoekonomik • Agresif tedaviye yönelme	• Yatışta ısrar • Palyatif bakımda ısrar • Paralı sağlık hizmetleri • Hastanın "müşteri" olarak görünmesi • Özel-devlet sağlık kuruluşu farklılığı • Hastaya her şeyi yapma • Ölüm gerçeğinin anlaşılamaması • Doğal ölümün reddi

Tablo 4.3 (devam)

Mahremiyetin Korunam(a)ması	• Hastayı korumak adına mahremiyete saygı hakkının ihlali • Hastalığın doğası ve koşullar nedeniyle mahremiyeti koruyamama	• Tanıyı aileye söyleme • Psikotik hastaların fiziki durumu
Çıkar Çatışması	• Hasta / hasta yakını ile hekim arasında • Hasta-hasta yakını arasında • Hasta yakınları tarafından gerçeğin saklanması	• Ücretli hizmetlerde tedavinin reddi • Klinik araştırmada hekimin çıkarı • Geriatride çocuklar arasında uyuşmazlık • İstismar ve şiddet vakalarında gerçeğin saklanması

"Etik sorunlar" bağlamında bulunan ***"özerkliğin ihlali"*** ana temasında özellikle hasta karar verme yeterliğine sahip olsa da yakınları tarafından kendisiyle ilgili kararlarda dışarıda tutulduğu görülmektedir. Katılımcılar tarafından ileri yaş ve çocuk hastalar gibi örselenebilir grupta bulunan hastaların ötesinde onkoloji ya da cerrahi hastalarında da hasta adına karar vermenin ağırlıklı olduğu vurgulanmıştır. Hasta yakınlarının bu tutumu ise komünal sosyolojik yapının uzantısı olan ataerkil aile yapısı, hastanın hastalığını öğreneceği kaygısı ve kendilerinin hasta yarına daha iyi karar verebilecekleri düşüncesi ile gerekçelendirilmiştir. Hastanın yeterli ve erişkin olmasına karşın, hekime başvurduğunda karar verme durumunda olmaması ya da karar verme yeterliğinin saptanamaması aydınlatılmış onam alınmasını engelleyen ve özerkliğin ihlali ile etik soruna yol açan bir diğer unsur olarak ifade edilmiştir. Çalışmaya katılan klinisyenlerin özerkliğin ihlali konusunda söylem örnekleri aşağıda verilmiştir:

Örselenebilir (hassas/kırılgan) grupta yer alan hastalarda kararın hasta yakını tarafından verilmesi ve hastanın karara katılmaması nedeniyle özerkliğin ihlal edilmesine ilişkin katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

K_4: "Hastanın kendi adına karar verememesi, verebilen hastada bile hastanın ailesinin ya da yakınlarının onu adına karar vermesi, yani hastalarımızın kırılgan/hassas hasta grupta olması ve ailenin yaklaşımlarıdır temel sebep."

K_5: "Genellikle geriatri hastalarında bu tür sıkıntılar yaşıyoruz, o hastalarda da akıl sağlığı yerinde olduğundan emin olmadığımız ileri yaş hastalarda yaşayabiliyoruz. Bu hastalar, çocuklarıyla bize başvuruyorlar yine de hastanın karar verme yetisine karar verecek uzman olmadığım için karşımdaki insanı hasta olarak kabul edip, onunla konuşup ameliyata dair bilgi

veriyorum. Karşımdaki insanın anlatılanları anlama ve yorumlama yetisinde sınırlılık olduğunu fark edersem eğer, çocuklarını da karara dâhil eder onlara da anlatırım."

K_{10}: "Hastalarımız çocuk oldukları için tedavi kararını aile verdiğinden ötürü sıkıntı yaşanabiliyor**.** Örneğin, biz hastanın yararı için ameliyat yapılmasını öneriyoruz ancak aile önerimizi reddediyor. Bu gibi durumlarda hem adli tıp hem de etik açıdan sıkıntı çıkabiliyor."

K_{11}: "Biz doğduğu andan itibaren çocukları düşünemez ve karar veremez olarak görüyoruz. Örneğin anne, çocuğun yerine aşı olmamasına, yiyeceği yemeğe, yiyip yememeyeceğine, çocuğun benliği yokmuş gibi hayati kararlar verebiliyor. (…) Çocuğun kendisi hakkında karar verememesine de uzuyor, çocuğun otonomisi sorunlu görünüyor."

Cerrahi ya da dâhili tıp bilimlerinden herhangi bir alanda kanser tanısı konulan hastaya, yakınlarının isteği ile gerçeğin söylenmeyerek, hastanın kendisi hakkında karar vermesinin engellenmesi ve özerkliğinin ihlaline ilişkin katılımcı görüşleri şöyledir:

K_3: "Bizde *'kanser, hastaya söylenmez'* anlayışı var ki bunun temelinde *'hasta kanser olduğunda yaşamın sonu geldi, kurtuluş umudu yok, her şey sona erdi'* gibi düşünceler var. Bu noktada da tanının hastaya açıklanmasını istemiyorlar. Oysa, Batı kültüründe tanının hastaya açıklanması esastır, bize de aydınlatılmış onam Batı'dan gelmiştir ama kanser hastalarında bu durumda sıkıntı yaşıyoruz."

Yine, hasta karar verme yeterliğinde olsa dahi ataerkil sosyolojik yapının uzantısı olarak hasta adına ailesinin, yakınlarının veya mensubu olduğu topluluğun karar vermesine dair söylemler ise aşağıda görülmektedir:

K_3: "Bizde aşiretin kararlara müdahalesi de söz konusu; hasta ve ailesi, aşiretin önde gelen kişisinin kararını esas aldığı için doktorun hastaya, ailesine ve tabii aşiretin önde gelen o kişisine de açıklaması gerekiyor. (…) Yani kollektivizm o denli içimizdeki, kararı yalnız hasta veremiyor, yeterli ve erişkin de olsa onun adına karar verenler oluyor, bu durum mahremiyet ve gizliliğin ihlali olsa da."

K_7: "Batı'da şu andaki tıp pratiğinde bireysellik hâkimdir, bizde ise durum böyle değil, bunun temelinde güven vardır."

K_9: "Aşiretler var ve hastaya dair kararda aşiret lideri çok önemli rol oynuyor. İkinci sıkıntımız da halkımızın daha ataerkil bir sosyolojik yapıda olmasından kaynaklanıyor, hastanın yerine ya kendileri karar veriyor ya da hekimin karar vermesini istiyor."

Katılımcıların yaşadıkları etik sorunlar bağlamında ***"adaletin sağlan(a)maması"*** ana teması nafile tedaviyle içeriklendirilmiştir. Buna göre, sınırlı tıbbi kaynakların ilgili tedaviden fayda görebilecek hasta yerine, hastanın ya da yakınlarının ısrarı nedeniyle kullanıldığını,

bunun da etik soruna yol açtığı ifade edilmiştir. Bunda özellikle "ölüm gerçeği"ni kabullenmeme nedeniyle nafile tedavide ısrar edilerek, terminal dönem hastalarını yaşamda tutma isteğinin etkili olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin özel ve kamu olarak ayırımı ile hizmete erişim kolaylığı ve hizmet kalitesindeki farkların sorgulanır nitelikte olduğu belirtilmiştir. İlaveten, tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanamamasının hastalar arasında ekonomik seviyeye dayalı eşitsizliğe yol açtığı ifade edilmiştir. Öte yandan hekimin, hastanın yüksek beklentilerini karşılayarak, hasta memnuniyetini sağlamak ve böylece fiziksel ve/veya psikolojik şiddet yaşamamak, etik sorunla karşılaşmamak ya da gereksiz şikâyetin öznesi olmamak amacıyla gerekmese de fazla tetkik ve tedaviye başvurduğu söylenmiştir. Böylece agresif tedaviyle hâlihazırda sınırlı olan tıbbi kaynakların gerekmediği halde tüketildiği ve adalet ilkesinin ihlal edilmek durumunda kalındığı vurgulanmıştır. Katılımcıların bu bağlamda söylem örnekleri aşağıda sunulmuştur:

K_1: "*Doğal ölüm'* dediğimiz şeyin bir anlamda doğal olmadığına dair bir kanaat yerleşmiş durumda. Bu, bizim tıbbi kararlar almamızı da zorlaştırıyor. Çünkü böyle bir beklenti karşısında yapabileceğiniz tek şey hastanın tedavi ve bakımına çılgınca saldırmak oluyor. Öte yandan kaynakların sınırlı olduğunu da düşünürsek, o hastanın yattığı yataktan fayda görecek bir hasta grubunun faydalanma olanağının da yok olmasına neden olmak gibi bir ikincil halkası da var bence."

K_{11}: "Bir diğer sorun ise kaynaklar ve kaynakların kullanımıyla ilgili. Örneğin, bir tedavi yöntemi yüzde 10 faydalı olacak ama 150 bin dolar. Bu tutarı devletin ödediğini düşünelim, bu durumda bu yüksek tutara daha başka hasta için yüksek fayda sağlanabilecek bir seçim yapılması etik ikilemdir benim için. Devletin ödemediği durum da başka bir ikilem. Ödeyebilecek durumda olan kişi bu yötemi deneyerek belki de hayatı kurtulacakken, ödeme gücü olmayan kişinin bu şansı baştan yok olacaktır."

Hastanın sırrı, gizliliği ve mahremiyetinin korunmaması beraberinde zarar verme, yararlılık ve özerkliğe saygı ilkelerinin de ihlal edilmesi anlamına gelmektedir. Çok boyutlu önemi olan bu etik kuralla ilgili olarak klinisyen katılımcıların zaman zaman sorun yaşadığı anlaşılmaktadır. Zira yapılan görüşmelerde katılımcılar, çoğunlıkla hastanın kendisini ya da üçüncü kişileri korumak amacıyla mahremiyetini ihlal etmek durumunda kaldıklarını beyan etmiştir. Ancak bu gerekçenin dışında hastanın mahremiyet ve gizliliğinin ihlal edildiği vakalar da söz konusu olabilmektedir. ***"Mahremiyetin korunam(a)ması"***nı önemli bir etik sorun olarak gören ya da ilgili alan ve koşullarla ilişkilendiren katılımcıların doğrudan ifadeleri şöyledir:

K_3: “En önemli etik problemlerden diğeri, gerçeği hastanın ailesine, yakınlarına açıklamamızdır, yeterli bir hasta bu gerçeği saklayabilir ki bu durumda hastanın mahremiyet hakkını elinden almış, hatta ihlal etmiş oluyoruz.”

K_9: “Gizlilik ve mahremiyet konusunda ise alanımız gereği hastanın ailesinin bilgilendirilmesi gerekiyor. Hastayla tek başına görüştüğünüzde ve hastada herhangi bir komplikasyon geliştiğinde ailede çok daha büyük bir yıkım ve travmaya neden olabiliyor. Yani ailenin, bunu bilmeye hakkı olduğunu düşünüyorum.”

K_{13}: “Özellikle psikotik hastaların altını kirletme, başkalarına saldırma, üzerini çıkarma gibi durumları mahremiyeti zedeleyen durum olduğu için buralarda daha hassas davranılabiliyor. Bu nedenle daha acil ve temel şeyler üzerinde duruluyor ve imkânlar dâhilinde olduğunu düşünüyorum.”

Etik açıdan sorunlu olan diğer husus ise ***“çıkar çatışması”*** olup, hasta ile yakınları ve hasta ile hekim arasında görülebilmektedir. Çıkar çatışmasının ağırlıklı olarak hastanın yararına olan bir tedavinin hasta adına karar verici kişilerin maddi ya da manevi çıkarına hizmet edecek şekilde reddedilmesi nedeniyle yaşandığı ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra özellikle özkıyım/intihar girişimi, şiddet ve istismar vakalarında hastada psikolojik ya da fiziksel travmaya yol açan etkenin açıklanmasının yakınlarına zarar verecek olması nedeniyle hekimden gizli tutulduğu bildirilmiştir. Hasta yakınlarının kendi çıkarlarını hastanın yararından ve hastaya zarar veren gerçeklikten üstün tutması çatışan çıkarların bir diğer göstergesi olarak dile getirilmiştir. Hasta yakını ile hekim arasındaki çıkar çatışmasının ise genellikle söz konsuu vakalarda hastasının yararı için hekimin gerçeğe ulaşma çabasından kaynaklandığı bildirilmiştir.

K_2: “En çok yaşadığımız sorun ikinci sıklıkta çocuk hastalarla ilgili olup, özellikle travmalarda anne-baba ile hekim arasında çıkan (çıkar) çatışmaları geliyor. Bizim hekim olarak müdahale etmemiz gerekirken çocuk hastaya izin verilmemesi ya da travmanın nedeninin yanlış aksettirilmesi geliyor. Örneğin; şiddet nedeniyle oluşan bir travmada çocuğa şiddetin -polis ve adliyeye gitme gibi nedenlerden çekinmelerinden ötürü- ortaya çıkmaması nedeniyle asıl nedenin gizlenmesi ve bizlerin bu nedeni ya müdahale sırasında ya da sonrasında öğrenmemiz.”

K_{12}: “Bir klinik araştırma yapmıyorsanız, (savunduğunuz önerdiğiniz) ilacı hastalarınızda kullanabilir misiniz? Bu sorunun etik açıdan çok boyutları olsa da ben birine değineyim, şayet hekim bu işten maddi bir kazanç sağlıyorsa, bu hareketinde bir etik sorun var demektir.”

İki ilkenin ya da değerin birbiriyle yarışması nedeniyle klinisyen katılımcıların karar vermekte zorlanmasına yol açan **"etik ikilem"** kategorisi ise "etik ilkelerin çatışması" ve "etik değerlerin çatışması" alt temalara ve ilgili kodlara Tablo 4.4'te yer verilmektedir:

Tablo 4.4: "Etik ikilem" bağlamında ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Etik ilkelerin çatışması	**1.** Yararlılık ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması **2.** Zarar vermeme ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması **3.** Mahremiyete saygı ile zarar vermeme ilkelerinin çatışması	**1.** Tedavinin reddi - Kolostomi X ameliyatı istememe - Disfonksiyon riski X ameliyatı istememe - Fertilite kaybı X yaşam kaybı riski X ameliyatı istememe **2.** Aleyhte onam **3.** HIV+ hastada eşe söylenmesi
Değerlerin çatışması	• Hekimin değerleri ile hastanın değerlerinin yarışması • Hekimin değerleri ile hasta yakınlarının değerlerinin çatışması • Hastanın değerleri ile yakınlarının değerlerin çatışması • Hasta yakınlarının kendi aralarında değerler yarıştırması	• Ciddi durumda hastanın tedaviyi • Hastanın tedaviyi reddi X ailenin tedaviyi istemesi • Hasta yakınlarının boşa tedavi ısrarı • Hasta yakınlarının tedaviyi istememesi • Hastanın çocukları arasında uyuşmazlık

Tıbbın uğraş alanında tıp etiği ilkelerden ikisinin birbiri ile çatıştığı vaka ve koşullar söz konusu olabilmektedir. Örneğin, hastanın mahremiyet ya da gizliliğinin korunmasının kendisine ya da üçüncü kişilere zarar vermesinin muhtemel olduğu bir vakada, hastanın sırrını ifşa ederek mahremiyetinin ihlal edilmesi ise zarar vermeme ilkesinin çatışması kaçınılmaz görünmektedir. Bu durumda oluşan etik ikilem klinisyenin kararını güçleştirmektedir. Zira bu tür vakalarda klinisyen hangi ilkeyi önceleyeceği, hangisini etik açıdan en haklı çıkarılabilir gerekçeyle, yani o ilkenin ihlali nedeniyle hastada oluşabilecek zararı en aza indirgeyerek, ihlal edeceği noktasında ikilem yaşamaktadır. Özellikle psikiyatri hastalıkları ile salgın ve bulaşıcı hastalıklarda klinisyenin ***"mahremiyete saygı ile zarar vermeme ilkelerinin çatışması"***ndan kaynaklanan etik ikilemi yaşadığı ifade edilmektedir. Bahsi geçen ikilemle ilgili katılımcıların söylem örnekleri aşağıda görülmektedir.

K_6: "(…) yeni tanı koyduğumuz erkek HIV pozitif, AIDS hastalarında yaşadığımız; hastayla konuşurken bir eşi, ailesi, çocukları olduğunu öğreniyoruz ve hastaya bulaş yolunu da öğreniyoruz. Dolayısıyla eşini aldatan bir erkekle karşı karşıyayız ve sağlığı nedeniyle [zarar vermemek adına] eşine de bu bilgiyi söylemek ve eşine de test yaptırmamız gerekir. (…) Bir

yanda hastanın sağlığı ve mahremiyeti var, diğer tarafta hastanın eşinin sağlığı var ve aralarındaki ilişkiden dolayı oluşan sadakat bağı var."

K_{13}: "(…) psikotik bir hasta da olsa hastanın özerkliğini, şahsiyetini ve mahremiyetini zedelememeye özen gösteriyorum; kendisine ya da çevresine zarar verebilecek durumların dışında verdiği bilgiyi de gizli tutuyor, paylaşmıyorum."

Klinisyen için etik açıdan ikileme yol açan bir diğer durum ise tıbbın ve tıp etiğinin kadim mottosu olan "*önce, zarar verme*" anlayışından hareketle hastanın özerkliğinin göz ardı edilmesidir. Bu vakalarda klinisyen, hastanın kendi bedeni ve kaderi üzerindeki karar hakkının somut ifadesi olan aydınlatma ve onam alma yükümlülüğünü de hastaya zarar vermemek adına yerine getirememektedir. Katılımcı klinisyenlerin çoğu hastaya ya da ilgili bir başkasına zarar vermemek amacıyla hastanın özerkliğine başvurmama ya da özerk kararını yok sayma ikilemini yaşadıklarını söylemişlerdir. ***"Zarar vermeme ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması"*** nedeniyle yaşadıkları ikileme dair ifade örnekleri şu şekildedir:

K_4: "(…) ciddi medikal sonuçları olan kararların hastaya açıklanması noktasında ortaya çıkıyor. Şöyle ki bu kararı hasta mental açıdan yeterli olsa da yakınları kararın durumu kötüleştirmesinden korktukları için hastaya açıklanmasını istememekte, gizli tutulması yönünde baskı yaratmakta ve hekim açısından etik sorun da bu noktada çıkmaktadır."

K_{11}: "(…) aşı ya da zehirlenme vakalarında aile istemese de kanunen hekim olarak aşıyı yapma ya da müdahale etme hakkımız var."

Katılımcıların ayrıca ya hastaya salt yararın esas olduğu ya da zarar vermeme ve yararlı olma ilkelerinin iç içe geçtiği vakalarda, hastanın bizzat tedaviyi reddetmesi veya yakınlarının aleyhte onamı nedeniyle kararda zorlandıkları anlaşılmaktadır. ***"Yararlılık ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması"***ndan kaynaklanan bu ikilemde katılımcı klinisyenlerin ağırlıklı olarak, vakanın acil olmaması, hastanın ise yeterli ve erişkin olması koşuluyla tedavi reddinde özerkliğe saygıyı önceledikleri görülmektedir. Özellikle hastanın yaşam kalitesini olumsuz ya da geri dönüşümsüz olarak etkileyecek müdahalelerde geçerli aydınlatmanın yapılıp, kararın hastaya bırakılarak, özerkliğinden yana bir seçim yapıldığı katılımcı şöyle vurgulanmaktadır:

K_5: "Yeterli bir bilinç seviyesine ulaşmış bir bireye, bilimsel ve anlatılması gereken gerçekleri anlattıktan ve onun o anlatılanları kavradığı anlaşıldıktan sonra bir hastanın/insanın kendisi hakkında karar vermesinden doğal bir şey olamaz."

K_{10}: "Bizim için en sıkıntılı olan acil olmayan vakalarda hastanın yararına değil de aleyhte karar verilip, tedavinin reddedilmesidir."

K_{12}: “Mesela mahremiyetin ortadan kalktığı kolostomi uygulamak durumunda kalacağımız vakalarda etik ikilem yaşayabiliyoruz. Düşünün; hastanın en mahrem olayı açıkta olacak, başkaları görecek, belki başkasına bağımlı olarak yaşayacak yani yaşam kalitesi çok düşecek hatta ortadan kalkacak. Ama yaşaması için de kolostomi zorunlu olacak. Bu durumu hastayla ve ailesiyle açıkça konuşup *‘hayat boyu kolostomi ile yaşayabilirsiniz’* dediğimizde hasta kabul etmeyebiliyor ama ailesi ‘*yaşasın da ne gerekiyorsa yapın’* diyor. Yine de hastaya her şeyi anlatıp, onun kararına göre hareket ediyoruz, hasta kolostomi yapılmasına direniyorsa yapmıyoruz.”

K_{14}: “Örneğin; cerrahi sonrasında radikal disfonksiyon oluşma riski yüksek olan bir cerrahide/girişimde 50 yaşındaki hasta zor karar verirken, 80 yaşındaki hasta tereddütsüz kabul edebiliyor. Öte yandan yüzde bir disfonksiyon riskini almak istemeyen hastayla da karşılaşabiliyoruz. Benim hekim olarak görevim, hastaya en yüksek faydayı sağlayacak ve inandığım tedaviyi önermek, tüm fayda ve riskleri açıklamak, hastayı aydınlattıktan sonra nihai kararı hastaya bırakmaktır.”

Yukarıdaki katılımcı söylemlerinden ülkemizde hekimlerin acil olmayan koşullarda hasta yararını önceleyen *paternalist* (babacıl) hekim anlayışının bırakılıp, hastanın ya da yakınının iradesinin esas alındığı çıkarsanabilir. Ne var ki, acil vakalarda yararlılık ile özerkliğe saygı ilkelerinin yarışması nedeniyle hekimin etik ikilem yaşamasına karşın, ağırlıklı olarak yararlı olma yönünde karar verdiği anlaşılmaktadır. Bu durumun özellikle “acil” nitelik taşıyan acil, acil çocuk ve acil elektif vakalarda yaşandığı görülmektedir. Bu tür vakalarda ikilemin nedenleri ise temelde hastanın bilincinin kapalı olması, hastalığı nedeniyle o an karar veremiyor olması, çocuk hasta olması ya da hastanın durumunun derhal tıbbi müdahaleyi gerektirmesi ile açıklanmaktadır. Yararlılık ile özerkliğe saygı duyma ilkeleri arasında yapılan seçimde hastanın durumunun ve durumun aciliyetinin belirleyiciliği olduğu aşağıdaki ifadede görülmektedir:

K_{8}: “Bizim alanımızı diğer alanlardan faklı kılan şey bizim bazen anlık karar vermemiz gerekmemizden kaynaklanıyor. (…) Örneğin; ameliyatı yumurtalık odaklı yapmaya karar verip, hastayı açıyorsunuz ama açtığınızda başka yerlerde başka sorunlar da görebiliyorsunuz. O sorunları, o an gidermek için ve hastayı ikinci kez ameliyat etmenin de riskli olduğu için yapabiliyorsunuz. Aslında bu risklerden ameliyat öncesi hastaya bahsediyorsunuz ama hastaların çoğu bu konuda onam vermek istemiyorlar. Bu durumda yakını olan birinden onam alınarak, daha radikal ameliyatlar yapılabiliyor.”

Etik ikileme yol açan bir diğer unsur ***“değerlerin çatışması”*** olup, bu durumun sadece hasta-hekim arasında değil, aynı zamanda hekim-hasta yakını, hasta-hasta yakını, hasta-toplum

ve hasta yakınlarının kendi aralarında da yaşanabileceği yapılan görüşmelerden belirlenmiştir. Değerlerin çatışması; öncelikle hasta ve hekimin farklı niteliklere sahip iki ayrı birey olmasıyla temellendirilmekte, kişilerarası bu farklılık diğer tüm kişilerarası çatışmalarda da geçerli kılınabilmektedir. Değer çatışmasının esas kaynağı ise klinisyen katılımcı tarafından şu şekilde dile getirilmektedir:

K_{14}: "Karşılaştığım etik ikilem/sorunlar da elbette söz konusudur bunda hem her hastanın biricik ve tek olarak kendine özgü sosyal ve mesleki kimliğinin olması hem de kanıksanmış yanlışlarla hekime başvurmasıdır. Bu durumun katman katman olduğunu düşündüğümüzde hekimin de kendine has mesleki, sosyal ve bireysel kimliği olduğunu kabul edebiliriz. Hal böyle iken, değerlerin bir noktada çatışmaması pek olası görünmüyor."

Öte yandan özellikle hekimin "iyi(lik)severlik" ve "sorumluluk" değerlerinin, hasta yakının bireysel değerleri ile çatıştığı da ifade edilmektedir:

K_{10}: "Mesela hastada kalça çıkığı var ve ameliyat edilmesi gerekiyor ama dedesi istemiyor; 'kırık çıkıkçıya götürelim' diyor. Anne ve baba, çocuklarının ameliyat edilmesini istese de dedenin sözünü dinleyip, onun kararına göre karar veriyordu. Biz de dedeyi çağırdık, dedeyle görüştük, çocuğun tedavi olursa neler olabileceği ve olmazsa neler olabileceğini anlattık. Dede ikna oldu ve ameliyatı yaptık. Ama aşamalı bir vakaydı ve süreç gerektiriyordu, ameliyat sonrası hastanın bir süre cihaz giyinmesi gerekiyordu ve dede, cihazı giyinmesine izin vermedi."

K_{11}: "Örneğin; [hastaya] kemoterapi uygulamam gerekiyor ama aile reddediyor. Bunun için hekim olarak kanunen kendimi koruma altına alabilirim ama insan olarak da bir şey yapmam gerekiyor hastama faydalı olduğu halde kanunen ailenin kararı geçerli olduğu için bir şey yapamıyorum."

Hekimin değerleri ile ilişkili olmayıp, hasta yakınlarının değer farklarından ötürü karara ilişkin uyuşmazlıklar da klinikte yaşanmaktadır. Hasta yakınlarının kendi aralarındaki değer ve görüş farkının hekim tarafında dolaylı olarak etik açıdan ikileme yol açtığı katılımcı tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

K_4: "Hastanın yeterli olmadığı ya da şuurunun yerinde olmadığı durumlarda yakınları ile tedaviyi planlamak durumunda kalmaktayız. Ancak bu durumda da hasta yakınları özellikle de çocukları arasında karara ilişkin uyuşmazlık çıkmakta, biz de hekim olarak bu noktada zorlanmaktayız. Örneğin; hastanın üç çocuğu var, ikisi tıbbi müdahalenin yapılmasını istemekte, birisi ise istememektedir ki bu durumla özellikle palyatif bakımda karşılaşmaktayız."

Yukarıda ayrıntılı olarak incelenen katılımcıların klinikte ağırlıklı olarak karşılaştıkları etik ikilem ve sorunların nedenleri de klinisyenler yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen veriler ışığında söylem örnekleri ile ele alınmıştır. Katılımcıların, yöneltilen *"[s]izce, yaşanan etik ikilem/sorunun ya da karardaki zorluğun temel nedeni ne olabilir?"* sorusuna verdikleri yanıtlar, analizde de "niçin" sorusunun yanıtı olduğu için içerik analizi yapılarak, Tablo 4.5'te yer alan bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiştir.

Tablo 4.5: "Etik ikilem ve sorunların nedenleri" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
İletişim Sorunları	• Hasta-hekim arasındaki iletişim sorunları • Hekimlerin insanla temastan kaçınması • İnsan ilişkilerinde insani temelin kaybolması • Sağlık sisteminin hastaya vakit ayırmayı önlemesi • Servislerin yetersiz fiziki koşullarının etkili iletişimi engellemesi • Sağlık çalışanları arasında iletişim sorunu	• Hastanın, hekimi dinlememesi • Hekimin anlaşılmaması • Hastanın kanıksanmış yanlış bilgiyle hekime başvurması • Hasta/yakınının sosyokültürel seviyesinin düşük olması • Hastanın kendi koyduğu tanıyı onaylatma isteği • Hastanın, hekimin bilgisini sorgulaması • İletişimin yeterli olmaması • Asistan hekimin iletişimi yönetememesi • 5 dakikada hasta görme • Meslek içi iletişim sorunları
Beklenti-Gerçeklik Uyuşmazlığı	• Gerçek dışı beklentilerle başvurma • Hekimin her şeye hâkim olabileceği düşüncesi • Hekimin tüm sorunları çözebileceği algısı • Sağlık okuryazarlığının düşük olması	• Hasta ve hasta yakınlarının yüksek beklentisi • Hekimden mucize bekleme • Beklenti – Realite – Algı sorunu • Tıbbın doğal konumunda bozulma • Acil servisin ne demek olduğunu bilmeme
Tıpta Paradigma Değişikliği	• Tıbbın değerlerinin değişmesi • Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi • Tıpta kaynakların sınırlı olması • Endüstriyel tıp • Defansif tıp • Yaşam kalitesi	• İnsani ilişkiden uzaklaşma • Sağlığın paralı olması • Hekim otoritesinde değişme • Hastanın "müşteri" olarak görünmesi • Hastanın patrona dönüşmesi • Mekanikleşme • Agresif tedavi • Tedavi ve bakıma çılgınca saldırma • Yaşam kalitesinin önem kazanması
Sorumluluk Yükleme	• Sorumluluğun paylaşılmaması • Komplikasyonlardan hekimin sorumlu tutulması • Riskli hastalarda kararın hekime bırakılması • Paternalist beklenti • Hekimin tüm sorunların kaynağı görülmesi	• Ailenin riskli karalardan kaçınması • Fetüse dair her şeyi görememe • Operasyon sırasında görünen sorunlar • Öngörülemeyen sonuçlardan hekimin suçlanması • Tüm yükün hekimde olması • Sistem kaynaklı sorunları hekime atfetme • Vaka kaynaklı zorluk ve belirsizlikler • Fiziksel koşulların yetersizliği

Klinisyen katılımcıların yaşadıkları **"etik ikilem ve sorunların nedenleri"** bağlamında *"iletişim sorunları", "beklenti-gerçeklik uyuşmazlığı", "tıpta paradigma değişikliği"* ve özellikle yaşanan olumsuzluklardan klinisyenin sorumlu tutulması bağlamında *"sorumluluk yükleme"* ana temaları saptanmıştır.

Etik ikilem ve sorunlara kaynaklık eden ve kendi içinde de başat sorunlardan biri olan **"iletişim sorunları"** katılımcıların çoğu tarafından ifade edilmiştir. İletişim sorunlarının nedenlerini ise hekim açısından hastayı anlamama ve özellikle genç hekimlerin iletişimi bilmeyip, etkili yönetememesi ile açıklamışlardır. Hasta açısından hasta ve yakınlarının sosyokültürel düzey ve eğitim farkı, dinlemeyi bilmemeleri, hekimi anlamamaları, yerleşik yanlış algı ve bilgiyle hekime başvurmaları, internetten yanlış bilgi edinerek hekimin bilgisini sorgulamaları ile temellendirmişlerdir. Bunun yanı sıra gerek hizmet verilen polikliniğin/kliniğin fiziki koşullarının yetersiz olması, gerekse bir hastaya 5 dakika gibi etkili ve sağlıklı iletişim kurulmasına olanak vermeyen sağlık sistemi iletişim sorunlarının nedenleri arasında sıralanmıştır. Oysa hastayı tanıma, değerlerini anlama, doğru tanı koyma ve uzantısı olarak doğru tedaviye yönelmenin ilk adımı olan iletişim hatalı olması ya da gereğince kurulamaması yanlış tanı, hatalı tedavi, hastanın değerlerini anlayamama, hastayı tanıyamama, hastanın/yakınının şiddetine maruz kalma ve hastayla güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi kuramama gibi birçok sorunun da beraberinde getirmektedir. İletişim sorunlarını etik ikilem ve sorunların kaynağı olarak da değerlendiren katılımcı söylemleri aşağıda yer almaktadır:

K_3: "Etik sorunlar; hasta-hasta yakınları ve hekim arasındaki iletişim sorunları, hastaya gerçeğin söylenememesi, erişkin ve yeterli hasta yerine tedaviye ailesinin ya da yakınlarının karar vermesinden kaynaklanıyor."

Özeleştiri yaparak, iletişim sorunlarının kaynağı olarak hekime özellikle de hasta-hekim ilişkisinde ve iletişiminde deneyim sahibi olmayıp, etkili iletişim yöntemlerini bilmeyen ya da hasta kaynaklı iletişim hatalarını yönetemeyen asistan hekimlere işaret eden katılımcılar şunları söylemişlerdir:

K_2: "(…) iletişim sorunları da özellikle hekimliğe yeni başlamış meslektaşlarımızla hasta ve/veya yakınları arasında çıkıyor."

K_{11}: "Hekim açısından baktığımızda etik soruna yol açan bir diğer nokta ise iletişim hatalarıdır. Biz doktorlar olarak iletişim kuramıyoruz, ikna edemiyoruz ve hastayı anlayamıyoruz."

K_{14}: “Etik ikilem ve sorunların temelinde aslında iletişim sorunlarının yattığını düşünüyorum. Gözlemlediğim kadarıyla burada etik ikilem/sorunlar deneyimli hekimlerden çok asistan hekimlerle yaşanıyor ki bunun nedeninin asistan hekimlerin her bireyin farklı kimlikleri ve her vakanın biricik olması noktasında hastaya daha sert ve empatiden uzak yaklaşımları olduğunu düşünüyorum.”

İletişim sorunlarında hastaların sosyokültürel ve eğitim düzeyinin belirleyici olduğuna da dikkat çekilmiştir. Zira bu düzey ile iletişim sorunu yaşama arasında negatif ilişki bulunup, düzey arttıkça hastanın kendini ifade etmesi, hekimi anlaması ve anlaşılırlık da artmakta; azaldığında ise azalıp iletişimde sıkıntılara yol açmaktadır. Bu husus katılımcılar tarafından şu şekilde dile getirilmiştir:

K_9: “Etik sorun yaşadığımız hastalarda öncelikle iletişimin yeterli olmaması, ailenin sosyokültürel seviyesi, bilgi seviyesi etkili oluyor. Çünkü tanıyı ve/veya tedavi önerinizi anlatıyorsunuz ama hasta ya da aile anlattığınız şeyi anlamıyor ki karar verici olan da aile.”

K_2: “(…) etik sorunların temelinde hasta ve hasta yakınlarının beklentisinin yüksek olması, hasta-hekim arasındaki iletişim sorunları ve hastaların yanlış bilgi edinerek gelip hekimin bilgisini sorgulamaları bulunuyor.”

İletişimde soruna yol açan bir diğer unsurun da hastaların/yakınlarının ya sosyal çevrelerinden edindikleri yanlış bilgi ve algının ya da güvenilir bilgi kaynağı olmayan internetten araştırıp edindikleri gerçekle örtüşmeyen bilginin bulunduğu ifade edilmiştir. Bu noktada katılımcıların üzerinde durduğu nokta ise hastaların edindikleri bu bilgilerle hekimin bilgisini sorgulaması veya kendi tanılarını koyup, koydukları “tanıyı onaylatma ve tedavi” isteğine yönelik tavırlarıdır. Bununla ilgili katılımcı ifadeleri aşağıda görülmektedir:

K_4: “(…) internet gibi iletişim kanallarından bilgi edinip gelen hasta ve yakınları da oluyor ve bazen gerekli olmayan tetkikleri isteyebiliyor.”

K_7: “Hastalar artık semptomlarını internette araştırıp, bilgilenip geliyorlar. İnsanların internetten bilgi edinmeleri yanlış olmayabilir bence çünkü insan her zaman doğruya/ışığa yönelir ve ulaşmak ister. Ancak internetin en büyük sorunu yanlış bilgiyi de aktarması ve yanlış bilginin de bilgi kirliliği oluşturabilmesidir.”

K_{14}: “(…) internetten edindiği bilgiyle kendisine tanı koyan ve size tanıyı onaylatarak, tedavi için gelen hasta grubudur. İletişim sorunlarının yaşandığı ya da benim zorlandığım hasta grubu ise bu gruptur çünkü bu grup zaten bilgi sahibi olduğunu düşünerek hekimi

dinlememekte, o an zihninde size soru hazırlamakta ya da aklındakileri düşünmekte ve kelimeleri kendi istediği gibi yorumlamaktadır."

Kaynağının hasta ya da hekim olmasının ötesinde hasta ve/veya hasta yakınları ile yaşanan iletişim sorunlarının ötesinde sağlık çalışanlarının kendi aralarında yaşadıkları önemli derecede iletişim sorunlarının bulunduğuna şu şekilde dikkat çekilmiştir:

K_1: "Bence en önemli unsurlardan biri de hasta-hasta yakını cephesi ile sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunu. Ciddi bir iletişim problemi var ki bence en ciddi iletişim problemlerinden biri de meslek içi iletişim; hekim-hekim, hekim-hemşire, hekim-diğer sağlık çalışanları arasında yaşanan ciddi derecedeki iletişim sorunu söz konusu."

Hastayla kurulacak olan iletişimin etkili ve işlevsel olmasının belirli bir süre gerektirmesi ancak "performansa dayalı" sağlık sisteminde daha fazla sayıda hasta görmek amacıyla her bir hastaya çok kısa vakitler ayrılması doğru iletişimin önünde bir engel ve iletişim sorununun da bir nedeni olarak değerlendirilmektedir. İletişim sorununu ayrıca hekime yönelik şiddetin kaynağı olarak öne süren katılımcı söylemi aşağıda yer almaktadır:

K_5: "Türkiye'de sağlık çalışanına şiddetin de altında böyle bir durum, bu neden yatıyor bence; iletişimsizlik. (…) 5 dakikada bir hasta görmek iletişimi ortadan kaldırabilir. Özel sağlık kurumda da hekimler, hastalarla hasta kaybetmemek için de açık ve tüm olumsuzlukları içerecek şekilde de konuşamayabiliyor."

Katılımcı söylemlerinden anlaşılacağı üzere iletişim sorunları etik açıdan yaşanılan sorunların da önemli bir nedeni olup, ağırlıklı olarak hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanmaktadır. Ancak bu sorunun bir diğer kaynağı olarak hekim de dışarıda bırakılmamakta; hastayla "güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi" kurabilmek için doğru iletişim tekniklerini bilip kullanmak, vakit ayırarak hasta kaynaklı iletişim hatalarını bertaraf edebilmek ya da iyi yönetebilmek, hekim olarak anlaşılmak ve hastayı anlamaktan hekim sorumlu tutulmaktadır. Bahsi geçen becerilerin iletişim sorunlarına mahal vermemenin yanı sıra "iyi hekimlik" için de gerekli olduğu klinisyenler tarafından ihsas edilmektedir. Zira hastasıyla iletişim sorunu ve etik sorun yaşamamalarının nedenini esas olarak hastayla etkili iletişim kurabilmeleri ile temellendirmektedir.

Etik ikilem/soruların nedenlerinden birinin iletişim sorunları/hataları olduğuna ve iyi iletişimle hem bu sorunların önüne geçildiğine hem de iyi hekimlik için doğru iletişim önemine değinen klinisyen katılımcıların dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır:

Tablo 4.6: Klinik uygulamalarda iletişimin önemine değinen klinisyenlerin dağılımı.

Değinme Şekli	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14
Doğrudan Değinen	+	+	+	+	+				+		+			+
Dolaylı Değinen	+		+	+	+	+	+		+					+

Yukarıdaki tablodan da görüldüğü üzere ön dört klinisyen katılımcıların çoğunluğu (10) klinik uygulamalarda karşılaşılan etik ikilem ve sorunların önemli bir nedeninin hasta ya da hekim kökenli iletişim hataları olduğunu belirtmişlerdir. Bu on katılımcı arasında mesleki uygulamalarında etik ikilem ya da sorun yaşamama nedenini hastaları ile kurdukları doğru iletişimle gerekçelendirerek, iletişimin önemine dolaylı olarak değinenler de bulunmaktadır. Ancak katılımcıların küçük bir kısmının, dördü, klinikte iletişime doğrudan ya da dolaylı olarak değinmediği görülmektedir.

Yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcılar yaşanan etik ikilem ve sorunların diğer bir nedenine dayanak olarak hasta/hasta yakınlarının yüksek ya da mevcut koşullarla örtüşmeyen beklentilerini göstermişlerdir. ***"Beklenti-gerçeklik uyuşmazlığı"*** ana teması kapsamında özellikle *"hasta ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri", "hekimden mucize bekleme", "beklenti-realite-algı sorunu"* ve *"acil servisin ne demek olduğunu bilmeme"* kodları vurgulanmıştır. Bu bağlamda hastaların ve hasta yakınlarının hastalığın doğasını, başvurdukları kurumun fiziki durumunu ve sağlık sisteminin koşullarını dışlayarak ya da bilmeyerek hekimden idealize ettikleri bir hizmet ve sonuç bekledikleri anlaşılmaktadır. Bu durum ise hem hekime ve sağlık hizmetine yüklenen değer hem de "sağlık okuryazarlığı"nın yeterince olmaması ile ilişkilendirilmektedir. Dolayısıyla *"gerçek dışı beklentilerle başvurma", "hekimin her şeye hâkim olabileceği düşüncesi", "hekimin tüm sorunları çözebileceği algısı"* ve *"sağlık okuryazarlığının düşük olması"* da alt temaları oluşturmaktadır.

Klinikte hastanın beklentileri ile gerçekliğin uyuşmaması nedeniyle etik soruna yol açan alt temaya ilişkin katılımcıların ifade örnekleri aşağıda sunulmuştur:

K_1: "Benim özellikle son yıllarda en çok zorlandığım; beklenti-realite-algı sorununun iç içe geçmiş olması ve dengesinin bozulmasıdır."

K_2: "sorunların (…) temelinde acil servisten beklentinin yüksek olması ve acil servisin ne anlam ifade ettiğinin bilinmemesi yatıyor. (…) Gelişmiş ülkelerde sağlık okuryazarlığı

yüksek olduğu için acil servisin ne demek olduğunu, koşullarını, hekimin durumunu, kendi durumunu biliyor ve gereksiz beklentiye girmiyor."

K_8: "Minor anomaliler olabiliyor çoğu kez, majör anomalileri hekim çoğu zaman fark etse de her zaman yüzden 100 fark etmeyebildiği durumlar olabiliyor bunun en fazla olduğu yer de kalp. Yani ebeveyn tanıyla ilgili yüzde 100 beklenti içerisinde oluyor. Ama hekimin bu yüksek beklentiyi karşılaması her zaman mümkün olmayabiliyor."

Bugünün tıbbında etik ikilem/sorunlara yol açarak, hekimi klinik uygulamalarında etik açıdan zorlayan etkenler arasında ***"tıpta paradigma değişikliği"*** olup, bu durum esasen tıbbın "endüstriyel" mahiyet edinmesiyle değerlerinin farklı bir boyuta evrilmesine işaret etmektedir. Bu ana temaya *"tıbbın değerlerinin değişmesi", "sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi", "tıpta kaynakların sınırlı olması", "endüstriyel tıp"* ve *"defansif tıp"* alt temaları ile içerik kazandırılmıştır. Zira bahsi geçen alt temalar; tıpta sağlık hizmetlerinde biyomedikal teknolojilerin ağırlığını hissettirmeye başlamasıyla "mekanikleşme"ye gidildiği, böylece insan-insan ilişkisinden uzaklaşıldığı, hekimin tıbbi bilgiye "hâkim" bilen kişiden kaynaklı otoritesinin "teknoloji uygulayıcısı"na dönüşerek değiştiğine ilişkin katılımcı söylemleriyle belirlenmiştir. Bu söylemler arasından ayrıca sağlık hizmetlerinde "maddi gücün" belirleyici olması nedeniyle hekim nezdinde hastanın "müşteri ve patron" olarak görülmesi, "müşteri" ile sorun yaşamamak ve kendini korumak ("defansif tıp") adına gerekmese de "tedavi ve bakıma çılgınca" sarılması yapılan kodlamada belirleyici olmuştur. Tıpta paradigma değişikliğine götüren bir diğer hususun ise yaklaşım değişikliği olduğu; geçmişte tıbbi kararda hastanın yararı esas alınırken, günümüz tıbbında ibrenin hastanın özerkliği ve yaşam kalitesine yöneldiği belirtilmiştir. Aşağıda sunulan alıntılar klinisyenlerin bu ana temaya ilişkin söylemlerine örnek teşkil etmektedir:

K_1: İnsani temastan kopuş söz konusu. Hekimler konuşmaktan çekiniyor, gerektiği gibi davranmaktan çekiniyor, iyice mekanik bir hal almaya başladılar. (…) tıbbın doğal konumu bozuldu ve endüstriyel tıp kavramına dönüşmeye başladı. Biz, insanlara hasta değil de 'müşteri' gözüyle bakmaya itildiğimiz anda bizim tüm değerlerimiz bozuldu. (…) bir anda karşımıza hasta değil de 'müşteri' olduğu ve bu *'müşterinin memnun edilmesi gerektiği'* gibi bir paradigma değişikliği sunuldu. Bu, ciddi bir değişiklik ve karşıdakine de yani 'müşteri' olarak nitelendirilen hastada da *'artık patron sensin, sen ne dersen o olur'* düşüncesi oluşturuldu."

K7: "İnsanların tıbba ve sağlığa karşı algısı 1990'lı yıllardan bu yana dönem dönem değişti ve değişiyor. Bunun temel nedenlerinden biri sağlık hizmetlerinin paralı olmaya başlamasıdır."

K9: "(…) hekim her zaman kaygı taşıyarak karar veriyor. Olgunun, adli tıp boyutu olabilir, cezai boyutu olabilir, hepsini bir kenara bırakırsak bu noktada artık hekim defansif karara gidiyor ki artık tıp da defansif tıp."

Yukarıda verilen katılımcı söylemlerinin yanı sıra bugünün tıbbında değerleri dönüştüğüne kanıt teşkil eden bir diğer etkenin de hastanın yaşam kalitesi olduğu ileri sürülmüştür. Zira söylemlerden anlaşılan, geçmişin tıbbında hastaya zarar vermemek ve yararlı olmak üzerinden karar verilirken, günümüz tıbbında hastanın yaşamının biyopsikososyal boyutunda etkili olacak **"yaşam kalitesi"** belirleyicilik göstermektedir. Bu doğrultuda dile getirilen katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

K7: (…) yaşam kalitesi hem hekim hem de hastalar açısından önemli olmaya başladı. 1990'lı yıllarda yüz felciyle sonuçlanan ameliyatlar ya da kararlar %75 oranında kabul edilebilir iken, günümüzde kabul edilebilir değildir. Zira hastalar (…) yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumları kabul etmemeye başladı. Bu anlayış bile tam olarak bizim pratiğimizi değiştirdi ve yaşam kalitesi hekim ve hastalar arasında gereklilik oldu."

K14: "Hekim olarak görevimiz, hastaya en iyi tedaviyi önermektir bunu önerirken de öncelikle nesnel parametreleri esas alırım. (…) Üçüncü parametrem ise ki hasta yakınları da bunu önemsiyor hastanın yaşam kalitesidir. Diğer bir ifadeyle 50 yaşındaki hasta ile 80 yaşındaki hastaya aynı kararı vermeyebilişimizdir."

Yaşam kalitesi hastanın psikososyal boyutunun da dikkate alınarak, bütüncül (*holistik*) değerlendirmesinde önem olup, tıpta olumlu anlamda değer değiştiren unsurlardan biri olarak değerlendirilebilir. Zira hastanın gelecekte nasıl bir yaşam süreceğine kararda yer verilmesi insan onuru açısından da değerli görülebilir. Ancak yaşam kalitesinin dolaylı olarak etik ikileme yol açabilecek boyutu ise hastanın yaşam kalitesini önceleyerek, yararlı olabilecek bir müdaheleyi reddetmesi ve hekimin yararlılık ile özerkliğe saygı ilkeleri arasında kalması olarak görülmektedir.

Klinisyen katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerde etik ikilem/soruna kaynaklık eden nedenler arasında ***"sorumluluk yükleme"*** ana teması da öne çıkmıştır. Bu ana temaya ise *"ailenin riskli karalardan kaçınması", "vaka kaynaklı zorluk ve belirsizlikler", "vakada öngörülemeyen sonuçlarda hekimin suçlanması", opere edilen vakalarda "operasyon*

sırasında görünen sorunlar", "fetüsle ilgili her şeyi görememe", "sistemin kaynaklı sorunları hekime atfetme" ve *"tüm yükün hekimde olması"* kodları ile temellendirilmiştir. Zira bahsi geçen kodlardan riskli vakalarda hasta ya da yakınının sorumluluktan kaçınarak, paternalist anlayışla, kararı hekimin vermesi dolayısıyla olumsuz sonuçta sorumluluğu hekimin alması yaklaşımı ağırlık göstermektedir. Bu şekilde ayrıca sorumluluk taraflar arasında paylaşılmamakta, olumsuz sonucun yegane sorumlusu hekim olmaktadır. Yakınılan bir diğer husus ise hastalığın doğası gereği hekim kaynaklı olmsa da öngörülemeyen olumsuz sonuçların yanı sıra öngörülebilen risklerinin olması ve hastayla paylaşılmasına karşın, tüm olumsuzlukların hekime atfedilmesidir. Klinikte yaşanan olumsuzlukların hekime yüklenerek, sorumlu tutulmasını aşağıdaki gibi ifade etmişlerdir:

K_1: "(…) hekimler ve sağlık çalışanları, sağlık sisteminin yükünü üzerinde taşıyor ve ara yüz olarak hizmet alıcılarının karşısına çıkıyor. Hizmet alıcıları da ilgili sıkıntılarını onlara yansıtıyor."

K_5: "Çok sık gördüğümüz bir şey, (…), sonuç başarılı olunca herhangi bir sorun yaşanmıyor, hasta hayatta kalıp iyi olduğu sürece ne yaparsanız yapın sorun olmuyor. Ama sonuç bazen başarılı olamayınca ya da hastanın hayatta kalma riski üzerine konuşunca, özellikle ileri yaş ya da genç olup 18 yaş altında olan hastalarda reşit olmayan birinin ameliyatıyla ilgili sorun yaşanabiliyor."

K_9: "Başarı hiçbir zaman sorgulanmaz ama işlemin sonucunda bir sıkıntı yaşarsanız hem siz hem de hasta ve yakını sorgular. Hasta yakını gibi hekim de ikileme düşebilir çünkü tıbbın sadece bilim olmayıp, bir tarafıyla da sanat olması yani kişisel beceriler, yeterlilikler, klinik pratiğinizdeki deneyim, hastanın özellikleri, karar verme yetisi gibi birçok unsur etkilidir."

Katılımcılardan bir kısmı ağılıklı olarak cerrahi hastalarında "vaka kaynaklı zorluk ve belirsizlikler"in karar aşamasında hekimi etik açıdan zorladığı, sonucunda ise özellikle özerkliğe saygı ilkesi bağlamında etik açıdan sıkıntı yaşayabildiklerini söylemiştir. Mesleki ve etik açıdan zor kararlarlar sonucunda sorumluluğun klinisyene yüklendiğine, ve etik (ve medikolegal) sorunla karşılaşabildiklerine dikkat çekmiştir. Vakanın doğasının ve zorluğunun göz ardı edildiği bu tür vakalarda hekimi zorlandığına ve sorumlu kılındığına dair katılımcı söylemlerine aşağıda yer verilmektedir:

K_5: "Bazen ameliyat sırasında beklenmedik bir durumla karşı karşıya kalıyorsunuz; hekimin önünde iki seçenek var ya beklemek ya da hemen söylemek. İlkinde 'biraz uğraşsam

halledebilirim' düşüncesiyle hareket eder ama uğraştıkça dağılmakta olan bir vücut, çorap söküğü gibi olumsuz giden bir durum oluşabilir. Zamanında haber verilmediği durumda, o durum hasta yakınında büyük bir hayal kırıklığına yol açabilir."

K_8: "Doktor, bebeğin ne kadar iyi/sağlıklı olduğunu söylese de nihayetinde karanlık bir yerdeki bebekle ilgili ultrasondan edindiğimiz verilerle tanı koymaya çalışıyoruz. Ama bu tanı koymak her zaman mümkün değil, yani problemlerin/anomalilerin yaklaşık yüzde 60-70 belki daha fazlasını bizim görmemiz mümkün değil."

Zor ve riskli valarda tedavi kararlarında hastanın ya da hasta yakınlarının nihai kararı hekime bırakılıp, sonuçtan da hekimi sorumlu kılma yaklaşımlarına ilişkin katılımcı söylemine aşağıda yer verilmektedir:

K_{10}: "Hastalarımın yarısından fazlası ağır engelleri (…) tedavisi zor, komplikasyonlara açık vakalar oldukları için zaten zor karar verilen tedaviler önermek durumunda kalıyoruz, bununla ilgili zorluklar yaşıyoruz. Genelde aile, kararı bize bırakır, *'hocam, siz neyi uygun görürseniz yapın'* derler ama kararı ortak verip, paylaşımına gideriz."

Fiziksel koşulların yeterli olmayışı nedeniyle hekimin mesleki ve etik açıdan zorlandığı, yaşanması olası olumsuz sonuçtan yine hekimin sorumlu tutulduğu da şu ifadeden anlaşılmaktadır:

K_{13}: "(…) en çok zorlandığım durum yatışı yapılması gereken hastaları kapasite sıkıntıların dolayı yatıramamaktır ki meslektaşlarımın da en çok bu konuda zorlandığına tanıklık etmişimdir. Servislerde yeterince yer yok dolayısıyla acile geliyor hasta, kendisi için de çevresi için de tehlikeli, yatırılması gerekiyor."

Klinisyen katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda klinik uygulamalarında çeşitli etik ikilem ve sorunlarla karşılatıkları, bunların nedenlerini de iletişim sorunları başta olmak üzere tıpta paradigmanın değişmesi, hastaların gerçeklikle uyuşmayan yüksek beklentileri ve her olumsuz ya da zorlukta hekime sorumluluk yüklemeleri ile temellendirdikleri görülmüştür.

Yukarıda ayrıntılı olarak incelenen bu etik ikilem ve sorunların çözümüne ilişkin yaklaşımları da klinik etik danışmanlığa duyulan gereksinimi ortaya koymak amacıyla önem arz etmektedir. Bu nedenle katılımcılara *"[e]tik ikilem/sorun yaşadığınızda ya da zorlandığınız bir karar aşamasında çözüm için nasıl bir yol izlediniz/izliyorsunuz? Etik ikilem/sorun yaşamamak ya da verdiğiniz kararın etik açıdan haklı çıkarılabilir olması adına nelere dikkat*

ediyorsunuz?" sorusu yöneltilmiştir. Bu soruya verdikleri yanıtlar doğrultusunda çözümde nasıl bir yaklaşım sergiledikleri, bağlantılı olarak da klinikte etiğe ne derece önem atfettikleri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Klinisyen katılımcıların karşılaştıkları etik ikilem ve sorunların çözümünde nasıl bir yol izlediklerine ve önerilerine ilişkin yanıtlarından saptanan kategori, ana tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.7'de yer verilmektedir:

Tablo 4.7: "Çözüme ilişkin yaklaşım ve öneriler" bağlamındaki bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Çözüm Yolları	• **Klinisyenin bireysel çabası** - Etkili/doğru iletişim - Klinik sezi (*sens clinique*) - Yararlı olma • **Harici destek** - Konsey - Konsültasyon - İdare desteği - Güvenlik güçleri desteği • **Yasal koruma** - Tedavi red formu - Özerkliğe saygı	• Psikiyatri konsültasyonu • Konseye başvurma • Klinik sezi (*clincical sense*) • İdareye başvurma • Tedavi red formu alma • Sorumlu hekimi değiştirme • Durumu anlaşılır ve açık şekilde tekrar anlatma • İletişimde asimetriyi azaltma • Sükûneti ve doğru dili kullanmayı bilme • Empati kurma • Hayat kurtarma-Prensibi sade düşünme • Hastay fayda sağlama • Kararı hastanın vermesini sağlama • Güvenliğe/polise başvurma
Öneriler	• Klinik etik eğitimi • Etkili/doğru iletişim teknikleri eğitimi • Değer temelli hasta-hekim ilişkisi	• Tıp etiği eğitimi • Psikiyatri etiği eğitimi • Değer temelli yaklaşımın benimsenmesi • Simetrik iletişim kurma • Empati kurma

Edinilen bulgulardan hareketle klinikte etik ikilem/sorun yaşandığında ya klinisyenin iletişim becerileri ve klinik sezi gibi bireysel yetilerine bağlı çabasıyla ya da psikiyatri konsültasyonu, konsey kararı, idare desteği ve hastane güvenliğine/polisine başvurma gibi dışarıdan destekle çözüm yolu arandığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların etik ikilem/sorun yaşadıklarında ya da mesleki ve etik açıdan zorlandıkları kararlarda aradıkları ***"çözüm yolları"*** ana teması kapsamında temelde ***"klinisyenin bireysel çabası", "hârici destek"*** ve ***"yasal koruma"*** alt temaları altında sınıflandırılmıştır. Bahse konu temalar ise *"psikiyatri konsültasyonu", "konseye başvuru", "klinik sezi (clincical sense)", "idareye başvuru, "tedavi red formu alma", "sorumlu hekimi değiştirme", "durumu anlaşılır ve açık şekilde tekrar*

anlatma", "prensibi sadeleştirme", "kararı hastanın vermesini sağlama" ve *"güvenliğe/polise başvurma"* kodları ile belirlenmiştir.

Yapılan görüşmelerden klinisyenlerin başlangıçta bireysel bilgi ve becerileri ile ikilemi/sorunu çözmeye çalıştıkları, çözemediklerinde ise ya hastayı korumak ya da sorunun tıbbi-adli (mediko-legal) boyutta evrilmesini önlemek amacıyla dışarıdan (harici) destek aldıkları anlaşılmaktadır. Yine, yasalara uygunluk ve mediko-legal sorun yaşamamak amacıyla ikilem/sorunla ilgili yasal çözümlere başvurdukları ifade edilmiştir. "Klinisyenin bireysel çabası" bağlamında ağırlıklı olarak etkili/doğru iletişim becerileri dile getirilmiş, yine kararda klinik sezinin önemi vurgulanmıştır.

Hekimin somut verilerin ötesinde salt bilgi ve deneyimi ile sezinlediği ve sezgisel olarak belirli bir soruna ve çözüm yoluna yönelmesini sağlayan öngörü yeteneği ya da his olarak açıklanabilecek **"klinik sezi"** ile ilgili katılımcı ifadeleri aşağıda görülmektedir:

K_1: "Bizim meslekte fark yaratan en önemli özellik 'klinik hissiyat'tır. (…) Ben, bu özelliğin tesadüf ya da özel bir yetenek olduğunu düşünmüyorum, bu özelliğe sahip olmak adına birtakım ön çalışmalar var. Tabii ki parçaları birleştirme, fark etme kabiliyeti gibi doğuştan gelen bazı nitelikleri kuşkusuz gerektirir. Ama bu, olağan dışı bir özellik değil çünkü siz eğer etrafınıza bakmayı öğrenirseniz, bir süre sonra bakmadan görmeyi öğrenirsiniz."

K_8: "Bizde *'sens clinique'* (*clinical sense)* diye bir şey var, *'hissikablelvuku'* derler eskilerden onun gibi bir şey, yani olup bitecek bir hadiseyi önceden sezip, görmekle ilgili bir öngörüde bulunma ve gereğini yerine getirme anlamına geliyor. O an her şey mekanik bir düzende seyretmiyor, olayları da tecrübe ve hislerimizden kaynaklı sezimizle de çözmemiz gerekiyor."

K_9: "Tıpta *'sens clinique' diye* dediğimiz, sadece kurallara bağlı olmayan, klinik tabloya göre değişen durumlar söz konusu olabiliyor. Karar *'sens clinique'* ya da *'clinical sense'* ile de verilebiliyor."

"Klinisyenin bireysel çabası" alt teması kapsamında **"etkili/doğru iletişim"** kurma yetisi üzerinde önemle durulmuştur. Zira bu yetinin hem yaşanan etik ikilem/sorunun çözümünde hem de bu soruna mahal vermemede işlev gösterdiği anlaşılmaktadır. Güvene dayalı hasta-hekim ilişkisinin başat ögesi olan etkili iletişim hekimin aydınlatmayı nasıl yapması gerektiğinden hastanın anlatılanı anlayıp anlamadığının anlaşılmasına, hastanın kendini rahatlıkla anlatmasına olanak sunmaktan hastayla empati kurmaya kadar birçok

beceriyi barındırmaktadır. Klinisyen katılımcılar da "iletişimde asimetriyi azaltma", "durumu anlaşılır ve açık şekilde tekrar anlatma", "sükuneti ve doğru dili kullanma" ve "empati" üzerinden etikili iletişim becerilerini açıklamışlardır. Bu bağlamdaki söylemleri aşağıdaki gibidir:

K_5: "Eğer hastanın gözlerinden, mimiklerinden, davranışlarından, bana sordukları sorulardan anlatamadığımı anlatabilmişsem ki benim birincil görevim hastayı ameliyat etmek değil, hastaya niçin ameliyat etmem gerektiğini, bu gerekliliği, önerimin altındaki gerekçeyi iyi ifade edebilmek ve hastanın anlamasını sağlamaktır. Ben, bundan emin değilsem mutlaka ve mutlaka tekrar tekrar anlatmak."

Klinisyenler arasında etik ikilem/sorunun çözümünde hastanın faydasını/yararını esas alan bir yaklaşım benimseyen, vaka özelinde gerek empati kurup hastanın bireysel ve sosyal bütünlüğünü koruyarak, gerekse sadece **"hayat kurtarma"**ya odaklanarak **"yararlı olma"** yaklaşımını yaşama geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bu yaklaşımda hekimlik mesleğinin birincil amacı üzerinden hastanın yaşamını önceleyip bu yönde karar vermel de **"prensibi sade düşünme"** olarak açıklanmaktadır. Hastaya yararlı olmayı esas alan yaklaşıma ilişkin ifadeler şunlardır:

K_6: "(…) mesleki açıdan sükûneti, tarafsızlığı, doğru dili kullanmayı öğrendik. O noktada biraz empati ve sükûnetle o süreci koruyama çalışıyoruz. (…) Ancak bazen hasta, hastalığın etkisinden iyi muhakeme edemediğinden yanlış karar verebiliyor kendi adına. Bu noktada da hastanın yararına olanı seçiyoruz."

K_8: "Anne ve bebeğin ya da hastanın hayatının tehlikeye girmesi durumunda hayatı kurtaracak ne varsa, onu yapıyorum. Örneğin bahsettiğiniz durumda annenin hayatını önceliyorum, annenin yaşamını üreme fonksiyonlarına da önceliyorum."

K_{12}: "(…) bu tür durumlarda prensibi sade düşünmek gerekiyor yani bir hekimin birincil görevinin ne olduğu ki bu da 'hastalığı iyileştirmek, acısını/ağrısını dindirmek, hayatını kurtarmak' gibi faydalı olmaktır. Ama bunu yaparken, hastanın hayatındaki her şeye çözüm bulamayabiliriz işte *'prensibi sade düşünmek'* bu anlama gelir."

Öte yandan, klinisyenin sadece bireysel bilgi, beceri ve/veya çabalarının yeterli olmadığı vakalarda ki bunlar ağırlıklı olarak riskli, ciddi ya da onkoloji hastaları olup, karar yaşamsal önem taşımaktadır. Katılımcılar bu tür riskli ve zorlandıkları vakalarda birçok branştan klinisyenin yer aldığı kurum içi konseylere başvurduklarını ifade etmiştir. **"Harici**

destek" alma bağlamında **"konseye başvurma"**ya ilişkin klinisyen söylemleri aşağıda yer almaktadır:

K_9: "Böyle sorunlu bir durumda ben bu dosyayı (vakayı) konseye götürüyorum. Burada onkoloji konseyimiz, kadın doğum konseyimiz, nöroloji konseyimiz gibi çeşitli konseylerimiz var. Aileyi de konseye davet ediyoruz; diyoruz ki *'dosyanızı konseyde ele alıyoruz, bakın bizim kararımız bu. Ekstra sormak istediğiniz bir şey var mı?'* (…) Ancak konseye başvurduğumuzda yaklaşık 1 hafta içinde çözüme kavuşabiliyoruz bu nedenle acil vakalarda konseye başvurmak gibi bir şansımız olmuyor."

K_{12}: "Sorun yaşadığımız olgularda mesleki ve multidisipliner konseylerde tartışırız ve ortak bir karar veririz. Hastaya da bu kararı açıklar, başka seçenekleri söyleriz, hasta farklı karar verirse buna uygun davranırız."

Katılımcı söylemlerinden klinisyenin etik ikilem ve sorunlardan çok zorlandığı ya da riskli bulduğu vakalarda konseye başvurduğu, buradan bir etik karar değil ancak bir tıbbi karar çıktığı anlaşılmaktadır. Üstelik konseye başvuru ve karar ulaşmanın bir hafta kadar bir süreç gerektirdiği bu nedenle de acil vakalarda başvuru yapılamadığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra konsey kararının etik açıdan sorgulanır nitelikte olduğu vakaların olabileceği şu şekilde dile getirilmektedir:

K_{10}: "Yakın zaman önce onkoloji servisinden bir hastayla ilgili görüş istendi; konsey kuruldu, konseye ailenin de çağırılmasını, tüm fayda ve riskleri açıklayabileceğimizi belirttik. Bu hasta aynı zamanda depresyondaydı, odaya girdiğimizde sürekli ağlıyordu ve yatalak haldeydi. Maalesef diğer bölümlerden bazı hocalar, kararı kendileri verdiler. Ben bu noktada şunu vurgulamak isterim; tabii ki bizim doğru olduğuna inandığımız şeyler vardır ama biz tedaviyle ilgili tüm alternatifleri aileye ve hastaya sunmak zorundayız. Bizim bilgilendirmemiz sonrası, o noktada kararı hastanın/ailenin kendisi vermeli. Diğer türlü siz hastayı yönlendirmiş ve seçim hakkını elinden almış oluyorsunuz."

Yukarıdaki ifadede konseyde hastaya geçerli aydınlatılma yapılmadığı bu nedenle özerkliğine saygı ilkesinin dolaylı olarak ihlal edildiği vurgulanmaktadır. Anlaşıldığı üzere başvuru yapılan konseylerde tıbbi kararlar alınmakta, etik ikilem/sorunun çözümüne yönelik yardım ve danışmanlık sunulmamakta hatta etik açıdan haklı çıkarılamayan yaklaşım/ kararlar söz konusu olabilmektedir. Bu durumda klinisyenin etik açıdan sorunlu ya da karar vermekte zorlandığı vakalarda mevcut konseylerin bir başvuru merci ya da etik destek veren danışmanlık/konsültasyon birimi olmadığı ileri sürülbilir.

Klinikte etik açıdan sıkıntılı durumlarda hastanın psikiyatrik durumunu öğrenip, o yönde davranmak amacıyla psikiyatri konsültasyonu alındığı da aşağıdaki ifadeyle belirlenmiştir:

K_4: "Etik sorun ya da tıbbi-adli boyutu olabilecek bir durum yaşadığımızda bu durumlarda geropsikiyatriden konsültasyon isteyerek, kararı hastanın vermesini ancak bunu verirken de psikolojik açıdan desteklenmesini sağlayarak sorunu gidermeye çalışmaktayız."

"Harici destek" kapsamında başka bir klinisyene ya da "hocaya danışma", hastane yönetimine başvurma, hastanenin güvenlik güçlerinden yardım alma gibi çözüme yolları da yer almaktadır. Bahsi geçen çözüm yollarıyla ilgili söylemler şu şekilde ifade edilmektedir:

K_2: "Genellikle etik sorun/ikilem yaşandığında çözümü idari açıdan bulmaya çalışıyoruz ya hekimi değiştiriyoruz ya araya idare girip çözmeye çalışıyor. Çözüm için iki yola başvuruyoruz; ilki hasta ya da yakınıyla etik sorun yaşayan hekimi değiştirmek. Ki bu yolda o görevlendirilen ikinci hekim ile sorun yaşayan hekim arasında sıkıntı çıkabiliyor "Benim tartıştığım hastaya sen neden bakıyorsun?" sitemi yapılıyor. Ya da hekim hakkı açısından tartıştığı kişiye bakmak zorunda kalması, bakmayı istememesine karşın tedaviden çekilememesi geliyor. Diğer ise güvenlik ya da polise başvurarak çözüm bulmaya çalışıyoruz."

K_6: "Zor kararlarda hocalarıma danışıp fikir alabiliyorum. Hocaların yanı sıra hastane yönetimine de danıştığım vakalar olabiliyor. Özellikle hastaları yönlendirirken hastane yönetimine başvuruyoruz."

Etik açıdan ikileme yol açan tedavinin reddi vakalarında klinisyen, tedavinin reddedildiğine ilişkin tutanak niteliğindeki formu karar vericiye imzalatıp, karar vericinin özerkliğine saygı duyarak ve sorumluluğu ona bırakarak, kendisini **"yasal koruma"**ya almaktadır. Böylece hastanın tedaviyi reddetmesi nedeniyle oluşabilecek olası risklerden klinisyen muaf tutulmuş olmaktadır. Bu doğrultuda katılımcıların deneyimlerine örneklere aşağıda yer verilmiştir:

K_{10}: "Tedavi reddi durumunda, vaka acil değilse, tıbbi kayıtlarımızı tutuyor ve 'hastaya ameliyat önerildi, aile düşünecek ya da aile kabul etmedi' diye yazıyoruz. Bunun dışında bir şey yapamıyoruz çünkü acil vaka olmadığı için tedavi ret formu gibi bir form imzalatmıyoruz genellikle. Mutlaka tutanaklarımızı tutuyoruz. *'Aileye, ameliyat önerildi, kabul edilmedi'* gibi bilgilerin bulunduğu tedavi ret formu imzalatıyoruz."

K_{13}: “Hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme ihtimali çok yüksekse ve kendisi de ailesi de yatarak tedavi almak istemiyorsa psikotik bir hasta olsa da hastanın ailesine de durumu izah edip, yatışı reddettiklerine dair hem hastadan hem de ailesinde hayati tehlikesine ve doğabilecek risklere dair onam alıyoruz.”

Klinisyen katılımcıların etik ikilem/çözümüne ilişkin **“öneriler”**i ise temel olarak **“etkili iletişim eğitimi”** ve **“klinik etik eğitimi”** alt temalarında gruplandırılmıştır. *“Değer temelli yaklaşımın benimsenmesi”, “tıp etiği eğitimi”, “psikiyatri etiği eğitimi”, “simetrik iletişim kurma* ve *“empati kurma”* kodlarıyla saptanan alt temalara ilişkin katılımcılar şu söylemlerde bulunmuşlarıdır:

K_3: Artık *value-based* [değer temelli yaklaşım] tıbbi metodoloji ve tıp etiğinin benimsenmesi gerekiyor. (…) Burada söylemek istediğim ise tüm tedavi planı, tedavi yöntemleri aynı sağ kalım ve etkiyi sağlıyorsa daha ucuz olanının seçilmesi. Bu yaklaşım da tıpta *value-based* yaklaşımıdır. *Value-based* yaklaşımının etik boyutu ise ‘hastanın en yüksek yararı’ olarak karşımıza çıkıyor. Ancak bunu profesyonellik elitiziminden arındırmak gerekiyor.”

K_{13}: (…) ilk yapılması gereken şeyin tıp etiği ve psikiyatri eğiti eğitiminde olan sıkıntının giderilmesi, yeterince eğitim verilmesidir. O eğitim olmayınca, o nosyonu siz (hekim) almayınca sonradan o nosyonu yerleştirmek çok zor oluyor. Buralarda en önemli açık, bahsettiği etik eğitimlerinin olmayışıdır. O eğitimler ayrıca eski neslin de güncellenmesine yardımı oluyor.”

K_{14}: “Hasta-hekim ilişkisinde iletişim asimetrik olabilir ancak bunu simetrik hale getirmek biz hekimlerin elindedir. Bunu da hem iletişim becerilerini iyi bilerek, hem hasta ve yakınlarıyla empati kurarak, hem hasta ve değerlerine, mesleki ve sosyal kimliğine saygı duyarak hem de salt hekimi ‘bilen’ taraf olarak görmemekle sağlayabiliriz. Zira ben de hastalarımdan birçok şey öğrenebilirim.”

Yukarıdaki alıntılar etik ikilem ve sorunların ağırlıklı olarak klinikte doğru iletişim ve etik bilgisinin yoksunluğundan kaynaklandığını, bu yoksunluğun da ancak eğitimle giderilebileceğini göstermektedir. Etik eğitiminin klinik pratiğe yönelik ve ilkelerin ötesinde değerleri kapsayan “değer temelli” yaklaşımın bilinip benimsenmesini sağlayan nitelikte olması ihsas edilmektedir.

4.1.1.3. Klinisyenlerin Tıbbi-Adli (Mediko-Legal) Sorunlarla İlgili Deneyim Sorularına Verdikleri Yanıtlar ve Bulgular

Yapılan derinlemesine görüşmelerde "tıbbi uygulama hatası" (*malpraktis*[49]) iddiaları başta olmak üzere klinisyenlerin yaşadıkları tıbbi-adli (mediko-legal) sorunlar, bu sorunların nedenleri ve çözüme yönelik yaklaşımlarının da saptanması amaç edinilmiştir. Bu doğrultuda katılımcı klinisyenlere görüşme formundaki 4 ve 5. sorular yöneltilerek, tıbbi-adli sorunlara ilişkin mesleki deneyim ve görüşleri belirlenmiştir. Sorulara verdikleri yanıtlardan gerek yaşadıkları tıbbi-adli sorunlar gerekse bu sorunlara yönelik çözüm arayışları "bugünün tıbbı" bağlamında belirlenen kod, alt tema, ana tema ve kategorilerle analiz edilmiştir. Özünde "ne", "niçin" ve "nasıl" sorularına alınan yanıtlar "betimsel analiz" ve "içerik analizi" teknikleri kullanılarak, incelenmiştir.

Tıbbi-adli sorunlar kapsamında *"[m]esleki yaşamınızda tıbbi-adli (mediko-legal) sorun yaşadınız mı ya da tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasına maruz kaldınız mı? Sizce tıbbi-adli sorunların başlıca nedenleri neler olabilir?"* sorusu yöneltilmiş, bu soruya verilen yanıtlara göre öne çıkan kod, alt tema, ana tema ve kategorilere Tablo 4.8'de yer verilmektedir:

Tablo 4.8: "Tıbbi-adli (mediko-legal) sorunların nedenleri" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
İletişim Sorunları	• İletişim kusurları • Güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi kuramama • Hekime güvenmeme • Hastaya güvenmeme • Hasta yakınlarıyla güvene dayalı iletişim kuramama • Hastayı tanıyamama • Hatalı tanı ve tedavi	• İletişim kusuru-iletişimsizlik • Hastada güvensizlik • Hasta-hekim arasında karşılıklı güvensizlik • Hasta yakını-hekim kararı uyuşmazlığı • Hastayı doğru tanımama • Doğru tedavi seçeneklerini tespit edememe • Doğru tedavi seçeneklerini uygulayamama
Tıbbın Doğası ve Branş Temelli Sorunlar	• Tıbbın doğası; kesinlik olmayışı • Branşın soruna açıklığı • Hassas/örselenebilir hasta grubu • Hastalığın doğası • Malpraktisle ilgili bilgi eksikliği • Malpraktisin suiistimal edilmesi	• Tıpta %100 sonuç alamama • Malpraktis suiistimali • Psikiyatri hastalarının "sorun" potansiyeli • Malpraktise açık alanlar: cerrahi branşlar&psikiyatri • Cerrahi branşların hataya açıklığı/zorluğu • Kılavuzun dışında bir işlem uygulama • Komplikasyonu x hekim hatası ayırımı yapamama

[49] Çalışmanın bu ve ilerleyen bölümlerinde "tıbbi uygulama hataları" ya da "tıbbi kötü uygulama" kavramları yerine, okuma kolaylığı sağlamak adına sadece "malpraktis" kavramı kullanılacaktır.

Tablo 4.8 (devam)

Sistem ve Organizasyon Sorunları	• Sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar • Ağır iş yükü • Zaman sorunu • Uluslararası standartların sağlanamaması • Hekimi koruyan mekanizma eksikliği • Denetleme sorunu • Olanak ve koşulların yetersizliği • Tıpta metalaşma/ticarileşme algısı	• Hekim sayısında ve dağılımında sıkıntı • Hekimin yüksek riskli iş miktarı • Görev ve tanımlarının belli olmayışı • Uzun çalışma saatleri • Performans sistemi • Hastaya yeterince zaman ayıramama • Hekimleri koruyucu yasaların olmaması • Yasanın uygulamaya yansımaması • Dokümante ile ilgili tüm hastanelerde geçerli bir standart olmayışı • Sağlık hizmetine ticaret muamelesi yapılması • Yardımcı personel azlığı • Fiziksel şartların yetersizliği
Etiko-Legal Sorunlar	• **Özerkliğe Saygı** - Aydınlatılmış onamla ilgili sorunlar - Hastanın yeterliğini dikkate almama - Hastayı ve değerlerini anlamama • **Mahremiyetin korunmaması**	• Hastaya/yakınına durumu zamanında ve ayrıntılı anlatmama • Acil durumlarda onam almadan müdahale etme • İleri yaş hastalarda vasi ataması • Yeterli hastanın yerine kararı ailenin vermesi • Hastanın bireysel koşullarının farklılığını dikkate almama • Hastanın mahremiyetini ihlal etme • Tedavinin reddi • Aleyhte onam

Klinisyenlerle yapılan görüşmelerde çoğu mesleki yaşamlarında bizzat malpraktis iddiasına maruz kaldığını, az sayıda klinisyen ise kendilerine yönelik malpraktis iddiası yaşamadığını dile getirmiştir. Katılımcıların malpraktis iddiaları başta olmak üzere bizzat yaşadıkları ya da meslektaşlarından tanık oldukları tıbbi-adli sorunların başlıca nedenleri; ***"iletişim sorunları", "tıbbın doğası ve branş temelli sorunlar", "sistem ve organizasyon sorunları"*** ile **"*etiko-legal sorunlar*"** ana temaları altında sınıflandırılmıştır. Katılımcılar, belirtilen ana temalar arasında, "iletişim sorunları" ile "sistem ve organizasyon sorunları"na ağırlık vermiş, bu sorunları malpraktis iddialarının kök nedeni olarak değerlendirmiştir.

Etik ikilem/sorunlar gibi malpraktis iddiaları ve tıbbi-adli sorunların da temelinde konumlandırılan **"iletişim sorunları"** ana teması*; "iletişim kusurları, "güvene dayalı hasta-hekim ilişkisi kuramama, "hekime güvenmeme", "hastaya güvenmeme", "hasta yakınlarıyla güvene dayalı iletişim kuramama", "hastayı tanıyamama"* ve *"hatalı tanı ve tedavi"* alt temaları ile içeriklendirilmiştir. Malpraktis ve tıbbi sorunların kaynağında iletişim sorunlarının bulunduğunu ifade eden katılımcı söylemlerine aşağıda yer verilmektedir:

K_1: “Bence en önemli unsurlardan biri de hasta-hasta yakını cephesi ile sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunu. (…) Sayfalarca açıklamalar yapmanız gereken yerde iki cümleyle kısaltmalarla yazılan ifadeler sonrasında soruna yol açabiliyor.”

K_5: “Çok genç bir hekimin malpraktis davasıyla karşı karşıya kalması ya da hasta ve yakınları tarafından şiddet uygulanması çok önemli bir sonuçtur ki burada da iletişimsizliğin ana faktör olduğunu düşünüyorum.”

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden özellikle malpraktise yol açan temel unsurlardan biri olan hatalı tedavinin nedenleri arasında da ağırlıklı olarak iletişim sorunlarının bulunduğu anlaşılmaktadır. Zira hasta ile iyi iletişim kurulamadığında hastanın kendisini yeterince ifade etmesi engellenerek, hekime güvenemediği, hekimin tanı ve tedaviye ilişkin söylediklerini inandırıcı bulmadığı, hekimin ise hastayı psikososyal boyutuyla tanımayıp, anlamadığı böylece güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisinin tesis edilemediği ihsas edilmektedir. Dolayısıyla iletişim kusurları doğru tanı koyamamak ve bağlantılı olarak doğru tedaviyi sunamamakla sonuçlanmaktadır. Nitekim K1’in şu sözleri de yukarıdaki dayanağa kanıt teşkil etmektedir:

K_1: “(…) sistematik olarak değerlendirdiğimizde; hastayı doğru olarak tanımamak ve tanımlayamamaktan, doğru tedavi seçeneklerini tespit edememek ya da tercih etmemekten kaynaklanabilir.”

Öte yandan bizzat malpraktis iddiasına maruz kalmadığını belirten katılımcılar iyi iletişim kurularak hem hatalı tanı ve yanlış tedavi kaynaklı hekim hatasının hem de malpraktis iddialarının önüne geçilebileceğini şu sözlerle ifade etmiştir:

K_5: “Bana bugüne kadar malpraktis davası açılmadı, bunun nedeni; birincisi bu bir şans olabilir, ikincisi benim yetiştiğim kurumda bizim yapmamız gereken ilk şey, hastaya durumunu, ameliyatın nedenlerini olduğu gibi ve ameliyat sonrası çıkabilecek sorunları mümkün olduğu kadar anlatmak, ameliyattan sonra problem çıktığı zaman bunu hemen hasta ve yakınıyla paylaşmak.”

K_{14}: “Tıpkı bizzat etik sorun ve ikilem yaşamamam gibi tıbbi-adli sorun da yaşamadım. Çünkü bu sorunların da temelinde iletişim kusurlarının olduğunu düşünüyorum. Ben de hem iyi hekimlik yaparak hem de iletişim ve etiğe önem vererek gerçek anlamda tıbbi-adli sorun da etik sorun da yaşamadım, yaşamıyorum.”

Yine, hem etik ikilem/sorun hem de malpraktis gibi tıbbi-adli sorun yaşamamak adına önlem olarak nelerin yapılması gerektiği klinisyenler tarafından salık verilmiş; hasta ve yakınlarının aydınlatılması ve dürüstlük iyi iletişim kurmanın öncülü olarak öne sürülmüştür. Klinisyenlerin önlem ve öneri bağlamındaki doğrudan ifadeleri aşağıda görülmektedir:

K_4: "(…) Bu durumda ise öfke ya da aşağılama yerine hastanın durumunu, tanı ve tedavi önerisini onları incitmeden, örselemeden ve üst bakış barındıran bir tutuma girmeden açıklamak gerekir. Bu yaklaşım hem empatiyi artırıyor ve hasta-hekim-hasta yakını ilişkisini uzun vadeli ve güvene dayalı kılınmasında etkili oluyor. Temel unsur ise bu tür durumlarda hekimin öz-denetimini ve mesleki çizgisini koruyabilmesidir."

K_5: "Hasta ve yakınlarına yüzde 100 doğru bilginin açıklanması bence Türkiye'de malpraktis davalarının yarısından fazlasını azaltacaktır çünkü ülkemizde hasta ve yakınları esasen hekimlere güvenirler, canlarını teslim ederler."

Klinisyenlerin bizzat yaşadıkları ya da yaşamayıp tanık oldukları malpraktis başta olmak üzere tıbbi-adli sorunların başlıca nedenleri arasında "**sistem ve organizasyon sorunları**"nın olduğu öne sürülmektedir. Bu sorunlar; *"uluslararası standartların sağlanamaması", "hekimi koruyan mekanizma eksikliği", "denetleme sorunu", "olanak ve koşulların yetersizliği"* ile *"tıpta metalaşma/ticarileşme algısı"* alt temalarını içermektedir. Klinisyenlerden bir kısmı tarafından sağlık sisteminden özellikle de performans sisteminin hekimi "daha çok hasta bakmaya" dolayısıyla yeterince zaman ayıramadığı için hastada güven oluşturacak hasta-hekim ilişkisi kuramamaya ve bağlantılı olarak hastayı tanıyamayıp hatalı kararlar vermeye sürüklediği vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra özellikle kamu kurumlarında yardımcı sağlık çalışanının az sayıda, olanakların kısıtlı ve fiziki koşulların yetersiz olması nedeniyle hekime düşen iş yükünün arttığı bağlantılı olarak görev tanımında bulunmayan işleri de yaptıkları belirtilmiştir. Kısaca, gerek sağlık sisteminin gerekse kuruma bağlı yetersizliklerin hekimi hataya dolayısıyla malpraktise ve tıbbi-asli sorunlara açık kıldığını aşağıdaki sözlerle ifade edilmiştir:

K_5: "Sağlıkta performans sistemi, ne kadar çok hasta görürsen o kadar kazanma durumu, 5 dakikada bir hasta görmek iletişimi ortadan kaldırabilir. Özel sağlık kurumlarında da hekimler, hastalarla hasta kaybetmemek için de açık ve tüm olumsuzlukları içerecek şekilde de konuşamayabiliyor. Öyle olunca malpraktis davalarıyla karşı karşıya kalma riskiniz de artıyor."

K_9: "Olay, sadece performansa dayalı ki hekimlerin karar verme mekanizmalarında performans da etkili. Performans sisteminin etkisini özellikle cerrahide artan rakamlar da

gösteriyor. Önceki yıllara kıyasla safra kesesinde bir taş nedeniyle yapılan ameliyatların artışı örnek verilebilir buna. Bunun okuması da iyi niyetli ise *'ne güzel, daha çok vatandaşımız sağlık hizmeti alıyor'* şeklinde okunabilir. Ama kötü niyetli ise *'herkesin safra kesesi alınır oldu'* şeklinde olabiliyor. İki ayrı okuma biçimi var ki bu da hastada güvensizlik oluşturuyor. Mesela özel hastanede, herhangi bir tedavi önerdiğinizde *'acaba bu öneri ekonomik kaygıyla mı verildi?'* düşüncesi de oluşabiliyor. Kısacası, hekim kararına hasta güvensizlik ve şüphe ile yaklaşabiliyor. Bu da beraberinde etik ve mediko-legal sorunlara yol açabiliyor."

K_1: "Sonuçta hekimlik belli bir süreç ve bir zaman dilimini gerektiren bir iş. O zamanı, yeterince ayıramıyorsanız hataya açık hale gelinebilir. Özellikle kamu kurum hastanelerinde zaman konusunda ciddi bir sorun olduğunu biliyoruz. Çok kısa sürede, çok daha uzun süre yapılması gereken işleri yapmak durumunda kaldığında hata payı artar. Sağlık çalışanlarının sayısı ve dağılımı ile de ilgili sorunumuz olduğu aşikâr. Bu nedenle de bir kişiye düşen yüksek riskli iş miktarı artıyor. Böyle olunca da hata riski de artıyor."

Derinlemesine görüşmelerde sağlık sisteminden kaynaklı malpraktise/tıbbi-adli sorunlara yol açan etkenler arasında *"dokümante ile ilgili tüm hastanelerde geçerli bir standart olmayışı", "hekimleri koruyucu yasaların olmaması", konulan "yasanın uygulamaya yansımaması"* ve *sağlık hizmetine ticaret muamelesi yapılması"* da öne sürülmüştür. Klinisyenlerin özellikle ulusal yasalar ve yasal uygulamalar konusundaki görüşlerini şu söylemleri temsil etmektedir:

K_8: "Hekimin ne yapacağı (…) yabancı ülkelerde, Amerika ve Avrupa'da, gayet açık ve belirgin olarak rehber ve yasalarda belirtilir. Bu nedenle de hekim, zor ya da sıkıntılı bir durumla karşılaştığında, yazılanlara uyduğunda ve yapılanları dokümante ettiğinde sorun olduğunda yasal açıdan sorumlu ve sorunlu tutulmuyor. Ancak ülkemizde bu tür bir uygulama yok. Bunun nedeni ise birincisi dokümante ile ilgili tüm hastanelerde geçerli bir standart yok. İkincisi ise ben hekim olarak dünyadaki standartlara uygun bir şekilde eylemde bulunabilirim. Ama eylemde bulunduğum sırada hastada bir sorun oluşursa beni hekim olarak koruyacak bir mekanizma yok ülkemizde. Bu durum da nihai olarak tıbbi malpraktis davası ile sonuçlanıyor."

K_{10}: "(…) malpraktis davalarından öğrendiğimiz kadarıyla da bu davalar tüketici mahkemelerinde görülüyor. Bu durum da sağlık hizmetinin sanki hizmet alım-satımı gibi, ticaret gibi değerlendiriliyor. Oysa sağlık hizmeti ve hekimlik bir ticaret değil, karşılıklı güvene dayanan bir hizmettir. Ve bu hizmetin maalesef bazı komplikasyonları da olabiliyor ki bunun klasik bir ticari olaymış gibi düşünülmesi hekim olarak beni de rahatsız ediyor."

Ülkemizde sağlık sisteminin uzantısı olan işleyişin ve özellikle kamu kurumları olmak üzere kurumun kısıtlılıkların hekimi tıbbi açıdan hataya açık kıldığı ya da hastanın malpraktis iddiasında bulunmasına yol açtığı anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra tıpta kesinliğin olmayışı ve cerrahi alanlar başta olmak üzere bazı alanların risklere açık olması ya da hastanın örselenebilir grupta bulunması nedeniyle de tıbbi-adli sorunların yaşandığı söylenmiştir.

"Tıbbın doğası ve branş temelli sorunlar" ana teması kapsamında tıbbi-adli sorunlara kaynaklık eden etkenler alt tema olarak şu şekilde belirlenmiştir. *"Tıbbın doğası; kesinlik olmayışı", "branşın soruna açıklığı", "hassas/örselenebilir hasta grubu", "hastalığın doğası", "malpraktisle ilgili bilgi eksikliği"* ve *"malpraktisin suiistimal edilmesi"*. Tıbbın doğası gereği öngörülebilir risklere (komplikasyona) açık olması ve kısmen belirsizlik taşıması nedeniyle hastaya taahhütte bulunulamaması dolayısıyla kesin sonuç sunulamaması malpraktis iddialarına yol açan unsurlar arasında değerlendirilmiştir. Zira sunulan tedavinin komplikasyonla sonuçlanması durumunda tedavinin belirsizlik taşıyan kısmıyla sonucun ilişkilendirilildiği ve böylece hekimin hatalı görülüp, sorumlu tutulduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla malpraktisin en önemli ölçütlerinden biri olan "komplikasyon ile hekim hatası ayırımı"nın yapılamaması yani nedensellik ilişkisinin yanlış kurulması hem hasta nezdinde "malpraktisle ilgili bilgi eksikliği"ni ortaya koymakta ve "malpraktisin suiistima edilmesi"nin yolunu açmaktadır.

Tıbbın özü gereği belirsizlik taşıması, alan bazında ise cerrahi branşların riske açık olması, psikiyatri, geriatri ve pediatri gibi alanlarda hassas/örselenebilir hasta gruba hizmet verilmesinden ötürü tıbbi malpraktise ve iddialarına daha açık olunduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda öne sürülen katılımcı görüşleri aşağıda görülmektedir:

K_1: "Aslında tıbbın hiçbir alanında, hiçbir şekilde birebir taahhütte bulunulacak sebep-sonuç ilişkisi kurmak mümkün değil. Örneğin; *'bir A hastalığınız var ve şu ilaçları reçete ettiğimizde yüzde 100 iyi olacaksınız'* deme şansımız yok. Biz ancak oranlarla konuşabiliyoruz, oranlar tutmadığında veya komplikasyon oluştuğunda bunun bir tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilme algısı oluşmaya başladı hatta bence bu algı çok da yaygınlaşmaya başladı ki en ufak bir şeyde akla tıbbi uygulama hatası geliyor."

K_{12}: "Cerrahi branşlar tıbbi malpraktise ve mediko-legal sorunlara çok açık bir alan. (…) bugün her hastalıkla ilgili kılavuzlar yayımlanıyor ki bu kılavuzlar belli tecrübelere, istatistiklere ve verilere göre hazırlanıyor. Bizler de bu kılavuzları esas alarak karar veriyor ve uygulama yapıyoruz. Kılavuzun dışında bir işlem yapmamız durumunda sonuç da yanlış bir

yerlere giderse, örneğin hastaya zarar verirse, etik sorunlara ek olarak tıbbi malpraktise kadar uzayabiliyor."

K_{13}: "Psikiyatri alanı hastalarımızın hassas/örselenebilir grupta yer almaları nedeniyle mediko-legal sorunlara ve tıbbi uygulama hatalarına çok açıktır. Bunun üzerine de özellikle de adli olguların sıkıntılı tarafı eklenince iyice açık hale gelmektedir."

Yukarıda bahsi geçenlerin yanı sıra günümüzde "malpraktisin suiistimal" edildiği ve bazı hasta, hasta yakını ya da hukukçular tarafından "kazan kapısı" olarak değerlendirilmeye çalışıldığı da öne sürülmektedir. Bu konuda katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

K_1: "Malpraktis aslında biraz suiistimal edilmeye başlandı artık."

K_5: "Türkiye'deki hukuk sisteminin içinde avukatlar, kendilerine başvuran ya da çekmek istediği müvekkilini şeytani düşüncelerle çekiyor, son yıllarda bu kanıya varıyorum. Bir dosyada çuvalla evrak oluyor, benden önce 100 tane bilirkişi aynı şekilde karar vermiş, o davada bir sorun yok aslında doktor da hasta da hekime güvenerek ve sabrederek elinden geleni yapmış. Hekim-hasta ilişkisi oluşmuş ama bir avukat ya da sistem var, davadan vazgeçmiyor."

K_{10}: "Kendi adıma bugüne kadar malpraktis yaşamadım ama etrafımda duyuyorum ve her hekim bir gün karşılaşabilir. Maalesef, malpraktis konusunun suiistimal edildiğini düşünüyorum."

Tıpta etik ile hukukun kavraşk noktasında etiko-legal sorunların baş gösterdiği bunların da doğrudan davaya gidebilecek malpraktis iddialarına yol açtığı alanyazın[50] örneklerinde de görülmektedir. Klinisyenler yapılan derinlemesine görüşmelerde de malpraktis nedeni olarak belirttikleri etkenler arasında etiko-legal sorunların da bulunduğu anlaşılmaktadır. **"Etiko-legal sorunlar"** ana teması olarak belirlenen bu sorunlar, "özerkliğe saygı ilkesinin ihlali" ve "mahremiyetin korunmaması" alt temalarında sınıflandırılmıştır.

Söz konusu alt temalar arasında ***"özerkliğe saygı ilkesinin ihlali"***; *"hastaya/yakınına durumu zamanında ve ayrıntılı anlatmama", "acil durumlarda onam almadan müdahale etme", "ileri yaş hastalarda vasi ataması", "yeterli hastanın yerine kararı ailenin vermesi", "hastanın bireysel koşullarının farklılığını dikkate almama", "tedavinin reddi"* ve *"aleyhte onam"* kodlarıyla belirlenmiştir. Hastanın durumunun acil olması nedeniyle hekimin

[50] See: Wright S. Abortifacient drugs: ethico-legal issues. *Nurs Stand,* 1991;5(24):36-77. Sert G, Guven T. Examining the ethico-legal aspects of the right to refuse treatment in Turkey. *Journal of Medical Ethics*, 2013;39(10):632-635.

aydınlatma ve onama başvuramadan müdahalesini gerektirmesinin ya da hastalığın doğası gereği belirsizlik taşıması ve hekim nezdinde öngörülemeyen durumlara yol açabilmesi ancak hekimin bunu hasta ya da yakınlarıyla vaktinde ve ayrıntılı olarak paylaşmamasının nedeniyle özerkliğinin ihlal edilmesi şu ifadelerle dile getirilmiştir:

K_4: "Acil durumlarda her şeye karşın hekim olarak, hastanın yararına olan kararı verip sorumluluğu alıyor ve gerekli müdahalede bulunuyoruz. Ancak sonrasında hasta yakınları malpraktis davaları ile adli süreç başlatabiliyor. Yani mediko-legal sorun yaşamamak ya da tıbbi malpraktis iddiasına maruz kalmamak imkânsız gibi."

K_5: "Bazen ameliyat sırasında beklenmedik bir durumla karşı karşıya kalıyorsunuz; hekimin önünde iki seçenek var ya beklemek ya da durumu hasta yakınlarına hemen söylemek. İlkinde *'biraz uğraşsam halledebilirim'* düşüncesiyle hareket eder ama uğraştıkça dağılmakta olan bir vücut, çorap söküğü gibi olumsuz giden bir durum oluşabilir. Zamanında haber verilmediği durumda, o durum hasta yakınında büyük bir hayal kırıklığına yol açabiliyor, asıl malpraktis davalarının sebebi Türkiye'de budur."

Yukarıdaki ifadelerden hastanın durumu nedeniyle özerkliğinin ihlal edilmesine yol açan eylemlerin esasen malpraktise kaynaklık eden etiko-legal mahiyette bir sorun olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, etik ikilem ve sorunların nedenlerinde de ele alındığı üzere, özellikle ileri yaş hastalarda hasta kendi adına karar verme yeterliğinde olsa da hekimin, hastasının kararda dışarıda tutulmasına izin vermesi de etiko-legal açıdan sorgulanır niteliktedir. Nitekim hastanın özerkliğini yok sayan bu durum ilerleyen zamanlarda hastanın bizzat malpraktis iddiasında bulunmasına da sebep olabilmektedir. Bahsi geçen konuyla katılımcı şunları söylemektedir:

K_{13}: "Hasta yeterli ve kendini ifade etme yetisinde olsa dahi bizde hasta yakınları hastanın yerine konuşabiliyor ve sonrasında yine hastanın yerine karar verebiliyor. Bu durum özerkliği zedelemek olarak görünse de hekimin kişisel tutumuyla da çok ilgili bir husus olduğunu düşünüyorum. Çünkü psikiyatride özellikle o kişiyi dışarıdan gören yakınlarından alınan bilgiler çok önemli."

Klinisyen katılımcılar, hem etik olarak hem de tıbbi-adli açıdan sorunlu olup, malpraktise yol açan etkenlerden bir diğerini de **"hastanın mahremiyetini ihlal etme**" ile temellendirmişlerdir. Zira gerek ihbar bildirimi olan hastalıklardan gerekse koğuş sistemi gibi hastane koşullarından veya doğrudan hekimin özensizliğinden dolayı hastanın kişisel ya da tıbbi bilgilerinin ifşa edilebildiği belirtilmektedir. Hastanın bilgileri korunsa da fiziksel, bilişsel,

sosyal ya da psikolojik mahremiyetinin korunamadığı durum ve koşulların varlığı da bildirilmektedir. Öz olarak, hastanın gizlilik ve mahremiyetinin ihlalini etik ikilem ve tıbbi-adli sorunların nedeni olarak değerlendiren katılımcıların görüşleri aşağıda görülmektedir:

K_9: "Gizlilik, mahremiyet ve özerkliğin ihlali hem etik açıdan hem de mediko-legal açıdan sorunlu görünüyor."

K_{13}: "Hastayla görüşmelerde özellikle mahremiyet, o kişinin anlatacağı şeylerin zorluğu, sıkıntısı, belki daha etik olunabilir ve daha hassas davranabilir. Özellikle psikotik hastaların altını kirletme, başkalarına saldırma, üzerini çıkarma gibi durumları mahremiyeti zedeleyen durum olduğu için buralarda daha hassas davranılabiliyor."

Klinisyen katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen veriler ışığında bugünün tıbbı bağlamında yaşadıkları, tanık oldukları veya maruz kaldıkları tıbbi-adli sorunların, özellikle de malpraktisin nedenleri saptanmıştır. Bahse konu nedenler arasında ağırlıklı olarak iletişim sorunları ile sağlık sistemi ve kurumdan kaynaklı sorunlar dile getirilmiştir. Akabinde ise tıbbın, ilgili alanın ve hastalığın doğasından kaynaklı zorluklar ve etiko-legal sorunlar ileri sürülmüştür.

Söz konusu sorunlara mahal vermemek ya da yaşanılanlara çözüm üretebilmek adına klinisyenlerin çözüme yönelik yaklaşımları ve önerileri saptanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla derinlemesine görüşmelerde *"tıbbi-adli sorun (açılan bir davaya savunma ya da mütalaa hazırlama, tanıklık, görüş bildirme gibi), tıbbi uygulama hatası (malpraktis) davası ya da iddiası ile üst mercie şikâyet gibi sorunlarda nasıl bir yol izlersiniz? Tıbbi-adli sorun yaşamamak ve tıbbi malpraktis iddialarına maruz kalmamak adına nelere dikkat edersiniz?"* sorusuna da yanıt aranmıştır. Verilen yanıtlarda yaşanan tıbbi-adli soruna çözüm aramaktan çok, malpraktis başta olmak üzere bu tür sorunlara mahal vermemek adına önlem almaya çalıştıkları çıkarsanmıştır. Nitekim yanıtlardan saptanan ve Tablo 4.9'da yer alan ana tema, alt tema ve kodlardan da bu çıkarım görülebilmektedir:

Tablo 4.9: "Tıbbi-adli sorunlara yol açmamak amacıyla alınan önlemler" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Doğru İletişim	• Etkili iletişim kurma • Hastayı ve ailesini detaylı ve zamanında bilgilendirme • Geçerli aydınlatılmış onam alma	• Detaylı bilgilendirme • Zamanında bilgilendirme • Aydınlatılmış onam alma
Özerkliğe Saygı	• Hastanın özerkliğine saygı duyma • Ailenin özerkliğine saygı duyma • Geçerli aydınlatılmış onam alma	• Geçerli aydınlatılmış onam alma • Aileyi bilgilendirme • Hasta yakınlarını bilgilendirme • Hastanın onamını aileye kontrol ettirme • Detaylı bilgilendirme • Zamanında bilgilendirme • Tedavi ret formu imzalatma
Yasal Koruma	• Belgeleme veya dokümantasyon • Yasal açıdan kendini koruma • Defansif tıp	• Tutanak tutma • Adli rapor hazırlama • Hastane polisine veya mahkemeye başvurma • Defansif tedavi • Tedavi ret formu imzalatma • Aydınlatılmış onam alma

"Tıbbi-adli sorunlara yol açmamak amacıyla alınan önlemler" bağlamında***"doğru iletişim", "özerkliğe saygı"*** ve ***"yasal koruma"*** ana temaları belirlenmiş; bu temaları oluşturan alt tema ve kodlardan bir kısmının ise özdeş/aynı olduğu görülmüştür. Kodlamada saptanan bu özdeşlik (aynılık), tıbbi-adli sorunların nedenlerinden iletişim sorunları ile etiko-legal sorunlar arasındaki özdeşlikle koşutluk göstermektedir. Malpraktis gibi tıbbi-adli sorunlara mahal vermemek adına klinisyenler tarafından alınan ya da alınması salık verilen önlemler arasında **"doğru iletişim"** kapsamında hastayla *"doğru iletişim kurma", "hastayı ve ailesini detaylı ve zamanında bilgilendirme"* ile *"geçerli aydınlatılmış onam alma"* alt temaları öne çıkmaktadır. Malpraktis iddiaları başta olmak üzere tıbbi-adli sorunları önlemek amacıyla alınacak önlemlerden "doğru iletişim"e ilişkin klinisyenlerin görüşlerini temsil eden ifadeleri şunlardır:

K_1: "(…) sizin hekim olarak hastayı veya yakınını bilgilendiriyor, aydınlatıyor ve onam aldığınızı belgeliyor olmanız gerekiyor."

K_5: "Siz en başta her şeyi açıklarsanız ama basitçe, onların anlayabileceği dille, onam formlarında yazdığı gibi teknik ve anlaşılmayan bir dille değil, bu doğrultuda çok da sorun yaşanmayacaktır."

"Özerkliğe saygı" ana teması kapsamında yer alan kodlardan hastayı *"detaylı ve zamanında bilgilendirme"* ile *"geçerli aydınlatılmış onam alma"* doğru iletişim ana

temasındaki kodlarla özdeşlik göstermektedir. Bu özdeşlik, bazı tıbbi-adli sorunların/malpraktis iddialarının nedenleri gibi alınacak önlemlerin de kesin sınırlarla ayrılamayacağına, iç içeliğine ve birbirlerini bütünlediklerine işaret etmektedir. Bu bağlamda doğru iletişimin, geçerli aydınlatmaya, geçerli aydınlatmanın da özerkliğe saygıya somut kılmaya hizmet ettiği anlaşılmaktadır.

Yine, özerkliğe saygı ana temasını oluşturan kodlar arasında *"aileyi bilgilendirme", "hasta yakınlarını bilgilendirme", "hastanın onamını aileye kontrol ettirme"* ve *"tedavi ret formu imzalatma"* bulunmaktadır. Bu bağlamda ileri sürülen katılımcı söylemi aşağıda yer almaktadır:

K_9: "Hastayla tek başına görüştüğünüzde ve hastada herhangi bir komplikasyon geliştiğinde ailede çok daha büyük bir yıkım ve travmaya neden olabiliyor. Yani ailenin, bunu bilmeye hakkı olduğunu düşünüyorum. Hukuksal olarak da ailenin bilmesi gerekiyor çünkü biz hastadan onam alıyoruz ve hasta yakını ya da ailesinin de bu onama göz atmasını istiyoruz. Şayet bunu yapmazsak ve hastada olumsuz bir sonuç gelişirse, aile yakını hukuki olarak da *'neden bize haber vermediniz, hastanın ailesi yok muydu?'* düşüncesiyle hareket edebiliyor ki bu da malpraktis şikâyetine veya davaya kadar uzayabiliyor."

"Yasal koruma" ve "özerkliğe saygı" ortak alt temalarından diğeri de "tedavi ret formu imzalatma" olup, bu alt tema aynı zamanda etiko-legal bağlamı da bulunmaktadır. Klinisyenin yararlı olarak görüp, önerdiği tedavinin hasta ve/veya ailesi tarafından reddedilmesi durumunda acil ve tıbbi-adli boyutu olmaması koşuluyla alınacak tedavinin reddedildiğine ilişkin alınan yazılı beyan hekimi koruyucu nitelik taşımaktadır. Tedavinin ret formu ile ilgili olarak katılımcı şu açıklamada bulunmuştur:

K_{13}: "(…) onam da matbu değil, hasta yakının *'doktorum tarafından doğabilecek tüm riskler hakkında bilgilendirildim, kendi isteğimle hastamın yatışını kabul etmiyorum'* ibaresinin bizzat yakını tarafından el yazısıyla yazıldığı bir onam alıyoruz. Hatta hastadan da *'bilgilendirildim, yatışı kabul etmiyorum'* şeklinde bir onam alıyoruz.

Öte yandan katılımcı klinisyenler tarafından vakanın acil olması ya da yaşamsal risk taşıması durumunda ise "yaşam kurtarma" esası ile farklı bir yol izlendiği ifade edilmektedir. Malpraktis iddialarında belgelendirmenin hekimi yasal açıdan koruduğu bilindiği için gerekli vakalarda aydınlatılmış onam formu, tedavi ret formu, tutanak ve adli rapor gibi belgelendirmeye gidildiğinin de üzerinde durulmaktadır. Hekimin *"yasal açıdan kendini*

*koruma"*sını sağlayan ögelerden biri olan "belgeleme veya dokümantasyon" ile ilgili katılımcı söylemlerine aşağıda yer verilmektedir:

K_2: "Örneğin çocuk hastalarda, özellikle şiddet ya da istismar gibi durumlarda, bilinci kapalı veya mental yeterliliği olmayan hastalarda aile ile çıkar çatışmalarında, etik ikilem ve sorunlarda polise ya da mahkemeye başvuruyoruz."

K_{10}: "Hayati bir risk varsa, hastane polisine haber veriliyor ve adli rapor tutuluyor. Böyle bir durumda çocuğu alıp, istedikleri gibi götüremiyorlar. Yasal olarak dokümante ettiğimiz için bu noktada mediko-legal sorunların da önüne geçmiş oluyoruz. (…) Tekrarlayan kırıklar olduğu zaman çocuk istismarının [şiddetinin] mutlaka düşünülmesi gerektiğini düşünürüz. Yani şüpheli bir durum varsa, mutlaka adli rapor tutulur ve vaka incelenir illaki altında bir problem çıkacak değildir ama incelenmesi gerekir."

Klinisyenin ilave tetkik ve incelemelerle hastanın ve/veya yakınının "memnuniyetini" sağlayarak, malpraktis iddialarından kendisini koruma yoluna gittiği de katılımcının aşağıdaki beyanında görülmektedir:

K_9: "Olgunun, adli tıp boyutu olabilir, cezai boyutu olabilir, hepsini bir kenara bırakırsak bu noktada artık hekim defansif karara gidiyor ki artık tıp da defansif tıp."

Yukarıda belirtilen tüm önlem ve önerilerin malpraktis iddiaları veya tıbbi-adli sorunların yargıya intikal etmesini ve dava açılmasını engellemediği, bu önlemlerin ötesinde ve üstünde bir çözümün gerekli olduğu, sistematik, kurumsal, sürdürülebilir ve hekim-hasta-hasta yakınını uzlaştırıp, bir tür "arabuluculuk" yapabilecek bir yapıya duyulan gereksinime dikkat çekilmiştir. Katılımcının bu doğrultuda dile getirdiği görüşünü temsil eden ifadesi şu şekildedir:

K_5: "Mesela günümüzde artık uzlaşmacılar ve arabulucular var, birilerinin bu konudaki boşluğu doldurması gerekiyor, teziniz bunu içeriyor mu bilmiyorum ama, her önüne gelenin dava açma durumuyla karşı karşıya kalırsak, sadece iletişimle halledilecek bir iş değil, hekimlik yapamaz oluruz. Birilerinin hem sistemsel olarak hem de bilirkişi bazında bu anlayışı değiştirecek adımların atılması gerekiyor."

Klinisyen katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen verilerden anlaşılacağı üzere malpraktis başta olmak üzere tıbbi-adli sorunların nedenleri ile etik ikilem ve sorunların nedenlerinin kesiştiği noktaların bulunduğu; bunlar arasında "iletişim sorunları" ile etiko-legal" sorunlar hem etik ikilem/sorunlara hem de tıbbi-adli sorunlara mahal vermektedir. Bunun yanı sıra kurum ve sağlık sisteminden kaynaklı sınırlılık ve zorlukların

malpraktise yol açmasının yanı sıra iletişim sorunları üzerinden dolaylı olarak etik ikilem ve sorunlara da yol açtığı çıkarsanabilir. İşte, etik, etiko-legal ve malpraktis iddiaları başta olmak üzere tıbbi-adli sorunlara mahala vermemek ya da yaşananlara çözüm üretmek amacıyla klinik etik ve adli danışmanlığın aynı çatı altında, vakanın gerekliliğine ve klinisyenin gereksinimine göre ayrı ayrı ya da birlikte sunulduğu bir yapı gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de klinik etik danışmanlık hizmetinin sistematik, sürdürülebilir ve kurumsal bir yapıda sunulmaması ancak klinisyenlerle yapılan araştırmada da bu tür bir danışmanlık sistemine duyulan gereksinimin saptanması bugünün tıbbı bağlamında ulusal değer, kural ve koşullara uygun bir klinik etik danışmanlık sisteminin geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Araştırmanın temel savlarından birini oluşturan ve araştırmanın bu kısmıyla da kanıtlanan bu gerekliliğin hem etik ikilem/sorunların çözümünde hem de malpraktis ve tıbbi adli sorunların önlenmesinde yardımcı olacak danışmanlık sistemiyle karşılanabileceği ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın temel savlarından biri klinisyenlerden edinilen bulgularla kanıtlanmış, amaçlanan danışmanlık sistemini geliştirmek üzere de klinik etik danışmanlık için Kanada'dan klinik etik danışmanlar, kinik adli danışmanlık içinse Kanada ve Türkiye'den adli bilim ve tıp uzmanları ile araştırma yapılmıştır.

4.1.2. Klinik Etik Danışmanlar/Konsültanlar ile Yapılan Araştırma Sonuçları

"Klinik etik danışman/konsültan", kısaca klinisyenlerin klinik uygulamalarında yaşadıkları etik ikilem ve sorunların çözümüne önerileriyle yardımcı olarak, etik açıdan haklı çıkarılabilir bir karar verilmesini sağlayan uzmanı ifade etmektedir. Bu araştırmada Kanada hem klinik etik danışmanlık hizmetinin doğduğu hem de günümüz tıbbında bu hizmetin sistematik, sürdürülebilir ve kurumsal nitelikte sunulduğu topraklar olduğu için seçilmiştir. Dolayısıyla, **Grup II**'yi oluşturan klinik etik danışmanlar, Kanada'da tıp fakültesi, hastane ya da klinik etik merkezi gibi kurumsal bir yapıda aktif danışmanlık sunmak ve en az 5 yıllık deneyime sahip olmak ölçütlerine göre belirlenmiştir. Bunun yanı sıra Kanada'nın nüfus olarak yoğun ve klinik etik danışmanlık hizmetinin merkez olarak sunulduğu eyaletleri saptanarak, belirlenen danışmanlara katılım daveti gönderilmiştir. Buna göre Ontario, Québec, Britanya Kolumbiyası, Alberta ve Newfoundland&Labrador eyaletlerinde aktif olarak çalışan 14 (on dört) klinik etik danışmanla derinlemesine görüşme yapılmıştır.

"Bugünün tıbbı" kapsamında yürütülen araştırmanın bu kısmı; klinik etik danışmanlığın "nasıl" verildiğini, danışmanların etik ikilem/soruna yaklaşımları, danışmanlık istenen vakaların çoğunlukla neler olduğu, art alanları, vakayı nasıl çözdükleri, çözümde hangi

algoritma ve/veya etik ilke ve kuramlara başvurdukları, danışmanlık talebinden karara kadar nasıl bir işleyişe tabi oldukları, klinik etik kurul/komitelerle karşılaştırması, vakanın çözümünde ilgili yasal düzenlemelere ne derecede dikkat edildiği, yargıya intikal etmemiş ancak mediko-legal nitelikte olan vakaya yaklaşımlarını, biyomedikal teknolojilerin tıpta kullanımına dair farkındalıkları, bugün ve gelecekte yol açabileceği olası etik ve yasal sorunlara dair düşüncelerini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yapılan derinlemesine görüşme dökümlerinden hareketle kategori, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiş; bunlar katılımcılardan alıntılanan söylem örnekleriyle kanıta dayalı olarak açıklanmıştır. **"ED"** koduyla anonimleştirilen klinik etik danışmanlar, "bugünün tıbbı" bağlamında incelenen ikinci grup olup, edinilen veriler ışığında yapılan analiz ve bulgular 4.1.2 alt başlığında yer almaktadır.

4.1.2.1. Klinik Etik Danışmanların Demografik Özellikleri

Yukarıda belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda Grup II'nin katılımcıları Kanada'nın farklı eyaletlerinden, örneklem ölçütlerine uygun ve davetimizi kabul eden 14 klinik etik danışmandan oluşmaktadır. Bu grupta klinik etik danışmanlardan oluşan katılımcılara ilişkin demografik bilgilere Tablo 4.10'da yer verilmektedir:

Tablo 4.10: Klinik etik danışmanlara ilişkin demografik bilgiler.

Şehir	Cinsiyet	Akademik Unvan	Eğitim			
			Lisans	Yüksek Lisans	Doktora	Doktora Sonrası
Montréal, QC	Kadın	Prof. Dr.	Felsefe	Felsefe	Felsefe	Biyoetik
Hamilton, ON	Kadın	Prof. Dr.	Felsefe	Felsefe	Felsefe	Sağlık politikaları
St. John's, NL	Erkek	Prof. Dr.	Felsefe & Psikoloji	Felsefe	Felsefe	-
Edmonton, AL	Erkek	Prof. Dr.	Felsefe	Felsefe	Felsefe	Biyoetik
Toronto, ON	Erkek	Doç. Dr.	Felsefe	Felsefe	Biyoetik	Klinik etik
Edmonton, AL	Erkek	Doç. Dr.	Felsefe	Felsefe	Biyomedikal etik	Klinik etik
Kingston, ON	Erkek	Dr.	Felsefe	Felsefe	Felsefe	Klinik etik
Fernie, BC	Erkek	Dr.	Felsefe	Felsefe	Biyoetik & Halk sağlığı	-

Tablo 4.10
(devam)

Vancouver, BC	Kadın	Dr.	Felsefe	Biyomedikal etik & Klinik Etik	Biyomedikal etik & Klinik Etik	-
Waterloo, ON	Kadın	Dr.	Felsefe	Biyoetik&Sağlık hukuku	Felsefe	-
Montréal, QC	Kadın	Doç. Dr.	Solunum terapisi	Felsefe	Felsefe	-
Toronto, ON	Erkek	Dr.	Sosyal hizmetler	Biyoetik	Biyoetik	-
Toronto, ON	Erkek	Dr. Öğr. Üye.	Tıbbi antropoloji	Biyoetik	Biyoetik	-
Vancouver, BC	Kadın	Dr.	Hukuk	Biyoetik	Biyomedikal etik	-

Kanadalı klinik etik danışmanlara görüşme formunda bulunmayana ancak yapılan görüşmelerde demografik özellikleriyle ilgili sorular sorulmuş, danışmanlık için gerekli bilgi ve becerilere yardımcı olmak amacıyla eğitim üzerinde odaklanılmıştır. Bunun yanı sıra eyalet ve şehirlere göre danışmanlık hizmetindeki fark ve benzerliklerin varlığını saptamak amacıyla da davet öncesi şehir ve eyaletler üzerinde önemle durulmuştur.

Tablo 4.10'da yer alan demografik bilgilere göre **cinsiyet** ayırımı yapılmaksızın ölçüt örnekleme göre davet gönderilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden klinik etik danışmanlardan altısı (6) kadın, sekizi (8) ise erkektir. **Akademik unvan** açısından, örneklem ölçütlerine uygunlukları belirlenerek, katılım daveti gönderilen katılımcılardan olumlu yanıt çoğunlukla "doktor" unvanına sahip danışmanlardan gelmiştir. Buna göre katılımcıların altısı (6) doktor, biri (1) doktor öğretim üyesi (*assistant professor*), üçü (3) doçent, dördü (4) ise profesör unvanına sahiptir. Bu bağlamda akademik açıdan da görece genç danışmanların çekimser kalmadığı görülmektedir. Buna karşın, gerek demografik verilerden görüldüğü üzere gerekse davet sürecinde araştırmanın izlenimlerine göre, daha "üst" akademik unvana sahip danışmaların ise çoğunlukla pandemi kaynaklı ilave yoğunluklarından ötürü katılamadıkları ileri sürülebilir.

Şehir ve **eyalet** bazında ise yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda "maksimum çeşitlilik" esas alınarak yapılan davetler sonucunda katılım ağırlıklı olarak Ontario (ON) eyaletinden sağlanmıştır. Tablo 4.10'dan da görüldüğü üzere Ontario eyaletinde danışmanlık sunan katılımcılar toplam altı olup, katılımın gerçekleştiği şehirler Toronto (3) başta olmak üzere Hamilton (1), Kingston (1) ve Waterloo'dur (3). Ontario eyaletini ise ikisi (2) Vancouver, biri (1) de Fernie olmak üzere Britanya Kolumbiyası (*British Columbia*; BC) izlemektedir.

Montréal'dan iki (2) katılımcı ile Québec (QC), Edmonton'dan iki (2) katılımcı ile Alberta (AL) ve St. John's şehrinden bir (1) katılımcı ile de Newfoundland&Labrador (NL) eyaletlerinden klinik etik danışmalar katılım göstermiştir. Toronto başta olmak üzere katılımın Ontario eyaletinde yoğun olması, araştırmacının ilgili alan incelemesi ile de koşutluk sergilemektedir. Zira eyaletin birçok şehrine klinik etik danışmanlık hizmeti sunan ve klinik etik danışman yetiştiren Klinik Etik Merkezi'nin[51] varlığı Ontario eyaletinden katılımcı yoğunluğuna dayanak oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra şehir ve eyalet bazında yapılan değerlendirmede danışmanlık hizmetinin sunumunda, işleyişinde ve genel yaklaşımda fark olmasa da etik ikilem/sorunun çözümünde başvurulan algoritma, ilke ve yaklaşım farkının bulunduğu, bu farka danışmanın bireysel tercihinin kaynaklık ettiği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların **eğitim**i, klinik etik danışmanın sahip olması gereken bilgi ve yetilerine temel oluşturduğu ve klinik etik danışman olmak için elzem görülen niteliklere kaynaklık ettiği için önem arz etmektedir. Bu nedenle lisans eğitiminden başlanarak doktora sonrası araştırmacı derecesi dâhil olmak üzere (*postdoctoral degree*) tüm lisansüstü eğitimlerine yer verilmiştir. Edinilen verilerde katılımcıların lisans, yüksek lisans ya da doktora düzeyinde aldıkları **felsefe eğitimi** dikkat çekmektedir. Zira veriler göstermektedir ki on dört (14) katılımcıdan onu (10) lisans düzeyinde, dokuzu (9) yüksek lisans düzeyinde, yedisi (7) ise doktora düzeyinde felsefe eğitimi almıştır. Tek bir düzeyde felsefe eğitimi alanların yanı sıra lisans-yüksek lisans-doktora olmak üzere tüm düzeylerde eğitimini felsefe bölümünde tamamlayan danışmanlar (5) ile yüksek lisans ve doktora olmak üzere her iki düzeyde de felsefe eğitimi alan danışmanlar (6) ön plana çıkmaktadır. Klinik etik danışmanlardan herhangi bir düzeyde felsefe eğitimi alanların sayısı (11) ise büyük çoğunluğu oluşturması bağlamında dikkat çekmektedir. Anlaşılacağı üzere örgün öğretimde lisans veya lisansüstü düzeyde felsefe eğitimi klinik etik danışmanın yeterli koşullarından birini oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle gerek örgün öğretimde verilen felsefe eğitiminde; gerek analitik (çözümleyici) ve kritik düşünce teknikleri, tartışma (*discussion*), metin analizi, düşünce analizi, yazma, temellendirilmiş düşünce üretme teknikleri, gerekse etiğe ilişkin kuramsal bilgiler öğretilmektedir. Dolayısıyla **örgün felsefe eğitimi** alan kişilere etik danışmanlık için gerekli olan temel bilgi ve becerileri kazandırdığı için "yeterli koşul" (*sufficient condition*) olarak değerlendirilebilir.

"Doktora sonrası araştırmacı" olarak alana ya da uzmanlaşılan konuya ilişkin "bilgi ve görgüyü artırmak" aynı zamanda deneyim edinmek amacıyla eğitim alan katımıcı sayısı altı (6)

[51] Toronto'da yer alan Klinik Etik Merkezi (*Centre for Clinical Ethics*; CCE) ile ilgili bilgi edinmek için bakınız: CCE. *Centre for Clinical Ethics*. 2020. Access: July 25, 2022, Retrieved from: https://ccethics.com/

olup, gerekli koşul olarak değerlendirilememektedir. Zira bahsi geçen katılımcılardan üçünün (3) "klinik etik", ikisinin (2) biyoetik, birinin (1) ise sağlık politikaları üzerine doktora sonrası eğitimini aldığı görülmektedir. Ancak uzmanlaşmayı derinleştirmek adına ilgili alanda veya uzmanlaşılan konuda doktora sonrası çalışma ve eğitim salık verilebilir.

4.1.2.2. Klinik Etik Danışmanın Sahip Olması Gereken Temel Bilgi ve Becerilere İlişkin Bulgular

Kanadalı klinik etik danışmanlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde bir biyoetik ya da tıp etiği uzmanının klinik etik uzmanı dolayısıyla klinik etik danışmanlık yapabilmesi için sahip olması gereken bilgi ve becerilere ilişkin şu soru yöneltilmiştir: *"Her biyoetik/tıp etiği uzmanı aynı zamanda 'klinik etik danışman' olarak değerlendirilebilir mi? Peki, klinik etik danışman olabilmek için hangi nitelikler ve temel beceriler önemli ve gereklidir?"*[52] Katılımcı danışmanlardan alınan yanıtlardan hareketle **"bilgi" bağlamı**nda saptanan ana tema, alt tema ve kodlar ise Tablo 4.11'de sunulmaktadır:

Tablo 4.11: "Klinik etik danışmanın sahip olması gereken bilgi" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Felsefe Bilgisi	• Felsefe eğitimi • Kuramsal etik • Uygulamalı etik • Analitik düşünce • Kritik (eleştirel) düşünce • Etik kavrayış	• Felsefe alt yapısına sahip olma • "Ahlaki pusula" kavramını anlama ve içselleştirme • Kuramsal etik bilgisi • Etik kuramları ve yaklaşımları bilme • Uygulamalı etik bilme • Etik ilke ve kavramlara hakim olmalıdır • Etik uygulamaların arkaplanına hâkim olma • Mantık bilme • Analitik ve kritik düşünmeyi bilme
Klinik Etik Bilgisi	• Alan bilgisi • Disiplinlerarası alanyazın bilgisi • Etik karar verme bilgisi • Vaka analizi bilgisi • Arabulucu rolü • Klinik işleyiş bilgisi	• Etik karar verme bilgisine sahip olma • Kliniklerdeki etik sorunları bilme • Etik sorunları ve kavramları anlama • Müzakere ve uzlaşma bilgi ve becerilerine sahip olma- • Analiz bilgisine sahip olma • Alanla ilgili disiplinlerarası literatür bilgisine sahip olma • Etik ve moral paradigmalar hakkında bilgi sahibi olma
Sağlık Hukuku Bilgisi	• Sağlıkla ilgili ulusal yasaları bilme • Sağlıkla ilgili politikaları bilme • Tıbbi-adli vakalarda adli süreç ve işleyiş bilgisi	• Yerel ve ulusal sağlık mevzuatına hakim olma • İlgili yasa ve yönetmelikleri bilme • Hastayı etkileyebilecek yargıyla ilgili uyuşmazlıkları ve ilgili sağlık politikalarını bilme • Sağlık hizmetlerinin temel politikalarına hâkim olma • Adli süreçlere neden olabilecek durumlar hakkında karar verebilecek bilgiye sahip olma

[52] **Sorunun İngilizcesi:** "*Could each bioethicist/medical ethicist be assessed as well as a 'clinical ethics consultant'? So, which qualifications and key skills are essential and necessary to be a clinical ethics consultant?"*

Tablo 4.11
(devam)

Sağlık Sistemi ve Sağlık Kurum Bilgisi	• Sağlık sistemi bilgisi • Sağlık hizmetleri işleyiş bilgisi • Organizasyonel etik (Sağlık kurumu yasal ve etik işleyiş bilgisi) bilgisi	• Sağlık sistemini bilme • Sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri bilme • Sağlık kurumları, yapıları ve kurumlar hiyerarşisini bilme • Sağlık kurumunun değerlerini bilme • Sağlık kurumunun politikalarını bilme
Psikoloji Bilgisi	• Hasta ve yakınını anlama • Hekim ve sağlık çalışanını anlama	• Hastaların duygusal durumlarını anlamak için psikoloji bilme • Hasta yakını/ailenin duygusal durumunu anlamak için psikoloji bilme • Birlikte çalışılan hekim ve diğer çalışanların duygusal durumlarını anlamak için psikoloji bilme

Klinik etik danışmanların yanıtlarından danışmanlığın özel bilgi, nitelik ve yetilere gerektirdiği anlaşılmakta, bu nedenle *"her biyoetik/tıp etiği uzmanının bu niteliklere sahip olmadan danışmanlık yapamayacağı"* dile getirilmektedir. Nitekim bu konuda katılımcının görüşünü temsil eden açık ifadesine aşağıda yer verilmektedir:

ED_{14}: "Her biyoetik/tıp etiği uzmanının klinik etik uzmanı olma hakkı vardır, ancak temel becerilere, yıllara ve deneyime sahip olmadan klinik etik danışman olamaz. Yani klinik etikçi olmak için etikçinin felsefe okuması, etik kuramları, yaklaşımları ve en azından uygulamalı etiği bilmesi gerekir. İnsanları ve onların duygusal durumlarını anlamak için psikoloji; hastalarla konuşmak için iletişim becerileri; kliniklerdeki etik sorunları bilmek için klinik etik çalışması gerekir. Bu nedenle bir biyoetikçi, tüm bu bilgi ve becerilere sahip olmadan ve klinik etik danışmanlık çalışmadan klinik etik uzmanı ve danışmanı olmamalıdır."[53]

Gerek alıntılanan cümleden gerekse yukarıdaki tablodan klinik etik danışmanın felsefe eğitimi alarak ya da çalışarak sahip olması gereken felsefi bilginin, danışmanlığın zorunlu koşulu olduğu görülmektedir. Nitekim danışmanlık sunarken başvurulan etik kuram, yaklaşım, ilkeler ve değerler bilgisi ancak ve öncelikle felsefi bilgiyle edinilebilmektedir. İlaveten hastalarla sağlıklı ilişki kurup, onları anlayabilmek adına iletişim ve psikoloji bilgisinin gerekliliği de vurgulanmaktadır. Bu bağlamda on dört (14) katılımcının söylemlerinde öne çıkan *"felsefe bilgisi", "klinik etik bilgisi", "sağlık hukuku bilgisi", "sağlık sistemi ve sağlık*

[53] **Metnin özgün hali:** "Each bioethicist/medical ethicist has right to be a clinical ethicist but cannot be a clinical ethics consultant without having the key skills, years and experience. I mean, to be a clinical ethicist, the ethicist has to study philosophy to know ethics theories and approaches and applied ethics at least; psychology to know persons and their emotional state; communication skills to talk the patients; study clinical ethics to know ethical issues in clinics. And so a bioethicist should not be a clinical ethicist and consultant without them and without studying clinical ethics consultation."

kurum işleyişi bilgisi" ve *"psikoloji bilgisi"* ana temaları belirlenmiştir. elirtilen ana temalar arasında yer alan "**felsefe bilgisi"** temel olarak ***"felsefe eğitimi", "kuramsal etik", "uygulamalı etik", "analitik düşünce"*** ve ***"kritik (eleştirel) düşünce"*** alt temaları ile belirlenmiştir. Zira klinikte etik açıdan "iyi" ve "kötü"yü göstermesi bağlamında "ahlaki pusula" rolünü üstlenen danışmanın, bu rolü yerine getirirken, "iyi" ve "kötü"nün mahiyetini, ilgili etik ikilem/sorun ile ilişkilendirmesi ve etik yaklaşımlardan hangisinin çözümde "iyi"ye ulaştıracağını öncelikle kendisinin bilmesi gerekir. "İyi" ve "kötü"nün belirlenmesinde ayrıca çözümleyici ve eleştirel yaklaşım da gerekli olup, bu da beraberinde analitik ve kritik düşünme bilgi ve becerilerine iyiliğe elzem kılar. Felsefe kapsamında mantık bilgisi klinikte tüm paydaşlar tarafından ileri sürülen argümanların mahiyetini, etik açıdan arka planını ve argümanların hangisinin yanlışlanabilir, hangisinin doğrulabilir olduğunun belirlenmesi yönünde bilgi ve içgörü de kazandırır. Tüm bu nedenlerden ötürü danışmanlıkta felsefe bilgisi ve bu bilgiyi kazandıran felsefe alt yapısı/eğitimi önem ve gereklilik arz etmektedir. Klinik etik danışmanlıkta felsefe alt yapısının gerekliliği ve önemi ile ilgili katılımcı söylemleri şu şekildedir:

ED_4: "Kesinlikle, öncelikle, çok sağlam bir etik kavrayışına, etik ilkelerin, etiğin doğasının ve etik karar vermenin bilgisine sahip olmanız gerekir. [Bu noktada] felsefe alt yapısının çok önemli olduğunu düşünüyorum, bence bu çok, çok, çok fayda sağlar çünkü eğer bir felsefe alt yapınız, geçmişiniz varsa, mantığı anlarsınız ve mantık, argümanların nasıl bir araya getirilip tutulduğunu anlamak, dolayısıyla farklı bakış açılarını anlamak ve açık fikirli olmak adına oldukça önemlidir. Çoğu zaman içinde bulunulan durumun siyah ya da beyaz olmadığını, grinin gölgesinde kaldığını anlamak için de [mantık] önemlidir. Yani, (…) şayet felsefe temeliniz varsa, hem her iki dünyayı [hastanın ve hekimin] anlar hem de bu dünayada yaşanılanların açık kazanmasına yardımcı olursunuz."[54]

ED_7: "(…) bir felsefeci olarak anladığınız faydacılığın ne olduğunu ve neden evrensel olarak kabul edilmediğini biliyorsunuz. Evet, bence bu faydalı bir şey. Ve ontoloji nedir ve Kantçı kuram ne anlama gelir? Erdem teorisi nedir? Bunlar daha önce çalıştığınız veya bildiğiniz şeylerse, "tamam bu analizi anladım, işte bu sorunu nasıl incelemeniz gerekiyor?" diyebileceksiniz. Ve bu, büyük bir fark yaratıyor!"[55]

---

[54] **Metnin özgün hali:** "Definitely, I mean, you have to have a very solid understanding of ethics in the first place, and ethical principles and the nature of ethics and ethical decision making. I think philosophy background is essential, I think it's very, very, very useful because if you have a philosophy background, you understand logic, and logic is so important to understand how arguments hold together, and to understand different perspectives and to be open minded. To understand that situations are many times they're not black and white, they're shades of grey. So, (…) if you have a philosophy background, you can understand both worlds [of the patient and physician] and to help bring clarity."

[55] **Metnin özgün hali:** "(…) as a philosopher, you know what utilitarianism is, and why it's not universally accepted. Yes, I think that's a useful thing. And what is the ontology and what is Kantian theory? What is virtue theory? If these are things

ED_8: "Bence temel beceriler kesinlikle çok daha fazla iletişim çevresinde dönüyor. Ancak felsefe alt yapım olduğundan, felsefe eğitiminiz genellikle belirli türden eleştirel düşünme becerileri geliştirmenize yardımcı olur, böylece tabiri caizse gerçeğe dayanarak elmaları portakallardan ayırmaya başlayabilirsiniz. Bu, bir durumun mahiyetinin ne olduğuna açıklık kazandırmanıza yardımcı olur."[56]

Yukarıda yer verilen katılımcı söylemlerinde de belirtilen "felsefe temeli/alt yapısı" ile edinilen felsefi bilginin kuramsal olması nedeniyle klinik uygulamada gerekli olan bir diğer bilgi türü de ***"klinik etik bilgisi"***dir. Zira katılımcılara göre, klinik etik bilgisi; danışmana klinikte yaşanan etik ikilem/sorunu tanımlama ve çözebilme, *"etik kararlara ulaşma",* etik açıdan sorunlu olan *"vakayı analiz edebilme", "klinik işleyiş hakkında bilgi sahibi"* ve *"disiplinlerarası alanyazın bilgisi"*ne olma gibi bilgileri kazandırmaktadır. Nitekim katılımcıların söylemlerinden saptanan şu kodlar da klinik etik bilgisinin, kuramsal etik bilgisinden farkını ortaya koymaktadır:

"Etik karar verme bilgisine sahip olma", "analiz bilgisine sahip olma", "kliniklerdeki etik sorunları bilme ve anlama", "klinik usul ve gerçekleri bilme", hastalar/aileler için faydalı sonuçlara ulaşmaya ve zararı en aza indirmeye odaklanma", "etik ve moral paradigmalar hakkında bilgi sahibi olma", "müzakere ve uzlaşma bilgi ve becerilerine sahip olma" ve *"alanla ilgili disiplinlerarası literatür bilgisine sahip olma"*. Bu doğrultuda klinik etik danışmanın sahip olması gereken ve klinik etik bilgisi kapsamında yer alan bilgilere ilişkin katılımcı görüşü aşağıda görülmektedir:

ED_2: "(…) değerlendirme becerilerine, usule ve sürece ilişkin becerilere, kişilerarası uyum becerilerine, ahlaki akıl yürütme ve etikle ilgili becerilere, danışmanlıkla ilgili becerilere ilişkin bilgi, etik sorunların ve kavramların anlaşılması, klinik usul ve becerilerin farkındalığı, sağlık sistemlerinin bilinirliği, sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemelerin bilirliniği, tüm bu unsurlara biyoetikçi sahip olmalıdır."[57]

---

you've studied or you know, then you'll be able to say "okay, I understand this analysis, here's how you have to look at this problem". And that makes a big difference!"

[56] **Metnin özgün hali:** "I think the key skills are really much more around communication. But since my background in philosophy, your philosophical training generally helps you to develop certain kinds of critical thinking skills, so that you can start to separate apples from oranges, so to speak by virtue of the fact. Well, it helps you to clarify what the nature of a situation is."

[57] **Metnin özgün hali:** "(…) knowledge regarding assessment skills, process skills, interpersonal skills, moral reasoning, skills relevant to ethics, consultation, understanding of ethical issues and concepts, awareness of clinical modalities, awareness of healthcare systems, awareness of healthcare legislation, all that stuff goes into bioethicists."

Klinik etik bilgisinin psikoloji, iletişim, vakanın ilgili olduğu tıp alanı gibi ilgili disiplinlerle iş birliğini ve disiplinlerarası bilgiyi gerektirdiğine ilişkin olarak katılımcının ifadesi şu şekildedir:

ED_{13}: "İş birliği, farklı meslekleri ve disiplinleri içerdiği sürece her zaman fayda sunar. Bu nedenle de yeni öğrenme ve uygulama alanlarını öğrenip, anlamaya devam ediyorum ve karmaşık sorunların, ikilem ve durumların analizinde diğer disiplinleri de hesaba katıyorum."[58]

Ana temalardan anlaşılacağı üzere klinikte etik danışmanlık sunabilmek için bilgi düzeyinde salt felsefe ve klinik etik bilgisi değil, aynı zamanda sağlık sistemi, sağlık kurumu işleyişi, sağlık politikaları ve sağlıkla ilgili yasal düzenlemelere dair de bilgi sahibi olmak gereklilik arz etmektedir.

Nitekim danışmanlık verilen vakada etik ikilem/sorunu çözüp, kararın hem etiğe, hem ilgili sağlık kurumun etik kültürüne, hem de ulusal ve bağlayıcı uluslararası yasa ve yönetmeliklere uygun olması gerekir. Bu doğrultuda katılımcı ifadeleriyle belirlenen ***"sağlık hukuku bilgisi"*** ana teması içerik bağlamında*"sağlıkla ilgili ulusal ve yerel yasaları bilme", "sağlıkla ilgili politikaları bilme", "tıbbi-adli vakalarda adli süreç ve işleyiş bilgisi"* alt temaları ile sınıflandırılmıştır. Yapılan sınıflandırmada *"yerel ve ulusal sağlık mevzuatına hâkim olma"* ile *"ilgili yasa ve yönetmelikleri bilme"* kodlarında dikkat çeken husus ise Kanadalı katılımcıların "ulusal (federal)" ve "yerel" yasal düzenlemeleri vurgulamaları olmuştur. Bu anlayış on eyaletten oluşan Kanada'nın eyalet sistemiyle yönetilmesi ve her bir eyaletin özerk yasa ve yasal düzenlemelerinin bulunması ile açıklanabilir. Bu nedenle ulusal yasaların yanı sıra "yerel (*provincial*) yasalar" ibaresi kullanılmış olabilir. Ancak Türkiye için durum ilgili "ulusal ve bağlayıcı uluslararası yasalar" olarak ifade edilebilir. Bu konuda katılımcıların görüşünü temsil eden söylem örneği aşağıda yer almaktadır:

ED_{6}: "Sağlıkla ilgili federal ve eyalet yasalarını bilmek ve anlamak."[59]

Yasaları yerel ve ulusal ölçekte ayırmayıp, genel anlamda yasa ve yasal düzenlemelere uygunluğa değinen katılımcılar ise görüşlerini şu şekilde dile getirmektedir:

ED_{7}: "Ve kuşkusuz alanınla ilgili yasaları bilmen ve anlaman gerekiyor."[60]

ED_{13}: "Yasal kurallar genellikle karar verme sürecine temel oluşturur."[61]

---

[58] **Metnin özgün hali:** "(…) the collaboration is always beneficial, if it includes different professions and disciplines. Therefore, I continue to learn, to understand new areas of learning and practice, and I count on other disciplines in the analysis of complex problems, dilemmas, and situations."

[59] **Metnin özgün hali:** "To know and understand the relevant federal and provincial health laws."

[60] **Metnin özgün hali:** "And of course, you have to know the laws in your area, you have to understand the law."

[61] **Metnin özgün hali:** "The legal rules are usually the basis for the decision-making process."

ED_{14}: "Çözümüm ve önerimin yasal çerçevede kabul edilip, meşru kılındığından emin olabilmem için ilgili yasal kurallara/yönetmeliklere bakmam ve uymam gerekiyor."[62]

Yasaların yanı sıra sağlık politikaları ve düzenlemelere uygunluğa da dikkat çekildiği katılımcıların aşağıda yer alan ifadelerinden görülmektedir:

ED_1: "Uygulamalı etik çalışıyoruz ve [bu nedenle] yasaya uygun hareket etmeliyiz, ancak bu [etik-hukuk] sınırların nerede başlayıp bittiğini bilmeliyiz. Ve yasa bazı alanlarda çok spesifiktir, fakat mevzuata baktığımızda çok açık olduğunu görürüz. Yani *Ruh Sağlığı Yasası*, *Tedaviye Muvafakat Yasası* gibi yasalarımız var, elimizde tüm bu yasalar bulunuyor. Bakmamız gereken *Tıbbi Yardım ve Ölüm Yasası* var ve en azından hastane avukatları tarafından hazırlanan ve klinisyenler tarafından uygulanan hastane politikalarımıza [uygun karar verildiğinden] emin olun."[63]

ED_{11}: "Yasal boyut tartıştıklarımıza çerveçe çiziyor bununla birlikte etik danışmanlık sadece bir yasal danışmanlık değildir ve olmamalıdır da çünkü yasal tavsiye vermiyoruz ve hukuk birimleri bunun için var. Ancak yasaya uymak da ahlaki bir yükümlülüktür çünkü hem hukuk hem de etik değerlere dayanır."[64]

"Sağlık hukuku bilgisi" kapsamında klinik etik danışmanın sahip olması gereken diğer bilgi alanı da *"tıbbi-adli vakalarda adli süreç ve işleyiş bilgisi"* kapsamında*"hastayı etkileyebilecek yargıyla ilgili uyuşmazlıkları ve ilgili sağlık politikalarını bilme"* ve *"adli süreçlere neden olabilecek durumlar hakkında karar verebilecek bilgiye sahip olma"*dır. Anlaşılacağı üzere danışmanlık verilen vakada verilecek kararın ilgili yasa, yönetmelik ve politikalarla çatışıp, hasta açısından olumsuz yasal sonuçlara mahal vermemek ve yasal düzenlemerle çatışan karar örneklerine dair bilgi sahibi olmak önemli görünmektedir. Böylece alınacak karar tıbbi-adli sorunlara yol açmayacak, etik açıdan olduğu kadar yasa nezdinde de meşru kılınmış olabilecektir. Bu önemli husus katılımcıların söylem örneklerinde şu şekilde ön plana çıkmaktadır:

---

[62] **Metnin özgün hali:** "I have to follow and look at the relevant legal rules/regulations in order to make sure that my solution and offer are accepted and justified by the legal framework."

[63] **Metnin özgün hali:** "We practice practical ethics and we have to operate within the law, but know where those lines are. And, the law is in some areas, it's very specific, but when it goes to legislation, it's very open. So, we have like the *Mental Health Act* and the *Consent to Treatment Act*, we have all these acts. The *Medical Assistance and Dying Act* that we need to look at, and make sure that our hospital policies, at least reflect that the acts are done by lawyers at the hospital, or run by clinicians."

[64] **Metnin özgün hali:** "Legal aspects frame what we are discussing nonetheless, an ethics consultation is not merely a legal consultation and it shouldn't be as we are not giving legal advice, and that's what the legal department is for. But there is a moral obligation to obey the law as well because both law and morality are both grounded in values."

ED_6: "Yapılan işi ya da hastayı ve ailesini/yakınlarını etkileyebilecek yargıyla ilgili uyuşmazlıkları ve ilgili sağlık politikalarını bilmek ve anlamak. Hasta ve ailesi/yakınları için yararlı olabilecek sonuçlara ulaşmaya ve zararı en aza indirmeye odaklanmak."[65]

ED_2: "Bir biyoetik uzmanının, çalıştığı alanın yetki ve yargı alanında hiçbir şüpheye yer vermeyecek şekilde sağlıkla ilgili yasa ve yönetmeliklerle çalışma aşinalığı olmalıdır."[66]

Klinik etik danışmanın alınacak karara yaptığı öneriyle yön verirken, hastanın bulunduğu, danışmanlık sunulan sağlık kurumunun değerleri, kurum politikalarını ve kurumun bir parçası olduğu ve işleyişini belirleyen sağlık sistemine ilişkin de bilgi sahibi olması beklenmektedir. Bu doğrultuda **"sağlık sistemi ve sağlık kurum bilgisi"** ana teması belirlenmiş; *"sağlık sistemini bilme", "sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri bilme", "sağlık kurumları, yapıları ve kurumlar hiyerarşisini bilme", "sağlık kurumunun değerlerini bilme"* ve *"sağlık kurumunun politikalarını bilme"* kodlarıyla içeriklendirilmiştir. Kodlamada esas alınan ve alt temayı oluşturan bilgi alanları ise kısaca şu şekilde sıralanmıştır: *"Sağlık sistemi bilgisi", "sağlık hizmetleri işleyiş bilgisi"* ve *"organizasyonal etik bilgisi"*. Gerek alt temalara gerekse kodlamaya kaynaklık eden söylem örnekleri aşağıdaki gibidir:

ED_6: "Sağlık kurumları, kurumlar hiyerarşisi ve yapıları hakkında bilgi sahibi olmak."[67]

ED_5: Benim için klinik etik danışmanlık, kurumun her şeyi yaptığından emin olmanın bir yoludur; hem servisteki hastaya hem de hastaya bakım sunmaya çalışan tüm insanlara hizmet verebilen ancak merkezde hastayı tutan… Bu, benim için oldukça önemlidir. Yani, bu alana baktığımda, gördüğüm ve var olan şey, sistemin hastanın iyiliğini artırmaya çalışmak için tasarlanmış olmasıdır. Biz de bu nedenle buradayız!"[68]

Yukarıda belirtilen tüm bilgi alanlarının yanı sıra klinik etik danışman olarak hem hastaların, ailelerinin/hasta yakınlarının hem de birlikte çalışılan hekim ve yardımcı sağlık çalışanlarının değerlerini ve duygu durumlarını anlayarak, öneride bulunmanın özellikle başka bir etik ikilem ya da soruna mahal vermemek adına önemli olduğu ifade edilmektedir. Bu ise ya ahlak psikolojisi ya da **"psikoloji bilgisi"** ile olanaklı kılınmaktadır. Katılımcılar klinikte

---

[65] **Metnin özgün hali:** "To know and understand jurisdictional issues and relevant politics of healthcare which may impact work or patient and family/relatives. To be focus on achieving outcomes beneficial to patient/family and minimizing harm."

[66] **Metnin özgün hali:** "A bioethicist should have a working familiarity with health law that's relevant to the jurisdiction in which they're working for no question about that."

[67] **Metnin özgün hali:** "To have knowledge of health institutions, and hierarchy and structures of the institutions."

[68] **Metnin özgün hali:** "For me, clinical ethics consultation is a way of making sure that the institution is doing everything, it can to serve the patient in the facility, as well as all of the people trying to provide care for the patient, but the focus is the patient… So that's very important for me. So my, when I look at this area, I see okay, what's going on is that the system is designed to try to advance the well-being of the patient. That's why we are here!"

sunulan etik danışmanlıkta psikoloji bilgisinin gerek karşıdakini anlamada gerekse kararda belirleyici olması bağlamında önemli olduğunu şu sözleriyle dile getirmektedir:

ED_9: "Lisans öğrencilerime verdiğim derslerin ilk birkaç saatinde, ahlak psikolojisinin günlük karar verme biçimimize bile temel oluşturduğunu ve tek bir politikaya veya beynimizdeki tek bir sürece/yönteme indirgenemeyeceğini fark etmelerini sağlamaya çalışıyorum."[69]

ED_{10}: "İnsanları, ahlak psikolojisini ya da sadece karar verme psikolojisini çok iyi anlamayı gerektirdiğini düşünüyorum. Ve bu tür bilgi ve beceriler uygulamalı bir alanda ilerlemek adına oldukça önemlidir."[70]

Yukarıdaki alıntılar, klinik etik danışmanlıkta gerek danışmanın hizmet sunduğu kişilerin duygusal durumlarını anlayıp, bu durumun etik ikilem/sorunun çözümünde göz önünde bulundurmak gerekse karar vericilerin kararında belirleyiciliği saptamak adına psikoloji ya da ahlak psikolojisine ilişkin bilgi sahibi olunmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Klinik etik danışmanın bilgi düzeydinde sahip olması gerekenlerin yanı sıra mesleki uygulamalarında iyeliği elzem görünen yetileri de bulunmaktadır. Danışman katılımcılardan alınan yanıtlardan hareketle belirlenmiş olan **"beceri" bağlamı**ndaki tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.12'de yer verilmektedir:

Tablo 4.12: "Klinik etik danışmanın sahip olması gereken beceri" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Etik Karar Verme Yetisi	**"Üstün düşünme" yetisi**	• Analitik düşünme • Eleştirel düşünme • Mantık kurallarını bilme
	Vaka analizi yetisi	• Uslamlama (argümantasyon) • Ahlaki akıl yürütme/muhakeme • Değerlendirme becerileri • Analiz sürecini şeffaf yürütme • Karmaşık/zor argümanları anlaşılır kılabilme • Paydaşların en yüksek faydasına/en az zararına çabalama • Etik açıdan "iyi" karar verebilme

[69] **Metnin özgün hali:** "In the first couple hours, I ever spent teaching undergraduates and I'm trying to get them to realize that even moral psychology is basis in the way that we make decisions on a day to day and can't be reduced to a single policy, or a single process/way inside our brain."

[70] **Metnin özgün hali:** "I find it requires a lot of understanding of people, moral psychology, or just psychology of decision making. And these kinds of knowledge and skills are crucial to moving into the applied field."

Tablo 4.12 (devam)

	Etkili iletişim becerileri	• Dinleme • İyi bir iletişimci ve iyi bir dinleyici olma • Hastalarla konuşmak için iletişim becerileri • Güçlü ilişkiler kurma • Meslektaşlarla iş birliği geliştirme • Güçlü iletişim
Arabulucu Rolü	**Kişisel beceriler**	• Empati kurma • Objektif olma • Açık ve net/şeffaf olma • Farklı bakış açılarına sahip olma • Ekip çalışmasında uyumlu olma • Kişilerarası uyum becerileri • Sakin olma • Sabırlı olma • Mütevazı olma

Katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerde klinik etik danışmanlık için gerekli olan **"beceriler" bağlamı**nda danışmanın sahip olması gereken ***"üstün düşünme yetisi"*** ile ***"etkili iletişim becerileri"*** üstünde önemle durulmuştur. Bunların yanı sıra klinikte etik danışmanlığın esasını oluşturan *"vaka analizi yetisi"* ve verilen hizmeti insani ve ahlaki kılan *"kişisel beceriler"* alt teması da öne sürülmüştür. Dile getirilen tüm alt temaların esasen danışmanın temel iki görevi olan "etik karar verme" ve "arabuluculuk"a içerik kazandırdığı görülmektedir.

"Etik karar verme yetisi" ana temasının bileşenlerinden biri olan ***"üstün düşünme yetisi"*** alt teması *"analitik düşünme", "eleştirel düşünme"* ve *"mantık kurallarını bilme"* kodlarını içermektedir. Katılımcıların bu hususta görüşlerini temsil eden ifade örnekleri aşağıda görülmektedir:

ED_4: "Objektif, mantıklı, net ve şeffaf bir şekilde düşünmeniz gerekir."[71]

ED_5: "Doğru çözümün ne olduğunu bulmak için değerleri ve gerçekleri inceleyen eleştirel düşünme sürecinden geçmemiz gerekir."[72]

ED_8: "(…) felsefi becerilerin belirli bir düzeyde önemli olduğunu düşünüyorum, eleştirel düşünme, analitik düşünme ve iletişim becerilerine bir arada sahip olmanız

[71] **Metnin özgün hali:** "You need to think objectively, logically, clearly."
[72] **Metnin özgün hali:** "We have to go through a critical thinking process looking at values and facts to figure out what is the right solution."

gerekiyor. Ve bence eleştirel düşünme yetisi, yaşanan durumu analiz etmek ve değerlendirmek için önemli bir yetenek."[73]

ED_{10}: "Bir sorunu inceleyerek açıklamanın yolları mantıkla ilişkilidir. Bunu [bu ilişkiyi] fazlaca kurar ve küçük bir parça bilgi boşluğu olduğunu [olduğunda bile] fark ederiz."[74]

Yapılan alıntılardan da anlaşılacağı üzere gerek etik ikilem/sorunun tanımlanmasında gerekse çözüme götüren analizde "üstün düşünce teknikleri" olarak addedilebilen eleştirel, ve analitik düşünme ile mantık bilgisi önem arz etmektedir. İlaveten, danışmanlığın esası olan vaka analizi için gerekli olan yetiler şu şekilde saptanarak, kodlanmıştır: *"Uslamlama (argümantasyon)", "ahlaki akıl yürütme/muhakeme", "değerlendirme becerileri", "analiz sürecini şeffaf yürütme", "karmaşık/zor argümanları anlaşılır kılabilme"* ve *"paydaşların en yüksek faydasına/en az zararına çabalama"*. Bu yetilerin sonucu ise "etik açıdan 'iyi' karar verebilme" olup, verilen kararın haklı çıkarılmasında elzem rol üstlenmektedir. Danışmanların etik ikilem/sorunun analizinde gerekli olan yetilere ilişkin söylemleri aşağıdaki gibidir:

ED_1: "Uslamlama, iyi muhakeme yapma, empati kurma ve etkili iletişim becerilerinin yanı sıra temel yasal parametrelerin iyi anlaşılması da oldukça önemli yetilerdir."[75]

ED_2: "Değerlendirme becerileri, usule ve sürece ilişkin beceriler, kişilerarası uyum becerileri, ahlaki akıl yürütme, etikle ilgili beceriler, danışmanlıkla ilgili beceriler, etik sorunların ve kavramların anlaşılması (…) tüm bu unsurlara biyoetikçi sahip olmalıdır.[76]

ED_4: "Bir klinik etik uzmanı olarak, durumu doğru bir şekilde analiz edebilmek, doğru soruları sorup çözümleyebilmek, yanıtları bulabilmek ve bunları çok açık ve ikna edici bir şekilde paydaşlara sunabilmek için onlara vakit ayırmanız gerekir."[77]

Yukarıda alıntılanan söylemlerden etik ikilem/sorunun analizinin klinik etik uzmanının danışmanlık sunarken asli görevinin danışmanlık sunduğu paydaşlarla gerektiği

---

[73] **Metnin özgün hali:** "So I think the philosophical skills are important at a particular level, you need to have a combination of critical thinking with analytical thinking and communication skill. And I think critical thinking skill is important ability to analyze and assess situation."

[74] **Metnin özgün hali:** "Ways to unpack a problem are connected with the logic. We use this a lot and realize that little piece is an information gap."

[75] **Metnin özgün hali:** "A good understanding of the basic legal parameters as well as argumentation, good reasoning, empathy and effective communication skills are very important skills."

[76] **Metnin özgün hali:** "You know, assessment skills, process skills, interpersonal skills, what else moral reasoning, skills relevant to ethics, consultation, understanding of ethical issues and concepts, (…), all that stuff goes into bioethicists."

[77] **Metnin özgün hali:** "As a clinical ethicist, you can take the time to communicate with parties to truly, truly analyze the situation, to analyze the right questions, find the answers and provide them in a very clear and convincing way."

kadar vakit geçirip, analizde gerekli olan bilgiyi edinmek adına doğru soruları belirleyip, aldığı yanıtları doğru bir şekilde analiz edebilmesi beklenmektedir. Aldığı yanıtları ve edindiği verileri iyi ve ahlaki muhakeme ile düzenleyip, inceledikten sonra uslamlama yaparak yeni agümanlar üretebilmesi ve etik açıdan "iyi" karara ulaşması danışmanın yapması gerekenlerdir. Dolayısıyla etik danışmanın bu yetilere sahip olması elzem görünmektedir.

Klinik etik danışmanın birincil görevi olan etik vaka analizi ve karar verme ile bağlantılı olan rolü ise arabuluculuk olup, bu rol de etkili iletişim becerileri başta olmak üzere sabır, tevazu, sakinlik, kişilerarası uyumla ekip çalışmasına yatkınlık gibi kişisel becerileri de gerekli kılmaktadır. **"Arabulucu rolü"**nde kurulan ilişkiler, mevcut ilişkilerin düzenlenmesi ve sorunun mahiyetinin belirlenmesi hakkında katılımcı görüşü şu şekildedir:

ED_2: "Arabuluculuk, ilişkileri onarmakla; danışmanlığın öznesi olan klinisyenlerle ileriye dönük olarak ilişkiler kurmak ve onları anlamakla ilgilidir. Aynı zamanda, [etik] sorunları değer-temelli ve çıkar temelli olarak düzenlemekle ilişkilidir."[78]

Alıntılanmış olan katılımcı ifadesinden de anlaşılacağı üzere iyi ilişki kurmak ve düzenlemek iletişim becerile ile olanaklı kılınabilmektedir. Bu bağlamda danışmanın arabulucu rolü ana teması kapsamında "etkili iletişim becerileri" ve "kişisel beceriler" alt tema olarak belirlenmiştir.

"Etkili iletişim becerileri" alt temasına *"dinleme", "iyi bir iletişimci ve iyi bir dinleyici olma", "hastalarla konuşmak için iletişim becerileri", "güçlü iletişim", "güçlü ilişkiler kurma"* ve *"meslektaşlarla iş birliği geliştirme"* kodlarıyla içerik kazandırılmıştır. Katılımcıların çoğu gerek hasta, klinisyen ve diğer paydaşların tanınıp anlaşılmasında gerekse iş birliği kurulmasında iletişim becerilerini vurgulamaktadır. Etkili iletişimin gereklilik ve önemine değinen katılımcı ifadelerine örnekler aşağıda sunulmaktadır:

ED_2: "Elbette, etkili iletişim becerileri güçlü olmalıdır."[79]

ED_4: "İyi bir iletişimci ve iyi bir dinleyici olmalısınız. Çok sayıda farklı kişiyle ilgilenmeniz gerektiği, onları anlayabilmek, onlara doğru sorular sorabilmek, onlar için neyin

[78] **Metnin özgün hali:** "Mediation is about repairing relationships, understanding that going forward, the subject of the consultation will be having relationships with the clinicians. It's also about framing issues as value-based and interest-based."
[79] **Metnin özgün hali:** "Absolutely, effective communication skills should be strong."

önemli olduğunu ve gerçekte nelerin yaşandığını belirleyebilmek için bu özellikler oldukça önemlidir."[80]

ED_{14}: "Klinik etik danışman bir 'iyiliksever' gibi gelir ve güvenin yeniden inşa edilmesini, etkili iletişim kurulmasını, hastanın değerler, koşullar ve isteklerinin anlaşılmasını sağlayarak etik sorunun çözümlenmesine yardımcı olur."[81]

Hasta-klinisyen ve diğer paydaşlar arasında "arabulucu" olarak rol üstlenen danışmanın bu rolünü yerine getirirken iletişim becerilerinin yanı sıra *"empati kurma", "objektif/nesnel olma", "şeffaf olma", "farklı bakış açılarına sahip olma", "kişilerarası ilişkilerde uyumlu olma", "ekip çalışmasında uyumlu olma"* ile *"sakin, sabırlı ve mütevazı olma"* gibi **"kişisel beceriler"**e de sahip olması gerektiği görülmektedir. Kişisel becerilere dikkat çeken katılımcıların görüşlerini temsil eden ifade örnekleri şöyledir:

ED_4: "Gerçekten, en önemlisi, sakin, açık ve net olmanız gerektiğidir, birçok insan çok duygusallaşır, bu, oldukça yararsızdır. Sakin olmak aslında birçok kişilik özelliği gibi gerçekten önemlidir."[82]

ED_5: "Bu işi yapmak için aslında büyük bir alçakgönüllülükle hareket etmeniz gerekiyor zira etik uzmanı hâlihazırda konumlandırılmış bir bakış açısından gelecektir."[83]

ED_{10}: "Ekip olarak birlikte çalışabilmemiz gerekiyor ki bu da fazlasıyla mütevazı ve sabırlı olmayı gerektiriyor."[84]

Öz olarak, Kanada'da klinik etik danışmanlık hizmeti sunan katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen veriler ışığında "her biyoetik/tıp etiği uzmanının aynı zamanda klinik etik uzmanı ve danışmanı olamayacağı", klinik etik uzmanının asli görevlerinden birinin danışmanlık olduğu ve bunun için de özel bilgi ve becerilere gereksinim duyulduğu anlaşılmaktadır. Bahsi geçen bilgi alanında kuramsal ve uygulamalı etik bilgisi ve kavrayış kazandıran felsefe eğitimi ile klinik etik bilgisi; beceri alanında ise özellikle "kişilerarası uyum"u sağlamak adına etkili iletişim becerileri ile kişisel beceriler öne

[80] **Metnin özgün hali:** "You need to be a good communicator and a good listener. They are so important because you have to deal with so many different people and be able to understand them, and be able to ask the right questions to find out what's important to them and, and what's really going on."
[81] **Metnin özgün hali:** "Clinical ethics consultant like a 'philanthropist' comes and helps to solve the ethical issue providing to rebuild trust, to have communication effective, and understanding of patient values, conditions and wishes."
[82] **Metnin özgün hali:** "Really, most important, you have to be calm, you have to be clear, many people get very emotional, that is very unhelpful. You have to be calm, like actually a lot of personality traits that are really important."
[83] **Metnin özgün hali:** "To do this work, you actually need to come with a great deal of humility, because the ethicist themselves will be coming from a perspective that is situated."
[84] **Metnin özgün hali:** "We have to be able to work together as a team, it requires a lot of humility and patience."

çıkmaktadır. Dolayısıyla bir biyoetik/tıp etiği uzmanının klinik etik danışman olabilmesi için tüm bu bilgi ve becerilere sahip olması gerekmekte; buları kazandırmak için de özel eğitim elzem görünmektedir.

4.1.2.3. Klinik Etik Danışmanların <u>En Çok</u> Danışmanlık Sundukları Etik Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmaya Kanada'dan katılan klinik etik danışmanların deneyimleri kapsamında öncelikle ağırlıklı olarak danışmanlık verdikleri etik ikilem/sorunlara; bu sorunlara yaklaşımları ve analizde başvurdukları algoritma, etik kuram, ilkelere; klinik etik komiteler ya da hastane etik kurullarına nazaran avantaj ve dezavantajlarına ilişkin görüşleri saptanmıştır.

Ayrıca klinik etik danışmanın, klinik adli danışmanla olası iş birliği hakkında düşünceleri fayda ve riskler kapsamında tespit edilmiştir. Bu bağlamda ilk olarak en çok hangi etik ikilem/sorunlara danışmanlık sunduklarını belirlemek amacıyla görüşme formunun ilk kısmında (Bölüm I) yer alan şu soruya yanıt aranmıştır: *"Klinik uygulamalardan kaynaklanan hangi etik ikilem/sorunlar çoğunlukla klinik etik danışmanlık gerektirir? Mesleki yaşamınızda sizi <u>en çok</u> zorlayan ya da <u>en çok</u> etkileyen etik ikilemi/sorun hakkında bilgi verebilir misiniz?"*[85]

Danışmanlar en çok danışmanlık verdikleri etik ikilem/sorunlar ya da zorlandıkları kararların ağırlıklı olarak nafile tedavi, nafile tedavide hasta yakınlarının ısrarı, karar verme yeterliği olmayan hastada aleyhte onam, agresif tedavi, palyatif bakım, riskli gebeliğin sonlandırılması ve hekim yardımlı intihar konularında olduğunu ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda belirlenen bağlam, ana tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.13'te yer verilmektedir:

[85] **Sorunun İngilizcesi:** *"Which ethical dilemmas/issues rising from clinic practice mostly do necessitate clinical ethics consultation? Could you describe the ethical dilemma/issue that has been the most difficult or affected you in your professional life?"*

Tablo 4.13: "En çok danışmanlık verilen etik sorunlar" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Yaşamın Sonu	• Ötanazi • Nafile/boşuna tedavi • Tedavinin sonlandırılması • Tedavinin çekilmesi • Palyatif bakım	• "Tıbbı yardımlı ölüm" • Hekim yardımlı intihar • Çocuk hastada solunum cihazının çekilmesi • İleri yaş hastada solunum cihazını çekilmesi • Orantılılık ilkesi • Faydasız tedavide ısrar
Yaşamın Başlangıcı	• Küretaj • Yenidoğanla ilgili tedavi ve bakım kararları	• Gebeliğin sonlandırılması • Engelli yenidoğanla ilgili bakım kararları • Premature bebekle ilgili bakım kararları • Tıbbı tahliye
Özerklik	• Psikiyatri hastalarıyla ilgili tedavi/bakım kararları • Pediatri hastalarıyla tedavi/bakım kararları • Geriatri hastalarıyla tedavi/bakım kararları • Aleyhte onam	• Karar verme yeterliğinden yoksun olan hastalar • Ailenin kararı • Vekil karar vericiler • Aydınlatılmış onam • İleri yaş hasta (ailesi çıkar çatışması) • Yeterli hastanın özerklik ihlali • Hastanın kararlarına ailenin müdahalesi
Adalet	• Kısıtlı tıbbi kaynakların adil dağıtımı	• Kaynakların sınırlı oluşu • Yoğun bakım kaynaklarının dağıtımı • Boşuna tedavide ısrar

Danışman katılımcıların verdikleri yanıtlar doğrultusunda en çok danışmanlık sundukları etik ikilem/sorunlar yaşamın başlangıcına ve sonuna ilişkin kararlar, özerkliğin ihlali ve adalet başlıkları altında toplanmış, ana temalar da bu başlıklara koşut olarak belirlenmiştir. Buna göre, **"yaşamın sonu"** ana teması kapsamında *"ötanazi", "nafile/boşuna tedavi", "tedavinin sonlandırılması", "tedavinin çekilmesi"* ve *"palyatif bakım"* alt temaları saptanmıştır. Zira katılımcılar ulusal boyutta "tıbbi yardımlı ölüm"ün[86] yasal olması nedeniyle klinikte en çok danışmanlık talep edilen vakalar arasında bu konunun bulunduğunu belirtmişlerdir. ***"Ötanazi"*** *ve* ***"hekim yardımlı intihar"ı ihsas eden "tıbbi yardımlı ölüm"*** ve yasallaşması ile ilgili katılımcının söylem örneği aşağıda görülmektedir:

[86] Kanada Hükümeti, 17 Mart 2021 tarihinde Ceza Kanunu'nda yaptığı güncelleme ve yayımladığı "Tıbbi Yardımlı Ölüm Yasası" ile hekim yardımlı intihar ve ötanaziyi ulusal boyutta yasal ve uygulanabilir kılmıştır. Her ne kadar öncesinde Québec gibi bazı eyaletlerde hekim yardımlı intihar öncelikli olmak üzere "tıbbi yardımlı ölüm" yasal olsa da ulusal ölçekte tüm eyaletlerde belirtilen tarihte yasallaşmıştır. (See. Government of Canada. *Medical Assistance in Dying*. Access: April 27, 2022, Retrieved from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html).

ED_1: "Tıbbi yardımlı ölüme yasal açıdan izin veriyoruz, bu nedenle hem ötanazi hem de hekim-yardımlı-intihar burada 'tıbbi yardımlı ölüm' olarak adlandırılıyor. Ve bu, çok tartışmalı bir konu olduğu için etik işin içine giriyor."[87]

Katılımcı söyleminden tıbbi yardımlı ölümün doğrudan "yaşamın kutsallığı" ve "hekimin zarar vermeme" yükümlülüğü ile çelişmesinin, buna karşın hukuken izin verilmesinin klinisyeni etik ile hukukun çatıştığı noktaya götürdüğü ve etik danışmanlık talebinde bulunmaya gereksinimi duyduğu çıkarsanabilir.

Bir diğer katılımcı ise tıbbi yardımlı ölümün yasallaşmasının dolaylı olarak kaynakların dağıtımı, nafile tedavi ve ileri yaş hastalar bağlamında tartışmaya ve etik sorunlara açık olduğunu şu sözleriyle ihsas etmektedir:

ED_8: "Şimdi, Kanada'da tıbbi yardımlı ölüme izin veriliyor ve bu alanda birçok sorun yaşanıyor. Benim ülkemde yaşlanan bir nüfus var. Bu nedenle uzun süreli bakım alan çok sayıda hastamız bulunuyor ve bu konuda birçok sorun yaşanıyor, etik sorunlar da bu hastalarla ilgili olarak ortaya çıkıyor."[88]

Öte yandan yaşam desteğine son vermek ya da bu desteği sınırlandırmak amacıyla ***"tedavinin sonlandırılması"*** *veya* ***"tedavinin çekilmesi"*** de etik açıdan sorunsal olup, danışmanlık gerektiren uygulamalar arasında yer almaktadır. Bahsi geçen iki uygulama da sunulan tedavinin hastalığı tedavi etmediği gibi hastaya yarar sağlamayıp tedavinin amacına hizmet etmediği durumlarda düşünülmektedir. Zira bir yanda sunulan tedavi "boşuna/nafile" iken, öte yanda tıbbi kaynakların sınırlı olması ve aynı tedavinin yarar görebilecek bir hastaya uygulanabilmesi etik ikilemin/soruna kaynaklık etmektedir. Klinikte en çok danışmanlık istenen, bağlantılı olarak en çok yaşanan, bu etik ikileme/soruna ilişkin katılımcı görüşleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_1: "(…) diğer büyük [etik] sorun ise tedavi kararları olup, bu sorun genellikle tedaviyi geri çekme kararıyla ya da sunduğumuz tedavinin boşuna/nafile olup olmadığını sorgulamakla ortaya çıkar."[89]

---

[87] **Metnin özgün hali:** "We do allow medical assistance in dying so both euthanasia and physician-assisted-suicide are called "medical assistance in dying" here. And because it was such a controversial issue, ethics gets involved with it."

[88] **Metnin özgün hali:** "Now, medical assistance in dying in Canada is permitted, and there are lots of issues in this area. We have an aging population here in my country. So we've got many people in long term care and many issues related to long term care, ethical issues dealing with those people."

[89] **Metnin özgün hali:** "(…) treatment decisions are another big one usually that comes around, whether with withdraw treatment or questioning whether the treatment we're doing are futile."

ED_7: "Genellikle solunum cihazına bağlı bir çocuk ya da erişkinle ilgili sorunlar söz konusudur: Hastanın ailesi seçilecek en iyi yolun hangisi olduğunu bulmaya çalışır, ancak klinisyenler bu çabayı faydalı bulmaz. Klinisyenler, ağırlıklı olarak tedavinin çekilmesini ve palyatif bakıma geçilmesini tercih eder. Peki, bizler yapılacak en iyi şeyin tedaviyi çekmek olduğuna herkesi [tüm paydaşları] nasıl ikna edebiliriz?"[90]

ED_9: "Bir tarafta geleneksel olarak hep *'vekillik yaptığımız bu çocuğun tedavisini yapın ya da tedavisine devam edin, ısrar ediyoruz'* dediğimiz vakalar var. Diğer tarafta ise *'yapabileceğimiz bir şey kalmadı, bu nedenle tedaviyi çekmemiz gerekiyor'* dediğimiz başka vakalar söz konusu."[91]

Yukarıda sunulan danışman söylemleri, klinikte ağırlıklı olarak yaşanan etik ikilem/sorunlardan tedavinin sonlandırılması ya da çekilmesi gibi yaşam sonu kararların tedaviden yarar sağlanamadığı durumda verilebileceği, diğer ifadeyle **"nafile tedavi"** ile neden-sonuç ilişkisini ortaya koymaktadır. Tedavinin yararsızlığı ise ağır, ciddi, geri dönüşü olmayan ve tedavi edilemeyen bir duruma işaret etmektedir. Bu durum, "Tıbbi Yardımlı Ölüm Yasası"nda da belirtilmiş olup, ötanazi veya hekim yardımlı intihar kararında da zorunlu koşullardan birini oluşturmaktadır.

Öte yandan klinik etik danışmanlardan en çok danışmanlık talep edilen, dolayısıyla klinikte etik açıdan en sorunlu alanlardan biri **"yaşamın başlangıcı"** olup, bu kapsamda *"küretaj"* ile *"yenidoğanla ilgili tedavi ve bakım kararları"* öne çıkmaktadır. Özellikle *"premature ya da engelli yenidoğan ile ilgili tedavi ve bakım kararları"*nın salt "yaşamın başlangıcı" ile ilgili değil, özerklik, yararlılık, hekim-aile arasında değer çatışması gibi birçok alanda sorunsal olduğu ileri sürülebilir. Nitekim bu konuda katılımcıların söylem örnekleri de şu şekildedir:

ED_8: "Sunduğumuz etik danışmanlıklardan çoğunun prematüre yenidoğanlar veya gebeliğin sonlandırılması gibi yaşamın başlangıcına ve yaşamın sonuna ilişkin kararlardan ortaya çıkan aşırı uç konulara yönelik olduğu görünüyor."[92]

---

[90] **Metnin özgün hali:** "There are often questions about a child on a ventilator, or an adult on a ventilator: The family is trying to figure out what's the best way to go, but the clinicians are thinking that it's not beneficial. Normally, clinicians would prefer to withdraw and transfer to palliative care. So, how we can persuade everybody that the best thing to do is to withdraw?"

[91] **Metnin özgün hali:** "There have traditionally always been cases on the one side where you would say *'we insist, as a matter of advocating for this child that you treat this or you continue'.* And then there are other cases that we would say *'there is nothing that we can do, so we need to withdraw*."

[92] **Metnin özgün hali:** "The most of the ethics consultations that we deal with seem to arise kind of at the extremes at the beginning of life when you're got, very premature newborns or issues around termination of pregnancy and end of life decision making."

ED_{14}: Yaşamın başlangıcı ve yaşamın sonu, en sık kaygı uyandıran ve ailelerin tıbbi müdahale istemesine karşın, klinisyenlerin bu müdahalelerin uygun olmadığını düşünmesi nedeniyle ilgilendiğimiz sorunların çoğunun yaşandığı alanlardır."[93]

Katılımcıların yukarıda sunulan doğrudan ifadeleri klinisyenlerin en çok etik danışmanlık istediği konular arasında yaşamın başlangıcı ve sonuna ilişkin kararların bulunduğunu, bu alanların da birbirinden kesin sınırlarla ayrılamayacağını, dolaylı da olsa birbiriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Klinisyenlerin etik danışmanlık talebinde bulunduğu en sorunlu alanlardan birinin de karar verme yeterliği, aleyhte onam, vekil/vasi kararı gibi **"özerklik"** ile ilgili olduğu danışman katılımcı tarafından şu şekilde ifade edilmektedir.

ED_{11}: "Hasta ve/veya yakınları açısından [etik] sorunlar karar verme kapasitesi, özerkliğe saygı ve hastanın yüksek yararı ile ilgilidir. Öte yandan klinisyenler, hastanın yüksek yararı ve aydınlatılmış onama ilişkin farklı görüşler [kararlar] ileri sürüldüğünde klinik etik danışmanlığa gereksinim duyar."[94]

Hasta yeterli olsa dahi kararına müdahale, hastayı karar dışı bırakma ve hastanın isteğine karşı karar verme gibi özerkliğin ihlal edildiği/edilmeye çalışıldığı vakaların çoğunlukla klinik etik danışmanın rehberliğini gerektirdiği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra "karar verme yeterliğinden yoksun olan hastalar" için yararlı olacak bir tedavinin hastanın ailesi ya da vekil karar verici tarafından reddedilmesi veya yararsız olan tedavide ısrar etmeleri etik açıdan sorunlu konular arasında öne çıkmaktadır. Bu bağlamda etik danışmanlık gerektiren sorunların çoğunlukla yaşandığı alanların doğrudan psikiyatri, pediatri ve geriatri; dolaylı olarak da yopun bakım ve acil servis olduğu çıkarsanaktadır. Katılımcılardan alınan iafde örnekleri de bu çıkarıma temel oluşturmaktadır:

ED_1: "Muhtemelen karşılaştığım en büyük sorun, bakım hedefleri konusunda netlik olmaması nedeniyle karar vermekte zorlanan bir hastanın yerine, vekilinin karar vermesiyle ilgilidir. (…) Ve bu, yaşamın sonuyla ilgili bir durumdan kaynaklanan herhangi bir şey olabilir; hasta acı çekse, belki de tedaviyi istemese ve bakım ekibi bu tedavinin yararlı olmadığını, hastaya yardımcı olmayacağını düşünse bile bir aile üyesi *'ne pahasına olursa*

[93] **Metnin özgün hali:** "The areas at the beginning of life and at the end of life, those are the areas that most often raise concerns and most of the issues that deal with families demanding medical interventions but the clinicians think that the interventions are not appropriate."

[94] **Metnin özgün hali:** "Questions are around capacity, respect for autonomy and best interest of the patient in sense of the patients and/or their relatives. On the other hand, clinicians need clinical ethics consultation for different views on best interest of the patient and informed consent."

olsun hastayı tedavi etmeye devam etmeliyiz' diyor. Bunlar muhtemelen [danışmanlık sunduğumuz vakalar arasında] en yoğun olanlardır. (…) Hastanın kendi kararını verebileceği, ancak ailesinin hasta ile aynı fikirde olmadığı başka vakalar da söz konusu olabiliyor; özellikle hasta yaşlıysa, hastanın parası ve bilişsel sorunları varsa, bu hastalar yine de kendi kararını verebilir."[95]

ED_6: "Yıllardır danışmanlık verdiğim en büyük [etik] sorunlardan biri, hiç kimsenin hastanın aydınlatılmış onamını anlayamamasıdır. Tedavi yapabilmek için onamı nasıl alırsınız? Özellikle Batılı sistemde hasta özerktir ve hastanın onuru, kendi adına karar verme yeteneğine bağlıdır. Gördüğümüz şey ise insanların her yerde, özellikle de akıl ve ruh sağlığında [psikiyatride], yasal süreç olmaksızın kararla ilgili baskı uygulamalarıdır."[96]

ED_9: "Benim için en zor vakaların, kendileri adına karar veremedikleri için pediatri hastaları olduğunu düşünüyorum. (…) Bazı durumlar vardır ki, çocuk bir sağlık sorunuyla doğduğunda, kolayca onarılabiliyorsa, ailenin asla *'hayır, yarık damağı ya da bağırsak tıkanmasını düzeltemezsin'* demesine izin veremiyoruz. Ancak bazı müdahaleler, yapılıp yapılmamasına dair karar verme konusunda ailelerimize daha fazla özgürlük sunuyor."[97]

Katılımcı etik danışmanlar klinikte en çok danışmanlık sundukları sorunlu alanlardan bir diğerinin de **"adalet"** ile ilgili vakalar olduğu, bunlara tıbbi *"kaynakların sınırlı oluşu", "yoğun bakım kaynaklarının dağıtımı"*nda yaşanan zorluklar, hastanın/yakınlarının *"boşuna tedavide ısrar"* etmesinin neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu noktada katılımcı söylemlerine örnekler aşağıdaki görülmektedir:

ED_4: "Şu anda COVID'e karşı aşılarımız yapılıyor. Ama bu aşılar önce kime yapılmalı? Bu, önce kimin aşılanması ve öncelik kriterlerinin neler olması gerektiğiyle ilgili

---

[95] **Metnin özgün hali:** "Probably the biggest issue is about that I encounter is substitute decision making where a patient who has difficulty in his decision due to lack of clarity over goals of care. (…) And this can be anything from end of life situation; a family member is saying "we have to keep treating the patient at all costs", even though the patient is suffering, or maybe the patient doesn't want a treatment, and the care team thinks that this treatment is not beneficial, it's not going to help the patient. Those are probably the most intense. (…) There can be other ones where the patient can make their own decision but the family disagrees with the patient especially if the patient is elderly, the patient might have money and have some cognitive issues, they're still able to make their own decisions."

[96] **Metnin özgün hali:** "One of the very big ones over the years is the issue that nobody can understand the patient informed consent. How you get consent to treat? Especially in the western system because a patient is autonomous and the dignity of the patient depends on his/her ability to make a decision on his/her own right. What we see is people forcing the decision all over the place, particularly in mental health, without due process?"

[97] **Metnin özgün hali:** "I think that most difficult cases for me, are pediatric patients because they cannot decide for themselves. (…) There are certain circumstances that when a child is born with a health problem, if it's easily repairable, we would never let the family say *'no, you can't fix their cleft palate or a blocked by a blocked bowel'*. But some the interventions provide more freedom our families having to decide whether or not."

önemli bir etik sorun, ben de bu sorunla ilgileniyorum. Ve bu, çok karmaşık olduğu için vaktimin çoğunu alıyor."[98]

ED_6: "Gerçekten yeni bir konu olsa da aşının kime yapılacağı, solunum cihazının tahsisi ve hastaların önceliklendirilmesi, sorumlulukla da ilgili olduğu için, oldukça tartışmalı konulardır. Diyebilirsiniz ki *'etik uzmanına danıştık, sorun yok'* dedi. Yani, etik danışmandan görüş almak sorumluluğu ortadan kaldırır, değil mi? Ancak solunum cihazını kime tahsis edip etmeyeceğine, aşıyı ilk kime yapacağına karar vermek istemeyen klinisyenler de bulunmakta."[99]

ED_8: "Kanada'da çoğunlukla ilk gelene öncelik verilir! Ancak kapasitenin tamamına ulaştığımızda hastalara nasıl öncelik vereceğimiz konusunda bazı saptamalar yaparız. Genel olarak hayatta kalma olasılığı yüksek görünmeyen hastalardan çok, hayatta kalma olasılığı daha yüksek olan ya da daha iyi bir klinik tabloya sahip olan hastalara öncelik veririz. Yani, bunlar her zaman zor kararlardır."[100]

Yukarıda alıntılanan danışman söylemlerinden anlaşılacağı üzere özellikle aşı ve solunum cihazlarının tahsisi konusunda hangi hastanın öncelikli kılınacağı noktasında etik sorun yaşanmakta, bunun temelinde ise tıbbi kaynakların kısıtlı olması bulunmaktadır. Klinikte etik danışmanlık gerektiren ve "adalet" alanında dolaylı olarak yer alan bir diğer sorunun ise "nafile/boşuna tedavide hasta ya da ailesinin ısrarı" olduğu belirtilmektedir. Gerek yaşam sonu kararlar gerekse adalet kapsamında sorunlu olan yararsız tedavide ısrarla ilgili danışman katılımcının deneyimini temsil eden sözleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_{13}: "Hasta ve yakınları açısından başlıca etik sorunlar aşırı tedavi, reanimasyon, yoğun bakım, tedavilerin orantılılığı (fayda-risk oranı) ile ilgilidir. Ancak hekimler/klinisyenler açısından bakıldığında, çoğunlukla bitkisel hayatta, komada ya da

---

[98] **Metnin özgün hali:** "Right now we have vaccines against COVID. But who should get them first? That's a great ethical question who should be vaccinated first and what should be the prioritizing criteria, and I'm involved in that. And that is occupying much of my time, because it's very complex."

[99] **Metnin özgün hali:** "It's really new, but the allocation of vaccines, allocation of ventilators and prioritization of patients are very controversial matters, it's also because of liability. If you can say, *'we consulted with the ethicist, and he/she said it's okay'*. So, that takes off the liability, right? But there're also clinicians, who don't want to make these decisions who gets the ventilator, who doesn't, and who gets the vaccine first?"

[100] **Metnin özgün hali:** "In Canada, it's largely a first come first serve! It's only when we reach capacity, we start to try to make some determination about how we're going to prioritize patients. Generally, we prioritize them like people who are more likely to survive or more likely to have a better clinical outcome are going to be prioritized over people that their outcome doesn't seem to be as likely to survive. I mean, these are always difficult decisions."

yaşamın sonunda olan hastaya, aile üyelerinin her şeyin yapılmasını istemesi nedeniyle etik danışmanlığa gereksinim duyduklarını söyleyebilirim."[101]

Hastaya klinik tablosunun düzelmesine etki etmeyen ve herhangi bir faydası olmayan bir tedavinin sürdürülmesine dair hasta yakınlarının ısrarı; halihazırda kısıtlı olan tıbbi kaynakların "nafile" kullanımına ve tedaviden fayda görebilecek hastalara verilmesinin önüne geçilmesine yol açmaktadır. Bu bağlamda ilgili klinisyen ile hasta yakınları arasında etik ikilem oluşmakta, bu etik ikilemin çözümüne önerileyle yardımcı olması amacıyla klinik etik danışmanlık talep edilmektedir. Bu ikilem/sorunun Kanada'nın sağlık kurumlarında çokça yaşandığı bu nedenle en çok danışmanlık gerektiren etik ikilem/sorunlar arasında yer aldığı Kanadalı klinik etik danışmanlar tarafından dile getirilmektedir.

Gerek yaşamın başlangıcı ve sonu ile ilgili kararlar gerekse özerkliğin ihlaline yol açan ya da sağlık hizmetinin adil verilmesini önleyen karar ve uygulamaların çözümü de üzerinde durulması gereken bir husus olup, "etik karar verme süreci" aşağıda ayrı bir başlık altında incelenmektedir.

4.1.2.4. Klinik Etik Danışmanların Etik Karar Verme Sürecine İlişkin Yaklaşımları

Araştırmanın bu kısmında klinikte yaşanan etik sorunların analizi, çözüm önerilerinin geliştirilmesi ile etik ve yasal açıdan kabul edilebilir bir kararın verilmesinde nasıl bir yol izlendiği, hangi karar verme algoritmasına başvurulduğu ve hangi etik kuram ya da yaklaşımın benimsendiği saptanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla katılımcılara, genel anlamda danışmana başvurmakla başlayan ve karar vermeyle sonlanan etik danışmanlık sürecine ve işleyişine dair hazırlanan sorulara yanıt aranmıştır. Alınan yanıtlara göre "sondaj soru"larıyla ayrıntılandırılan verilerden danışmanın başlangıcından sonuna kadar attığı adımlar, başvurduğu etik yaklaşım(lar), danışmanlık sürecinde nelere dikkat ettiği ve neleri öncelikli kıldığı tespit edilmiştir. Verilerden hareketle **"etik karar verme süreci" bağlamı**nda ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiş; yapılan kodlama sonucunda ***"izlenen yol"*** ve ***"benimsenen yaklaşımlar"*** ana temalarına ulaşılmıştır. Etik sorunun analizinden karara ulaştıran seçeneğin belirlenmesine kadar "izlenen yol"a ve "benimsenen yaklaşımlar"a ilişkin alt tema ve kodlara Tablo 4.14'te yer verilmektedir:

[101] **Metnin özgün hali:** "The main ethical problems are related to overtreatment, reanimation, intensive care, proportionality of treatments in sense of patients and relatives. But in sense of physicians/clinicians, I would remark that clinicians mostly need clinical ethics consultation for the case that family members who want everything be done, even in a situation of vegetative life, coma, or at the end of life."

Tablo 4.14: "Etik karar verme süreci" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
İzlenen Yol	**Paydaşlarla tanışılması**	• Etik danışmanlık talep eden paydaşla görüşülmesi • Tüm paydaşların bulunduğu bir toplantı düzenlenmesi • Paydaşlarla diyaloğa dayalı iletişim kurulması • Paydaşların kendilerini ifade etmelerine olanak sunulması • Paydaşları tanımak amacıyla belirli sorular sorulması • Tedavi ekibiyle iletişim kurulması • Hastanın kişisel yaşamı ve tıbbi durumuyla ilgili bilgi alınması • Karar vericinin kim olduğunun öğrenilmesi • Paydaşlar arasında yanlış anlama varsa giderilmesi
	Değerlerin anlaşılması	• Paydaşlar için neyin önemli olduğunun öğrenilmesi • Hastanın/karar vericinin gerçekte ne istediğinin öğrenilmesi • Hasta için önemli olan değerlerin anlaşılması • Klinisyenin önyargısının olup olmadığının belirlenmesi • Paydaşların değer farklılıklarının belirlenmesi • Paydaşlar arasında çatışan değerlerin belirlenmesi • Kararı belirleyecek değerin anlaşılması
	Etik sorunun tanımlanması	• Etik danışmanlığa niçin gereksinim duyulduğunun öğrenilmesi • Etik sorunun ne olduğunun öğrenilmesi • Etik sorunu paydaşların nasıl tanımladığının öğrenilmesi • O sürece kadar paydaşlar arasında neler yaşandığının öğrenilmesi • Etik sorunun klinik anlaşmazlıktan ayırt edilmesi • Etik sorunun tıbbi-adli sorundan ayırt edilmesi • Tıbbi-adli sorun varlığında hekimin sigorta şirketine veya Kanada Tıbbi Yardım Birliğine yönlendirilmesi
	Çözüm önerisinin belirlenmesi	• Paydaşlar arasında yaşanılan anlaşmazlıkların giderilmesi • Paydaşların uzlaşıya teşvik edilmesi • Paydaşların ortak hedeflerinin belirlenmesi • Paydaşlarla birlikte ortak anlayışa ulaşılması • Tüm verilerin sentezlenmesi • Etik kılavuz, ilkeler ve değerlerle analiz yapılması • Değerlerle ilkelerin dengelenmesi • Seçeneklerin ve seçimin belirlenmesi • Tüm sürecin belgelenmesi • Tutulan kayıtların sürece göre güncellenmesi

Tablo 4.14 (devam)

Başvurulan Etik Yaklaşımlar	**Sistematik (formüle edilmiş) etik yaklaşımlar**	• İlkecilik (dört temel ilke) • Dört kutu/göze tekniği • Ulusal ölçekte akredite edilmiş karar verme algoritması olarak IDEA • YODA • Arabuluculuk modeli[102] • Değer temelli yaklaşım • Hasta merkezli yaklaşım
	Sistematik olmayan (formüle edilmemiş) etik yaklaşımlar	• Eklektik yaklaşım • Değer ve ilkelerin dengelenmesi • Kurumsal etik karar verme algoritmaları • Danışmanın bireysel yaklaşımı

Klinik etik danışmanlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde, katılımcılar tarafından sunulan etik danışmanlık sürecine **"paydaşlarla tanışılması"** ile başladıkları, bu amaçla öncelikle *"danışmanlık talep eden paydaşla görüş"*tükleri ifade edilmiştir. Akabinde hasta/hasta yakını/hastanın ailesi, klinisyen ve tedavi ekibinden oluşan *"tüm paydaşların bulunduğu bir toplantı düzenleyip"*, her birini tanıyabilmek adına önceden hazırladıkları soruları yönelttiklerini, sorularına yanıt alırken de aralarında *"yanlış anlama varsa, gider"*meye çalıştıkları belirtilmiştir. *"Paydaşlarla sürekli diyaloğa dayalı iletişim kur"*manın ve *"kendilerini ifade etmelerine olanak sun"*manın ilgili taraflar ve vakayla ilgili sorulmamış ya da dile getirilememiş gerçekliğin öğrenilmesi adına önemli olduğu vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra *"karar vericinin kim olduğunun öğrenilmesi"*ve *"hastanın kişisel yaşamı ve tıbbi durumuyla ilgili bilgi alınması"* gerektiğine dikkat çekilmiştir. Etik danışmanlık sürecinin ilk adımı olan etik sorun teşkil eden vakayla ilgili tüm tarafların tanınmasına ilişkin katılımcıların söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

ED4: "Hastanın adı, hastanede bulunduğu servis, yaşı gibi konularda hasta hakkında bilgi ediniyorum. Ayrıca hastaya yapılan tıbbi müdahalenin, klinik sorunun, tanının, hastalığın seyrinin ve bakım planının ne olduğunu bilmem gerekiyor. (…) Kliniğe gidip, hasta takip ve muayene çizelgesini inceliyor; hasta, doktor ve hemşireyle konuşuyorum.

[102] **"Arabuluculuk modeli":** *Biyoetik Arabuluculuk: Ortak Çözümler Geliştirme Kılavuzu* (*"Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions"*) adlı kitabın yazarlarından Nancy Neveloff Dubler tarafından geliştirilen arabuluculuk modeli, paydaşlar arası iletişimi ve ilişkileri düzenleyerek çatışmaların çözümlenmesine dayanır. Bu modelde, tüm paydaşların kişisel çıkarlarının ve değerlerinin anlaşılmasından sonra ilgili etik ilkeler, ahlaki kurallar ve yasal düzenlemeler ışığında seçeneklerin belirlenmesi ve ortak çözüm önerilerinin geliştirilmesi salık verilir. Hastanın değerlerinin esas alındığı "değer-temelli yaklaşım"la karar verilmesi başlıca amacı oluşturur. Bu modelde klinik etik danışman paydaşlar arasında yaşanan çatışmaları çözüme kavuşturduğu için aynı zamanda "biyoetik arabulucu" olarak addedilir. (See. Dubler NN, Liebman CB. *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*. Tennessee, USA: Vanderbilt University Press, 2011). Taraflar arası uzlaşının hedeflendiği bu modelin özellikle tıbbi-adli davalarda ya da malpraktis iddialarında başvurulan arabuluculuk modeli ile koşutluk gösterdiği ileri sürülebilir.

Şayet hastayla konuşamıyorsam, karar verici kimse öğrenip onunla ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle iletişim kuruyorum. Sonrasında, bir karara gereksinim duyduğumuz için, hasta ve bakım ekibinin üyeleriyle aile toplantısına benzer bir toplantı yapıyoruz."[103]

ED_7: "(…) tüm paydaşlarla iletişim kurulması oldukça önemlidir. Aksi takdirde, hastanın ailesinin de bulunduğu harika bir toplantı yapılmış ve sunulan seçeneğin hastanın en yüksek yararına olduğu toplantıdaki kişiler tarafından kabul edilmiş olabilir. Ancak toplantıda bulunmayan kişiye [paydaşa] bunu hiç kimse söylemezse, sonrasında o kişi endişe duyabilir. Yani, tüm paydaşlar bir kararın neden alındığını, nasıl alındığını ve buna ilişkin sürecin ne olduğunu bilmek adına iletişim kurulmayan bir konumda olmamalıdır."[104]

ED_{10}: "Etkili iletişim kurmak, küçük toplantılar düzenlemek, fikir birliğine fiilen teşvik etmek ve yargılamadan herkesin bakış açısını dinlemek için zaman ayırmak oldukça önemlidir."[105]

Katılımcıların ifadelerinden etik sorunun çözümünde paydaşlarla iletişim kurulup, tanışılmasının analiz için ilk ve gerekli koşul olduğu anlaşılmaktadır. Ancak paydaşların tanınması ve etik sorunun kaynağının belirlenmesi adına değerlerin anlaşılması ve değerler arasında çatışma olup olmadığının saptanması da gerekli görülmektedir. Dolayısıyla etik karar verme sürecinin ikinci adımını oluşturan **"değerlerin anlaşılması"** kapsamında danışman tarafından *"kararı belirleyecek değerin anlaşılması"* karara da temel oluşturmaktadır. Bu doğrultuda öncelikle *"her bir paydaş için neyin önemli olduğunun"* ve *"hastanın/karar vericinin gerçekte ne istediğinin öğrenilmesi"* elzem görünmektedir. Devamında ise *"hasta için önemli olan değerlerin anlaşılması", "klinisyenin önyargısının olup olmadığının", "paydaşların değer farklılıklarının"* ve *"paydaşlar arasında çatışan değerlerin belirlenmesi"* gerekliliğine dikkat çekilmektedir. Danışman katılımcılar değerlerin anlaşılmasına ilişkin işleyişi şu şekilde ifade etmektedir:

---

[103] **Metnin özgün hali:** "I would get information about the patient; such as the patient's name, where he/she is located in the hospital, his/her age. I also need to know, medically what's going on with the patient, what is the clinical problem, what is the diagnosis, what is the prognosis, and what is the care plan? (…) I go to the clinic and I review the patient chart, physical charts, and I speak with the patient, doctor, nurse. If I cannot speak with the patient, I learn and communicate with whoever is the decision maker and other members of the care team. And then we hold a meeting with the patient and the members of the care team like a family meeting because we needed a decision."

[104] **Metnin özgün hali:** " (…) communication is very important with all stakeholders. Otherwise, it could be that there was a wonderful meeting and that the family was there and that people in the meeting agreed that the option was the best thing for the patient. But nobody told this person who wasn't in the meeting then became very distressed. I mean, all stakeholders shouldn't be in a situation where they haven't had the communication to know why a decision is being made and how it was made and what the process was for that."

[105] **Metnin özgün hali:** "It's very important to communicate effectively, run little meetings, encourage consensus actually, and take the time to listen to everyone's point of view without passing judgement."

ED_2: "Danışmanlık süreçlerinden biri, tarafların, özellikle de hastanın kararını etkileyen, değerlerinin belirlenmesidir. Ne söylediklerine, neden söylediklerine ve ne istediklerine dair bilgi veren temel değerlerin neler olduğuna bakarız. (…) tarafların yarışan veya çatışan değerleri arasındaki ortak değeri bulmaya çalışırız."[106]

ED_3: "Hekim için sorun, çoğunlukla hastanın değerlerinin kararı şekillendiren şey olmasıdır. Karar vermede genellikle bir tür merkezi rol oynayan hastanın değerlerine ilişkin bilgi edinmek adına bir anlayış geliştirilmiştir. Buna göre çözüm; tartışmak, sadece bu tür konulara vakit ayırmak ve hastaya sadece belirli durumlarda çözülmesi gereken tıbbi bir sorun gibi bakmak değildir. Bu nedenle klinik etikçinin temel görevi, hasta veya ailesi ile vakit geçirmek ve hastanın değerlerini öğrenmektir."[107]

ED_4: "Hastanın değerleri önemli olduğundan öğrenir ve açıklarım."[108]

Hastanın değerleri merkezde konumlandırılsa dahi hasta yakınları, klinisyen ve hemşire gibi ilgili tüm paydaşların değerlerinin ele alınması karara götüren seçeneklerin belirlenmesinde olduğu kadar o seçeneğe yönlendiren etkenin anlaşılmasında da önem arz etmektedir. Kaldı ki paydaşlar arasındaki çatışmayı çözerek, uzlaşıya varabilmek için gerekli olan fikir birliğine varabilmek adına da salt hastanın değil, ilgili paydaşların her birinin değerlerinin, hedeflerinin ve önemsedikleri şeylerin bilinmesi gerektiği aşağıda görüldüğü gibi ifade edilmektedir.

ED_5: "Klinik etik danışmanlık açısından etik çatışma bazen karar vermeye yönlendirmesi gereken en önemli değerleri anlamakla ilgili olur. Bu nedenle, tüm paydaşların birbirlerinin bakış açılarını anlamak ve neyin önemli olması gerektiği konusunda ortak bir anlayışa ulaşmak amacıyla birbirini dinlemelerine ve saygılı bir şekilde tartışmalarına yardımcı oluruz."[109]

---

[106] **Metnin özgün hali:** "One of the things that consultation processes is to ascertain the values of the parties, especially patient's that are informing the decision. We look at what they're saying, what are the foundational values that are informing why they're saying and what they want. (…) we try to find common value among the competing or conflicting values of the parties."

[107] **Metnin özgün hali:** "The issue for the physician is that mostly that patient's values are the thing that's driving the decision making. In general, there has been developed an approach to recognize that patient's values that are the kind of central part of decision making: The solution is not having discussions, just making time for all those sorts of things, and not just looking at the patient as like a medical problem to solve in kind of specific situations. So, the fundamental role of clinical ethicist is to spend time with the patient or the family, and finding out the patient's values."

[108] **Metnin özgün hali:** "I find out and explain the values of the patient, which are important."

[109] **Metnin özgün hali:** "In sense of clinical ethics consultation, the ethical disagreement is sometimes about understanding what should matter most the values that should guide the decision making. So, we help all the stakeholders in a respectful way to negotiate together to listen to each other to understand each other's perspectives, and to arrive at a shared understanding of what should matter most."

ED_{10}: "Seçeneklerin neler olduğu ve hangi değerlerin veya önemli düşüncelerin çeşitli seçeneklerden her birinde etkili olduğu hususunda insanların düşünmelerine yardımcı oluyorum."[110]

Öte yandan paydaşlardan biri olan sorumlu hekimin herhangi bir baskı ya da etki altında kalıp kalmadığının ve herhangi bir önyargısının olup olmadığının hekim tarafından fark edilmesine yardımcı olmanın önemine dikkat çekilmektedir. Bu önemli noktayı etik danışmanlığın "bir parçası" olarak değerlendiren katılımcı, düşüncelerini şu şekilde dile getirmektedir:

ED_{14}: "Sonuç ne olursa olsun sorumlu hekimin, hastalardan/ailelerinden doğrudan etkilenip etkilenmediğini ve gizli bir önyargının ya da karar vermesini engelleyen gizli bir etkenin olup olmadığını belirlemesini ve varsa fark etmesini istiyorum. Ve bunun da görevimin bir parçası olduğunu düşünüyorum."[111]

Etik sorunun çözümünde paydaşların tanınması adına paydaşlarla tanışma ve her birinin değerlerini öğrenme etik soruna yol açan etkeni belirleme adına da önem arz etmektedir. Dolayısıyla değerlerin anlaşılmasından sonraki üçüncü adımı **"etik sorunun tanımlanması"** oluşturmaktadır. Bu doğrultuda etik danışmanın öncelikle kendisine başvuran paydaştan *"etik danışmanlığa niçin gereksinim duyduğunu"* ve *"etik sorunun ne olduğunu"* öğrenmesi gerekmektedir. Akabinde ise tüm paydaşlarla yaptığı görüşmelerde her birinin *"etik sorunu nasıl tanımladığına"* ve *"etik sorunu, varsa klinik anlaşmazlıktan ayırt edebilmek"* amacıyla *"o sürece kadar aralarında neler yaşandığına"* ilişkin bilgi edinmesi elzem görünmektedir. Ayrıca etik danışman tarafından bizzat analiz ettiği sorunun adli-tıbbi boyutunun varlığının ve *"tıbbi malpraktis olup olmadığını araştırılması"* etik sorunun tanımlanmasında önemli bir diğer basamağı oluşturmaktadır. Derinlemesine görüşme yapılan danışman katılımcıların etik sorunun tanımlanmasıyla ilgili ifadelerine aşağıda yer verilmektedir:

ED_{1}: "Etik sorunu tanımlar tanımlamaz, ideal olarak, her zaman etik karar vermeye gereksinim duyan kişiyle ilgilenmeniz gerekir."[112]

---

[110] **Metnin özgün hali:** "I help people to think through what the options are, and what values or important considerations are applied to each of the various options."

[111] **Metnin özgün hali:** "I would like the responsible physician determine and whatever outcome to realize whether he's directly influenced by patients/families and whether there's no hidden bias or there's no influence that is an unseen in the way that he makes decision if any. And I think that that's part of my role as well."

[112] **Metnin özgün hali:** "Once you've identified the ethical issue, ideally, you need to deal with the person who needs ethical decision-making all the time."

ED_4: "Sorduğum ilk şey, etik sorunun ne olduğu, neyle ilgili yardım istedikleri ve kendilerine hangi konuda yardım etmemi istedikleridir."[113]

ED_{10}: "Tüm paydaşlar vakaya ve sorunun ne olduğuna dair tamamen farklı bir bakış açısına sahiptir. Hepsi bunun bir sorun olduğunu bilmenin farklı yollarını görecek ve sorunu farklı şekillerde tanımlayacak. Bu nedenle, sorunu nasıl tanımladıklarını öğrenmek ve *'bunu sadece düşüncemi tetikleyen ve sorunu bir şekilde belirlememi sağlayan bilgi olarak ediniyorum'* diye düşünmek önemlidir. Çoğu zaman bir sorun oluyor ve bizlerin de o sorunu çözümlemesi gerekiyor."[114]

Yukarıda sunulan katılımcı ifadelerinden etik sorunun tanımlanması öncelikle danışmanlık talebinde bulunan kişinin ve diğer paydaşların sorunun ne olduğuna ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Ancak bu, yeterli olmayıp etik destek talep edilse bile sorunun klinik anlaşmazlıktan kaynaklandığı ya da tıbbi-adli mahiyette olabildiği de şu şekilde belirtilmektedir:

ED_5: "(…) bazen sorunun etik çatışmayla ilgili olmadığını, klinik gerçekler ve anlaşmazlıklarla ilgili olduğunu anlıyoruz. (…) Bu nedenle, etik sorunu klinik anlaşmazlıktan ayırt etmemiz de gerekiyor."[115]

Etik danışmanlık talep edilen vakada sorunun mahiyetinin belirlenmesi, klinik anlaşmazlık ya da tıbbi-adli bir sorunla ayırt edilebilmesi gerektiğinin de üzerinde durulmaktadır. Sorunun özellikle tıbbi-adli mahiyette olması halinde, danışmanlık talebinde bulunan kişinin soruna çözüm bulmak amacıyla ilgili kişi ya da kuruma yönlendirilmesi gerektiği şöyle ifade edilmektedir:

ED_1: "Sorunun etik mahiyette değil de tıbbi-adli mahiyette olduğunu fark ettiğimde, etik destek alma talebinde bulunan hekime, yüksek yasal risklerden ötürü sigortası veya Kanada Tıbbi Koruma Birliği (CMPA) ile iletişime geçmesini tavsiye ederim. Çünkü dava açılırsa, *'mahkemede size destek olacağız'* diyenler onlar olacaktır. Tüm hekimler dava

[113] **Metnin özgün hali:** "First thing that I ask is what the ethical issue is, what you want to help with and what you would like me to help you with?"

[114] **Metnin özgün hali:** "All stakeholders have a whole different perspective on the case and what the problem is. They're going to see different ways that they know this is a problem and they all describe it differently. So, it's important to learn how they identify the problem and to think that 'I'm taking that as information that just triggers my thinking and to kind of explore the problem'. And often there is a problem and we need to unpack it."

[115] **Metnin özgün hali:** "(…) sometimes we understand the issue might not be regarding the ethical disagreement, the disagreement is about clinical facts. (...) So, we also have to discriminate distinguish ethical issue from clinical disagreement."

edilmekten endişe duyarlarsa, onları arayabilir ve bir danışmanla konuşabilirler. Böylece, belki mesele yasaya intikal etmeden önce sorunu çözebilirler."[116]

Etik sorunun mahiyeti belirlendikten sonra nihai basamak **"çözüm önerisinin belirlenmesi"** olup, bu noktada *"paydaşların uzlaşıya teşvik edilmesi", "birlikte ortak anlayışa ulaşılması", "tüm verilerin sentezlenmesi", "etik kılavuz, ilkeler ve değerlerle analiz yapılması"* ile *"seçeneklerin ve seçimin belirlenmesi"* öne çıkarılmaktadır. Hasta, hastanın ailesi, klinisyen ve/veya tedavi ekibi arasında yaşanan anlaşmazlıkların giderilmesinin, çözüm yolunda uzlaşıya dolayısıyla ortak hedef ve anlayışa ulaşma bağlamında önemine dikkat çekilmektedir.

Katılımcıların, paydaşlar arasındaki anlaşmazlıkların giderilip, fikirbirliğine varılmasına ilişkin düşüncelerini temsil eden söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

ED_2: "Gerçek danışmanlık süreci, hasta/hastanın ailesi ve klinisyen arasındaki anlaşmazlıkların çözülmesiyle başlar. (...) Danışmanlıkta, geçmişte yaşananlara bakıp, yapılan hataları düzeltmeye de çalışırız."[117]

ED_7: "(…) öncelikle herkesi masanın etrafına topluyor ve her birine tek tek hedefleriniz nelerdir sorusunu soruyorum? Bu kadarını yeterli buluyorum, birçok insan hedeflerinin aslında çok benzer olduğunu anlamaya başlıyor. Farklı olan sadece bu hedeflere ulaşmak için izledikleri yaklaşımdır. Onları [paydaşları] bir araya getirip bu soruyu sorabilirseniz, bazen ışık yanabilir ve herkes, *'oh, tamam, sanırım sonuçta hepimiz aynı fikirdeyiz'* diyebilir."[118]

Paydaşların ortak anlayışa ulaşıp, ortak hedef belirlemesine yardımcı olunduktan sonra karara götüren seçeneklerin belirlendiği ve ilgili kılavuz ilkeler üzerinden ilgili değerlerin ele alındığı şöyle ifade edilmektedir:

---

[116] **Metnin özgün hali:** "When I notice the issue is not ethical but medico-legal, I advise the physician who is getting ethics support to contact his insurance or the Canadian Medical Protective Association (CMPA) because there's high legal risks. Because if he gets sued, they're going to be the ones who are going to say *'we'll support you in court'*. All physicians if they're fearful of being sued, they may call them and talk to an advisor. Thus, maybe before the issue goes legal, they can solve the issue."

[117] **Metnin özgün hali:** "The actual consultation process begins with resolving disputes between patient/family and clinician. (...) In consultation, we also look back at what happened, and trying to sense fix mistakes in the past."

[118] **Metnin özgün hali:** "(…) I bring everybody around the table at first, and ask the question, each one at a time, what your goals are? I find that's enough, a lot of people start to realize that their goals are actually very similar. It's just the approach that they were taking to achieve them that is different. If you can bring them together and ask that question, sometimes the light can go on, and everybody can say 'oh, okay, I guess we're all in agreement after all."

ED_4: "Her zaman değerlerle ilgileniriz; değerleri ve dengeleyici değerleri tanımlamaya ve değerlerle ilkeleri dengelemeye çalışırız. Bu, danışmanlığın çok önemli bir parçasıdır."[119]

ED_{10}: "(…) farklı seçenekler üzerine düşünmeye vakit ayırabilirsek, o zaman gerçekte ve tüm paydaşlar için neyin önemli olduğunu görmeye başlar, ayrıca uzlaşı geliştirmeye ya da en azından seçenekler veya herkesin önemli düşüncelerinin ele alındığını hissetmesine yardımcı olan gerçek seçenekler ile ilgili karar vermesine yardımcı olabiliriz."[120]

Değerlendirmede salt değerler ve ilkelere değil, aynı zamanda hasta başta olmak üzere diğer paydaşlar hakkında edinilen tüm verilere, etik kurallara ve kılavuzlara da başvurulduğu aşağıdaki gibi belirtilmektedir:

ED_{13}: "Analizim bir yanda paydaşlarla ilgili ampirik verilerin sentezine, diğer yanda etik kurallara, kılavuzlara ve ilkelere dayanmaktadır."[121]

Analiz tamamlanıp, karara götüren çözüm önerisi belirlendikten ve karar verildikten sonra ise danışmanlık sürecinde tutulan kayıtlara nihai hali verilir. Etik danışmanlıkta kayıt tutmanın (dokümantasyon) önemine değinen katılımcı düşüncelerini şu şekilde dile getirmektedir:

ED_7: "Vakayla ilgili danışmanlık söz konusuysa ve bakım yönetimiyle ilgili bir karar verildiyse, bunlar çizelgeye kaydedilerek, belgelenmelidir. Sonra zaman zaman -iki gün, iki hafta, iki ay sonra- yapılan seçimin [verilen kararın] hasta için hâlihazırda da doğru olduğundan emin olmak için gözden geçirilmelidir. Belgeleme ve belgelerin saklanması oldukça önemlidir."[122]

Klinik etik danışmanın etik sorunun çözümünde sırasıyla takip etmesi gereken basamaklar, yapması gerekenler ve işleyen süreçten anlaşıldığı üzere öncelik hastaya ve değerlerine verilirken, diğer tüm paydaşlar yok sayılmaksızın paydaşlar arasında uzlaşı esas

[119] **Metnin özgün hali:** "We always dealing with values, we're trying to identify values and balancing values, and we balance values and principles. It is a very important part of consultation."

[120] **Metnin özgün hali:** "(…) if we can take the time to consider various options, then we start to see what's really the important and what's important to all the stakeholders, and also and we can help develop a consensus, or at least choose options or actual options that help everybody feel that the important considerations are addressed."

[121] **Metnin özgün hali:** "My analysis depends on a synthesis of empirical data regarding the stakeholders, on the one hand, and ethical rules, guidelines and principles, on the other hand."

[122] **Metnin özgün hali:** "If there is a consultation, and there's a decision about management of care, that should be documented in the chart. And then it should be reviewed from time to time -two days later, two weeks later, two months later- to make sure that it's still the right choice for the patient. Documenting and keeping documentation is very important."

alınmaktadır. Danışmanlık sürecinde danışmanın başvurduğu etik kuram ve yaklaşımlar da hem sorunun çözümü için önemli bir araç hem de çözümde neyin öncelikli kılındığını ve danışmanın anlayışını ortaya koyması adına önem arz etmektedir. Bu bağlamda derinlemesine görüşmelere dayalı veriler ışığında klinik etik danışmanlar tarafından **"başvurulan etik yaklaşımlar"** belirlenmiş, danışmanlar ya da şehirler arasında standart bir yaklaşımın bulunmadığı, danışmanın öznel tercihine bağlı olarak farklı etik kuram ve yaklaşımlara başvurulduğu saptanmıştır. Klinik etik danışmanların etik sorunun çözümünde başvurdukları etik yaklaşımlar *"sistematik (formüle edilmiş)"* ve *"sistematik olmayan (formüle edilmemiş) etik yaklaşım"* alt temalarında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların **"sistematik (formüle edilmiş) etik yaklaşımlar"** kapsamında "*ilkecilik (dört temel ilke)"* ile bu kurama dayalı *"dört kutu/göze tekniği"* ve *"ulusal ölçekte akredite edilmiş karar verme algoritması olarak IDEA"* öne çıkmaktadır. İlkecilik ve etik ilkeler temel alınarak geliştirilen diğer karar verme algoritmalarına başvuran katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_6: "Klinik etik danışmanlıkta ve klinik etik öğretiminde, özgün hali Chicago Üniversitesinde çalışan Jonsen, Siegler ve Winslade tarafından tasarlanan 'dört kutu/dört göze' algoritmasının uyarlanmış halini kullanıyorum. Tarafımızdan geliştirilen, ulusal akreditasyon kuruluşumuz olan Akreditasyon Kanada (*Accreditation Canada*) tarafından onaylanan ve Kanada genelinde kullanımda olan 'IDEA' adı verilen algoritmayı son 15 yıldır kullanmaktayım. Bu, ilkeciliktir (…)"[123]

ED_{14}: "Etik sorunu incelerken, Albert Jonsen tarafından geliştirilen ve bence etikle ilgili en iyi çalışma olan 'dört kutu yöntemi"ni kullanıyorum. Bu yönteme ve *Klinik Etik* adlı kitabına tıp fakültesinde eğitim için de başvuruyorum. Oldukça faydalı olduklarını düşünüyorum. Bu yöntemden ayrıca gerçek dünyada, klinik ortamda, hastanede ve evde yaşananları değerlendirmek amacıyla da faydalanıyorum. Hasta ve aileleri için de çok işe yarıyor; özellikle palyatif bakım ve ölüm gibi zorlu durumlarda hasta ve aileleri üzerinde kullanıyorum."[124]

---

[123] **Metnin özgün hali:** "In clinical ethics consultation and in teaching clinical ethics, I use a modified version of the 'four boxes' tool originally designed by Jonsen, Siegler and Winslade working at the University of Chicago. We have developed and I used a modified tool called the 'IDEA' over the past 15 years, which is recognized by Accreditation Canada, our national accrediting body, and is in use across Canada. It's the principlism (…)"

[124] **Metnin özgün hali:** "When I look at an ethical issue, I use what's called the 'four box method', which was developed by Albert Jonsen, and I think the best work on ethics. I use the method and his book entitled *Clinical Ethics* for training in medical school, too. I think that they're very useful. I also use the method in assessing what's going on in the real world, the clinical setting, in a hospital, and in a home. It works very well for the patients and families; I particularly use it with patients and families in difficult situations like death, like palliative care."

Formüle edilmiş etik yaklaşım kapsamında ilkelerden çok değerleri esas alan *"değer-temelli yaklaşım"* ile bu yaklaşım üzerine inşa edilen*"hasta merkezli yaklaşım"* ve *"arabuluculuk modeli"*ne de etik sorunun çözümünde başvurulduğu ifade edilmektedir. Bahsi geçen yaklaşımları kullanan katılımcıların sözlerine aşağıda yer verilmektedir:

ED_2: "Asıl danışmanlık yöntemi, ABD'deki Montefiore Tıp Merkezinde çalışan Nancy Dubler tarafından geliştirilen, benim de kullandığım 'arabuluculuk modeli'dir. Geçmişte tıbbi uygulama hatalarını inceliyor ve klinisyenler ile hastalar/aileleri arasındaki anlaşmazlıkları çözmek için arabuluculuk yöntemini kullanıyordum. Arabuluculuk modelini bu nedenle etik danışmalıkta kullanmaya başladım. Karakteristik olarak, danışmanlıkta, geriye dönüp ne olduğuna bakarsınız ve geçmişi [geçmişte yapılan hataları] düzeltmeye çalışırsınız. Ancak arabuluculuk, ilişkileri onarmakla ilgilidir ve danışmanlığın konusunun ileriye dönük olarak klinisyenlerle ilişki kurmak olduğunu anlamaktır. Aynı zamanda, sorunları 'değer-temelli' ve 'çıkar-temelli' olarak düzenlemekle ilgilidir."[125]

ED_3: "Hasta merkezli yaklaşımın, hastanın karar vermesini sağlayan değerlerinin bir ifadesi olduğunu düşünüyorum. Ve, bence, sadece tıbbi gerçeklere ve hastanın tıbbi durumuna bakarsanız, bunlar bizim için herhangi bir etik anlayış sağlayamaz ve nasıl davranmamız gerektiğini söyleyemez. Yani, hasta merkezli yaklaşım, hastanın hedefine ve değerlerinin ne olduğuna dayanır."[126]

Yukarıda alıntılanan ifadelerde hastanın değerlerinin hem hedef ve tercihlerinin ifadesi hem de kararda yönlendirici etken olması nedeniyle etik sorunun çözümünde de başat rol oynadığı görülmektedir. Bu doğrultuda değer-temelli ve hasta-temelli yaklaşım ile arabuluculuk modeli gibi hastanın değerlerini merkezde konumlandıran yaklaşımların formüle edilip, kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Ancak etik sorunun çözümünde birden fazla yaklaşımın bir arada kullanıldığı eklektik anlayış ya da danışmanın bireysel olarak belirlediği formüle edilmemiş yollara da başvurulduğu belirtilmektedir. **"Sistematik olmayan (formüle edilmemiş) etik**

[125] **Metnin özgün hali:** "The actual consultation process is the 'mediation model' that I also use that was created by Nancy Dubler, at Montefiore Medical Center, the USA. In the past, I was investigating medical malpractice, and I was using the mediation method to resolve disputes between clinicians and patients/families. So, I began adopting the mediation model at the ethics consultation. Typically, in consultation, you look back at what happened, and try to sense fix the past. But mediation is about repairing relationships, and understanding that going forward the subject of the consultation is having relationships with clinicians. It's also about framing issues as 'value-based' and 'interest-based".

[126] **Metnin özgün hali:** "I think that the patient-centered approach is a statement of patient's values that leads him to decide. And, I think, if you look at just the medical facts and the patient's medical situation, they cannot provide us ethical understanding and cannot say how we ought to act. I mean, the patient-centered approach depends on what the goal and values of the patient are."

yaklaşımlar" kapsamında ise dört temel ilkenin değerlerle ya da paydaşların söylemlerinin ve hastanın öyküsünün esas alındığı anlatısal etik yaklaşımla bir arada kullanıldığı veya vakaya uygun olduğu düşünülen birkaç etik kurama birlikte başvurulduğu eklektik yaklaşımın öne çıktığı görülmektedir. Ayrıca ya danışmanın kendisinin geliştirdiği bireysel bir yöntem ya da danışmanlık verilen kurum tarafından geliştirilmiş ya da bulunulan eyalette kabul edilmiş etik kılavuz ve yöntemlerin ışığında sorunun çözüme gidildiği anlaşılmaktadır. Bu bağlamda katılımcı danışmanların söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_8: "Çeşitli etik yaklaşımları içeren eklektik bir anlayışı benimsediğimi söyleyebilirim. Ancak anlatısal etik ve insanların öyküleriyle oldukça fazla ilgileniyorum. Ne var ki, öğrencilerime klinik etik eğitimi verdiğimde, çeşitli etik kuramlara bakmamız gerekiyor. İlk gün, etik sorunun bazı yönlerini tanımlamaya yardımcı oldukları için dört ilkenin çok yararlı olduğunu söylüyorum. Ancak dört ilkeyi yüzeysel buluyorum, yani dört ilkeyle ilgili endişem, yüzeysel kararlara yol açabilmesidir."[127]

ED_{10}: "Etik danışmanlık sırasında zor olsa da eklektik bakış açısı benimserim. Şayet hiyerarşiyi düşünüyorsanız, ilkeleri hesaba katabilirsiniz. Dört ilke önemlidir ancak sorunu çözmek için ihtiyacımız olanı sunmaz, sadece etik sorunun anlaşılmasına yardımcı olur. İlkeleri dışarıda bırakalım demek istemiyorum ama ilkeler tek satırda tanımlanıyor ve dar anlamıyla biliniyor. *'Haydi, bu ilkelerle çalışalım ve ne yapabileceğimizi bulalım'* dersem, bu, bir etik sorunu çözmeye başlamak için iyi bir yol olmaz çünkü bu şekilde sorunu çok fazla sınırlamış oluruz. Bu nedenle, hasta merkezli bakımla koşut olduğu için değer temelli etik yaklaşımı daha çok destekliyorum. Demem o ki; ilkelerle değil, komüniteryanizm [toplumculuk], vaka etiği, feminist etik ve erdem etiği ile sorunun altta yatan nedenini anlamaya başlıyorsunuz. İşte, bu nedenle, bahsi geçen etik yaklaşımların birlikteliğine dayalı eklektik bir bakış açısına sahibim."[128]

---

[127] **Metnin özgün hali:** "I can say that I adopt an eclectic approach involving various ethical perspectives. But I'm very much interested in narrative ethics and people's stories. But when I teach clinical ethics to my students, we have to look at various theories. First day, I say that the four principles are very useful because they help to identify some aspects of an ethical problem. But I find the principles are superficial, I mean my concern about the four principles is that it can result in superficial kinds."

[128] **Metnin özgün hali:** "I've eclectic view during the ethics consultation although it is hard. If you think of hierarchy, you can think of principles. The four principles are important but they don't provide what we need them to do to solve the ethical problem, they just help understand the problem. I don't want to say we should throw them out, but they get defined in one line and become known kind of narrowly. If I say *'let's just work with those principles and come up with what we can do'*, that's not a good way to start to solve an ethical problem because we've narrowed it, too much. So, I support more the value-based ethical approach because it's right in line with the patient-centered care. You start to understand from what's under the problem with communitarianism, case ethics, feminist ethics and virtue ethics, and so I have the mixed of them. I mean, you start to understand from what's under the problem with communitarianism, case ethics, feminist ethics and virtue ethics, but not principles. That's why I have an eclectic view that depends on the mixed of all ethical approaches that I mention."

Eklektik etik yaklaşıma sahip danışman katılımcıların yukarıda alıntılanan söylemlerinden sorunun çözümünde başvurdukları etik kuramların, hasta başta olmak üzere ilgili paydaşların değerlerini ve gerekli ayrıntıları ortaya koyarak, danışmana vakayla ilgili derinlik kazandıran yaklaşımlar olduğu anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra eklektik etik yaklaşımı benimseyen etik danışmanların, her ne kadar eklektik yaklaşım için yaptığı seçkide dört temel ilkeye yer verse de bu tek başına ilkeleri ve ilkecilik anlayışını etik sorunu sınırlandırdığı ve alınan kararı yüzeysel kıldığı noktasında eleştirdiği de görülmektedir.

Diğer taraftan sistematik olmayan ya da formüle edilmemiş etik yaklaşım kapsamında herhangi bir karar verme algoritmasına bağlı kalmadan sorunun mahiyetine göre bireysel ya da kurumsal olarak belirlenmiş araç, yöntem veya algoritmalara başvuran danışmanların ifadeleri şu şekildedir:

ED_7: "Klinik etik danışmanlıkta kullandığım formüle edilmiş bir sistem bulunmuyor. Bunun yerine, benim için oldukça yararlı olan bazı sorular soruyorum. Bunlar; *'paydaşlar kimlerdir?, böyle bir karardan kim etkilenecek?, ne kazanılıp, ne kaybedilecek?, herhangi bir insan nasıl zarar görebilir?* ve *bu zararların azaltıldığından nasıl emin olabileceğiz?'* gibi sorulardan oluşuyor."[129]

ED_{11}: "Kurumumuzda klinik etik sorunlarda, kurumsal etik sorunlarda ve ayrıca kaynak tahsisinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bazı etik karar verme algoritmaları bulunmaktadır. Bunları etik sorunun analizinde kullanıyor ve vaka için hangi etik karar verme algoritması uygunsa onu tercih ediyorum."[130]

Nihai olarak, Kanada'da klinikte yaşanan etik sorunların klinik etik danışman tarafından çözümlenip, etik karar verme sürecinde izlenen yolun genellikle aynı olup paydaşlarla tanışma, değerlerin öğrenilmesi, sorunun tanımlanması, sorunun analizi, olası seçeneklerin/çözüm önerisinin belirlenmesi, karar verilmesi ve tüm sürecin kayıt tutularak belgelenmesinden oluşmaktadır. Etik danışmanların bu yolda başvurdukları etik yaklaşımların ise danışmanın tercihine göre farklı olduğu görülmektedir. Zira ilkecilikten erdem etiğine uzanan sistematik etik yaklaşımlardan birkaç etik kuramın seçkisine dayalı

[129] **Metnin özgün hali:** "There is not a formulized system that I use for clinical ethics consultation. I do ask certain questions that for me, they are very helpful instead of that. These questions involve like *'who the stakeholders are like?, who's going to be affected by a decision like this?, what will be gained and what will be lost?, how could anyone be harmed?* and *how are we going to make sure those harms are mitigated*?"

[130] **Metnin özgün hali:** "There have been some ethical decision-making frameworks developed for the ethical issues in clinical and organizational sense, and also resource allocation in our organization. I use them for analyzing the ethical issue, and I prefer which ethical decision-making framework is available for the case."

eklektik anlayıştan bireysel ya da kurumsal olarak geliştirilmiş etik karar verme algoritmalarına kadar sistematik olmayan etik yaklaşımların kullanıldığı belirtilmektedir. Yaklaşım bağlamındaki bu farklılıklardan, ilkecilik ve ilkelerle temellenen diğer yaklaşımların etik sorunun tanımlanmasında işlevsel ancak çözümünde yüzeysel buluduğu, derinlikli analiz olanağı sunması ve bütüncül karara ulaştırması bağlamında ise ağırlıklı olarak değer temelli yaklaşımların benimsendiği çıkarsanmaktadır.

4.1.2.5. Klinik Etik Danışmanların Adli Bilim/Tıp Uzmanlarıyla Olası İş Birliğine İlişkin Düşünceleri

Araştırmaya katılan klinik etik danışmanlara; gerek etik ikilem/sorunları etik ve yasal açıdan haklı çıkarılabilir kararlarla çözüme kavuşturabilmek, gerekse etiko-legal sorunlara birlikte çözüm üretebilmek amacıyla klinik adli danışmanlarla iş birliğine dair düşüncelerini saptamak adına iki soru yöneltilmiştir. Bu doğrultuda doğrudan yöneltilen ilk soruyla gerektiğinde klinik adli danışmanlık bağlamında adli tıp/bilim uzmanlarıyla iş birliği yapıp yapmayacakları ve bu iş birliğine gereksinim duyup duymadıkları belirlenmeye çalışılmıştır. Diğer soruda ise etik ikilem ve etiko-legal sorunların çözümünde ilgili yasa, yönetmelik ve politikalara uygunluğa ilişkin fikirleri üzerinden dolaylı tespite gidilmiştir. Katılımcılardan alınan yanıtların analizinde belirlenen bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar Tablo 4.15'te sunulmaktadır:

Tablo 4.15: "Klinik etik danışman-klinik adli danışman iş birliği" bağlamında edinilen bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
İş Birliğinin Gerekliliği	**İş birliğinin gerekçeleri**	• Yeterlik, insan onuru, ihmal, yüksek risk, zarar gibi ortak konular • İstismar ve şiddet gibi etiko-legal sorunlar • Etik danışmanlık istenen bazı sorunların aslında adli-tıbbi sorun olması • Klinik etik ve adli tıp uzmanının insan hakları için çalışması • Klinik etik ve adli tıbbın mutlak ilişkisi • Klinik etik ve adli tıbbın yakın teması
	İş birliğinin olası getirileri	• Risk yönetimi • Riskin azaltılması/önlenmesi • Kurumun ve hastanın çıkarlarının korunması • Uzlaşma, fikir birliği ve tüm paydaşların iyiliğinin sağlanması • Etiko-legal ve klinik-yasal (kliniko-legal) sorunlarda azalma • Klinisyende etik, etiko-legal ve tıbbi-adli sorunlara dair farkındalık oluşturma • Klinisyenin dava kaygısında azalma

		• Davaların azaltılması/önlenmesi • Sağlık kurumunun tasarruf yapması • Etik ve yasal standartlara uyulmasını sağlama • İyi klinik uygulamalarda artış • Kanada Tıbbi Koruma Birliği: Tıbbi-adli sorunlarda destek • Kanada'da tıbbi-adli davalarda azalma
İş Birliğinin Olası Riski	**Klinik etik danışmanın hukuka uygunluğu**	• İlgili yasaları, mevzuatı ve hasta haklarını bilmeli • Gerektiğinde yasal görüş almalı • Tüm paydaşların ilgili yasalara, politikalara, değer ve kurallara uymalarına yardımcı olmalı
	Etik kararın hukuka uygunluğu	• İlgili yasalara uygun karar verilmesi • Kararın hukuka aykırı olmadığından emin olunması • Etik kararın yasal çerçevede alınması • Kararın temelinde hukuk kurallarının bulunması • Etik karar vermeyle ilgi yasal düzenlemelerin bulunması • Eylemi hukukun belirlemesi
	Etikten uzaklaşma	• Klinisyenin etikten çok hukuka yönelmesi • Etiğin göz ardı edilmesi • Etik danışmanın klinik adli danışmana/sağlık hukuku uzmanına dönüştürülmesi

"Klinik etik danışman-klinik adli danışman iş birliği" bağlamında yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen veriler ışığında **"iş birliğinin gerekliliği"** ve **"iş birliğinin olası riski"** ana temalar olarak saptanmıştır. Her iki danışmanlık hizmetinin hem özerk olarak ayrı ayrı hem de vaka özelinde ortak sunumunu gerekli kılan unsurlar ise alt tema ve kod olarak belirlenmiştir.

Alt temalardan **"iş birliğinin gerekçeleri"**ne ise şu kodlarla içerik kazandırılmıştır: "*Yeterlik, insan onuru, ihmal, yüksek risk, zarar gibi ortak konular"* ile *"istismar ve şiddet gibi etiko-legal sorunlar"*ın varlığı; *"etik danışmanlık istenen bazı sorunların aslında adli-tıbbi sorun olması"; "klinik etik ve adli tıbbın yakın ve mutlak ilişkisi"; "dava açmak isteyen hasta/yakınını davadan vazgeçirebilmesi"* ve nihai olarak *"klinik etik ve adli tıp uzmanının insan hakları için çalışması".* Katılımcı danışmalar bu konudaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmişir:

ED_1: "Bence, etik ve adli tıbbın, her zaman birlikte olmasa da, birbiriyle yakın ilişki içinde çalışılması gerekiyor. Demek istediğim; bu iki alanı birbiriyle ilişkilendirerek çalışmazsak, vakanın ya etik ya da yasal yönüne eğilmekten kaçınabileceğimizdir. Etik danışmanlık sunulan insanlar da kararın hem etik hem de yasal yönünün olmasını [etiğe ve

hukuka uygunluğunu] istiyorlar. Bu nedenle belirtilen amacı gerçekleştirmek için birlikte çalışmayı denenmemiz gerekiyor."[131]

ED_6: "Hukuk, adli tıp ve klinik etik bazı açılardan iç içedir, bu nedenle [etik danışmanlık] her üç alanda da bilgi, beceri ve yeteneğe sahip olmayı gerekli kılar. Bunlar, aynı zamanda, ilgili ve temel kanun, mevzuat ve hukuk kurallarına uymayı da içerir, kuşkusuz. Ayrıca karar verme yeterliği ve insan onuruyla ilgili etiko-legal sorunlar klinik etik danışman ile adli danışman/mediko-legal danışman arasında iş birliği yapılmasını gerektirir. Birlikte insanlar için birçok şey yapabilir ve insan haklarına daha fazla saygı gösterebiliriz. Bunun yanı sıra bir etik uzmanı olarak adli tıp uzmanıyla birlikte çalışabilirim; insanların daha iyi olması için çabalayabilir, tıp, sağlık hizmetleri ve aynı zamanda devlet için de birlikte çalışabiliriz."[132]

ED_8: "Her zaman olmasa da bazen çocuk istismarı, yetişkin istismarı, şiddet gibi etiko-legal sorunlarla karşılaşıyoruz. Bu tür sorunları inceleme sürecinde sık sık *'daha önce etik danışmanlık vermiş olsaydık, bazı etik standartlar sayesinde yasal boyuta yol açmamış mahal olurduk'* derim. Yani, evet, kesinlikle bu iki alan bu açıdan birbiriyle ilişkilidir. (…) Bazen yasal ve etik sorunlar aynı oluyor ve kararınız hem etiğe hem de yasaya uygun oluyor. Ancak bazen kararınız yasal olarak kabul edilebilir olsa da etik açıdan haklı çıkarılamıyor ki bu, etik açıdan hassas bir durumdur. Bence bu durumda iyi bir yasal danışmanlık almak ve verdiğiniz her türlü tavsiyenin yasaya aykırı olmadığından emin olmak önemlidir."[133]

Katılımcıların yukarıda alıntılanan ifadeleri; özellikle etiko-legal ve mediko-legal konularda etik ve adli danışmanlığın gerekli olduğuna ilişkin savımızı destekler niteliktedir. Zira klinik etik ve adli danışmanlığın ayrı ayrı sunulmasının yanı sıra vaka ve konu özelinde birlikte sunumunun gerekliliği hem etiko-legal sorunların çözümünde hem de etik sorunun

---

[131] **Metnin özgün hali:** "I think, ethics and legal medicine need to be worked closely, but not always together. I mean, if I don't closely work, we would avoid to get ethics or their legal side involved in the case. People who are provided to ethics consultation want both ethics and legal in decision to has happened. Therefore, we have to try working together to do that."

[132] **Metnin özgün hali:** "Law and forensic/legal medicine and clinical ethics are intertwined in some aspects, and so it involves knowledge, skills, and abilities in all three areas are required. It also involves to follow the relevant and main law, legislation and legal rules, of course. And also, ethico-legal issues like competency and dignity involve the cooperation between clinical ethics consultant with forensic consultant/medico-legal consultant. And we can do many things to people, and respect their human rights much more together. And also as a professional in ethics, I can work with the professional in legal medicine; we can try to make people better, we can work for medicine and for health care, but we can also work for the state with together."

[133] **Metnin özgün hali:** "Sometimes we encounter with ethico-legal issues such as child abuse, adult abuse, violence, etc., but not oftentimes. I often say that if we would have had an ethics consultation, earlier in the process, we could have avoided the legal situation because there are some ethical standards. So, yes, definitely two areas are related in this respect. (…) Sometimes the legal and the ethical issues are one and the same. But sometimes you can do the legal thing, but still not be ethical, I mean ethically sensitive to the situation. I think it's having a good legal counsel available and to ensure that whatever kind of advice you're giving isn't against the law is important."

çözülüp, verilen kararın hukuka uygunluğunun sağlanmasında katılımcı görüşleriyle de kanıta dayandırılmaktadır.

Söz konusu sorunların çözümünde görev alarak, klinik işleyişi bizzat deneyimleyen katılımcı görüşleri ayrıca etik-hukuk kavşağında bulunan tıbbi konuların birlikte değerlendirilmesinin hastaya, sağlık kurumuna ve uzantısı olarak devlete sunduğu faydaları da ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda klinik etik ve adli danışmanlıkta **"iş birliğinin olası getirileri"**, danışmanlığın alana özel faydalarının ötesinde birlikte sunabileceği faydalar dayanak alınarak belirlenmiştir. Bu noktada katılımcılar, yaşanan tıbbi-adli (mediko-legal) sorunlarda Kanada Tıbbi Koruma Birliği (*Canadian Medical Protective Association;* CMPA)[134] tarafından klinisyene verilen danışmanlığın faydaları ile klinik etik danışmanlığın faydaları üzerinden öngörülerini dile getirmiştir. "İş birliğinin olası getirileri" kapsamında *"riskin azaltılması/önlenmesi"* bağlamında *"risk yönetimi"; "iyi klinik uygulamalarda artış", "etik ve yasal standartlara uyulmasını sağlama", "uzlaşma, fikir birliği ve tüm paydaşların iyiliğinin sağlanması"* dolayısıyla *"etiko-legal ve klinik-yasal (kliniko-legal) sorunlarda azalma", "kurumun ve hastanın çıkarlarının korunması"* ve *"davaların azaltılması/önlenmesi"* kodları öne çıkmaktadır. Belirtilen kodlar arasında riskin azaltılması ve önlenmesi yolunda yapılan çalışmalarla "risk yönetimi" ve Kanada Tıbbi Koruma Birliğinin desteğine örnek ifade aşağıda görülmektedir:

ED_1: "(…) hekimin risk yönetimi desteği için öncelikle Kanada Tıbbi Koruma Birliğini araması gerekir. Ancak hastaneler bu konuda destek alabilmek için kuruma yönelik riski azaltmaya yardımcı olan risk yönetimi bölümünü arar."[135]

Yukarıda sunulan katılımcının ifadesinden özellikle etiko-legal ve/veya mediko-legal sorunlar nedeniyle oluşan riskli durumda klinisyenin bireysel olarak Kanada Tıbbi Koruma Birliğine, ilgili sağlık kurumu ise bünyesinde bulunan risk yönetimi birimine başvurmaktadır. Bahsi geçen yapıların bireysel ya da kurumsal düzeyde sundukları doğrudan yardımın riskin önlenmesi ya da azaltılmasından çok giderilmesi noktasında olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla riskin oluşmasını önlemek bağlantılı olarak azaltmak bağlamında klinik etik ve adli

---

[134] **CMPA:** 1901 yılında kurulan ve günümüzde "Kanada sağlık sisteminin önemli bir bileşeni" olarak varlığını sürdüren Birlik, tıbbi-adli risklerin azalması ve sorunların giderilmesi amacıyla hekimlere rehberlik ederek, güvenilir tıbbi bakıma ve hekimlerin mesleki bütünlüğünün korunmasına yardımcı olmaktadır (See. CMPA. Who we are. *Canadian Medical Protective Association*. Access: June 12, 2022. Retrieved from: https://www.cmpa-acpm.ca/en/about/who-we-are).

[135] **Metnin özgün hali:** "(…) the doctor has to call Canadian Medical Protection Association for the risk management support, at first. But hospitals call the risk management department (RMD) that helps out with mitigating risk to the institution for the support."

danışman iş birliğinin işlevsel olabileceği katılımcıların aşağıda sunulan söylemlerinde ileri sürülmektedir.

ED_3: "(…) çalışmalarımızın bir kısmı, hasta ya da yakınları bazen üzüntüden/sinirden dava açma tehdidinde bulunduğunda klinik etik uzmanının vakaya dâhil olup, davanın açılmasını fiilen önlemesinden oluşuyor. Etik uzmanı bu şekilde yardımcı olabilir."[136]

ED_8: "(…) klinik adli tıp; hekimlerin yasal bir perspektiften ilerleyerek, daha önce müdahalede bulunmamalarına ya da bulundukları müdahalede ihmalkâr olmamalarına göre belirlenen iyi klinik uygulama standartlarına uygun bir şekilde karar vermelerini sağlar. Bu, klinik adli tıbbın önemli bir boyutudur. (…) Bazen hastanın ya da aile üyesinin bir şey(ler)in yanlış yapıldığını anladığı veya anlayabileceği vakalarla karşılaşırız. (…) Tıbbi-adli bir sorun gibi görünen, hastanın/ailesinin hastaneye ya da hekime dava açmaya ve bir tür yasal işlem başlatmaya çalıştığı sorunlar da ilgilendiğimiz türden vakalar arasında yer alır. Bu tür vakalarda, tabii ki, gerçekte ne olduğunu, niçin olduğunu, herhangi bir ihmal olup olmadığını anlamamızı sağlayan bir tür tıbbi-adli sürece ihtiyaç duyarız."[137]

ED_9: "Kanada'da hekimlere karşı açılan davalar her yıl giderek azalmaktadır. Bunun nedeni; insanların sorun yaşamamaları değil, anlaşmazlıklarda insanlarla iletişim kurmanın ve hekimlerin bilgiyi açıklamaları gerektiğinin önemini belirten oldukça dürüst ve şeffaf yöntemler geliştirmemizdir. Ayrıca hatayı fark eden ve hastalar daha farkına varmadan hatayı açıklayan yöntemler geliştirmeye çalışıyoruz. Son zamanlarda sadece kötü sonuçlar ve hatalar hakkında tam açıklama yöntemini uygulamaya değil, aynı zamanda klinisyenleri destekleyip, hastadan ve ailesinden özür dilemeye de başladık. Bu stratejilerin/yöntemlerin birçoğunun birlikte uygulanması hastanın/ailenin, hekimi mahkemeye verme gerekçelerini ortadan kaldırmaya ve azaltmaya gerçekten yardımcı oluyor."[138]

---

[136] **Metnin özgün hali:** "(…) part of it composes by a clinical ethicist, involved, that actually prevents when patients or relatives are sometimes upset and so are threatening lawsuits. The ethicist can help in those ways."

[137] **Metnin özgün hali:** "(…) the clinical forensic is kind of the going in from a legal perspective and ensuring that physicians are practicing according to good clinical practice standards that they didn't do or they weren't negligent in what they were doing. I mean, that's a, an important aspect. (…) We occasionally face with the cases that would arise where a patient or a family member has been or may feel that something had been done incorrectly. (…) The kinds of cases that we deal with where there seems to be a medico-legal issue, the patient/family is trying to sue the hospital or sue a physician and take some kind of legal action are, as well. In those cases, of course, we need to have a forensic kind of process that is to ensure that we all understand what actually did happen, why it happened, whether there was any negligence."

[138] **Metnin özgün hali:** "In Canada, the lawsuit against physicians every year are declining and declining. Not because people don't face the problems but declining because we've developed very honest and open ways of engaging with people in disputes and emphasizing physicians that they need to disclose information. We are also trying to develop structures that recognize error and disclose error to patients before they know about it. We now we started to practice not only a way of full disclosure about poor outcomes and about error, but also support clinicians and make apologies to the patient and family. A lot of these strategies in combination really help to dissipate and mitigate the reasons why patient/family typically take physician to court."

ED_{14}: "Sadece etik açıdan değil yasal açıdan da tartışmalara yol açan istisnai vakalar yaşanmaktadır ve yaşanacaktır. Ve birileri hastaneye ya da klinisyene dava açmaya karar verecektir. Bu noktada, adli tıp danışmanlığı alabiliriz, çoğu zaman sadece klinik etik danışmanlık yaparken bile durum ne olursa olsun yasaya aykırı bir karar vermediğimizden emin olmak amacıyla tıbbi-adli görüş almalıyız. İşte, klinik etik danışmanının, klinik adli tıp danışmanı ile iş birliği yapması bu bağlamda faydalı olacaktır."[139]

Anlaşılacağı üzere klinik etik danışmanlar gerek geçerli bir aydınlatma ve "özür dileme" gibi dürüstlük ilkesine dayalı şeffaf ve empatik iletişim tekniklerini kullanarak, gerekse tıbbi-adli konuda destek alarak klinisyene ya da hastaneye dava açılmasının önlenmesinde rol almaktadır. Ancak özellikle adli boyutu olan vakalarda klinik etik danışmanlık tekniklerinin yanı sıra klinik adli tıbbın desteğinin de gerekli olduğu görülmektedir.

Klinik etik ve adli tıp iş birliğinin hastaya ve klinisyene faydalarının yanı sıra davaların azalmasına yardımcı olarak hizmet verilen sağlık kurumuna da özellikle ekonomik açıdan faydalı olduğu şu şekilde ifade edilmektedir:

ED_4: "Klinik etik danışmanlık Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde başladı çünkü hastaneler, hasta/ailesi ile tedavi ekibi arasında büyük bir anlaşmazlık yaşandığında danışmanlık sayesinde daha az dava açıldığını ve böylece tasarruf edebildiklerini farkına vardılar. Günümüzde klinik etik danışman anlaşmazlığı çözemediğinde, hasta/ailesi avukata başvurabiliyor ve bu durum hastaneye oldukça pahalıya mal olabiliyor. Ancak hastane, klinik etik uzmanını vakaya daha [dava açılmadan] önce dâhil edebilirse danışman, paydaşların düşüncelerini anlamalarına ve sorunu aralarında çözmelerine yardımcı olabiliyor. Bu nedenle danışmanlığın hastaneler için kesinlikle iyi bir mali yatırım olduğunu düşünüyorum."[140]

Katılımcının söyleminde klinik etik danışmanlığın sağlık kurumuna ekonomik yönden sunduğu faydayı vurgulansa da hasta/hasta yakını ile klinisyen/tedavi ekibi arasında yaşanan çatışmanın yargıya intikal etmesi önlenerek, tıbbi-adli boyuta evrilmesinin de önüne geçildiği

---

[139] **Metnin özgün hali:** "There are and there will be exceptional cases that are not just ethically questionable, but legally questionable may arise. And somebody will decide that they're going to sue the hospital or sue the clinician. At that point, we may have a forensic consultation take place, oftentimes, when we are doing just a clinical ethics consultation, we should ask for a medico-legal opinion to make sure that whatever the situation is that we're not doing something that's illegal. Here, the collaboration of clinical ethics consultant with clinical forensic consultant would be beneficial in this sense."

[140] **Metnin özgün hali:** "Clinical ethics consultation started in Canada and the United States because hospitals noticed that consultation saved them money since there were fewer lawsuits when there was a big conflict between patient/family and the medical team. Today if clinical ethics consultant can't resolve the conflict, the patient/family would go to the lawyer and that becomes very expensive to the hospital. But if the hospital is able to have clinical ethicist involved earlier, he/she could help understand the stakeholders' perspectives and help to make peace with them. So, I think, it's definitely a good financial investment for hospitals."

çıkarsanabilir. Zira çatışmanın erken dönem çözümünde etik danışmanlığın rolü ortaya konulmuş olsa da ilerleyen süreçte dava nedeni olması örtük olarak tıbbi-adli boyutunun da olduğunu düşündürebilir. Öte yandan klinik etik danışmanlıkla davaların azalmasında etkin rolüyle klinik adli tıbba katkıda bulunduğu da ifade edilebilir. Kısaca, klinik etik ve adli danışmanlığın aynı çatı altında vakanın mahiyetine göre ayrı ayrı ya da birlikte sunumunun hasta ve klinisyene olduğu kadar ekonomik açıdan sağlık kurumuna ve devlete de faydalı olduğu görülmektedir.

Klinik etik danışmanların, klinik adli danışmanlarla iş birliğini gerekli kılan unsurlar arasında **"klinik etik danışmanın hukuka uygunluğu"** da bulunmaktadır. Etik danışmanlık talep edilen vakaya ilişkin çözüm önerisi ve kararın hukuka uygunluğunu sağlamak amacıyla danışmandan ayrıca *"ilgili yasaları, mevzuatı ve hasta haklarını bilme"*si, *"gerektiğinde yasal görüş alma"*sı ve hizmet sunduğu kişiler olarak *"tüm paydaşların ilgili yasalara, değer ve kurallara uymalarına yardımcı olması"* beklenmektedir. Klinik etik danışmanın yasalara uygunluğunun ve bunun için yapması gerekenlerin önemine değinen katılımcıların söylem örnekleri aşağıda yer almaktadır:

ED_1: "(…) gerçekten yüksek risk, ihmal, zarar veya benzer bir şey olduğunda, hukuk danışmanına başvurmamız ya da çözüme onu da dâhil etmemiz gerekir."[141]

ED_4: "Klinik etik uzmanı olarak ilgili tüm kanunları ve hasta haklarını bilmiyorsanız, bir an önce öğrenmeniz gerekir. (…) Pek çok hemşire veya doktor *'bunu yapamam'* diye düşünebilir ama kanun *'bunu yapabilirsin'* der. Dolayısıyla, elbette tümünü olmasa da, bazı kanunları bilmelisiniz."[142]

ED_7: "Klinik etik uzmanının sağlık hukukunda neler yapıldığını bilmesi önemlidir. (…) Bu, çalışmamızın bir parçasıdır ve yasanın az çok ne dediğini bilmemiz gerekir. Bazen bir avukata danışmamız gerekebilir, bazen avukatlar etik danışmanlığın bir parçası olabilir."[143]

ED_{10}: "Klinik etik uzmanının sağlık hizmetlerindeki rolü, sağlık çalışanlarının uyması gereken yasaların, standartların, mesleki etik kuralların ya da politikaların neler olduğu ve yerine getirilmesi konusunda sağlık kurumuna yardımcı olmaktır. Bu nedenle herkesin tüm

[141] **Metnin özgün hali:** "(…) when there's a really high risk, negligence, damage or something like that, then we have to appeal to the legal consultant or involve him."
[142] **Metnin özgün hali:** "If you, as a clinical ethicist, can't know all the relevant legislation and patient rights, you have to learn them as soon as possible. (…) Many nurses or doctors may think that 'I cannot do this', but the law says 'you can do this'. So certain laws you should know, of course, not all of the laws."
[143] **Metnin özgün hali:** "It's important that a clinical ethicist should be aware of what is done in health law. (…) It's part of our study and we need to know what the law says more or less. Sometimes we can need to consult a lawyer, sometimes lawyers can be a part of ethics consultation."

değerlere, tüm kurallara ve yasalara uymasına yardım etmeye çalışmalıyız. Bizim de yasalarla ilgilenmemiz ve yasalar dâhilinde çalışmamız gerekir."[144]

Klinik etik danışmanın gerek öneri ve kararları etiğin yanı sıra ilgili yasaların buyruğuna uygun kılması gerekse başta kendisi olmak üzere hizmet sunduğu sağlık çalışanlarının ve kurumunun etik ve yasal düzenlemelere uymalarına yardımcı olması görevinin yapı taşını oluşturmaktadır. Klinik etik danışmanın ilgili yasal düzenlemeleri bilip, bu düzenlemelere uymasıyla koşut olarak etik sorunu çözüp, verilen **"etik kararın hukuka uygunluğu"**nu sağlaması gerektidiği de katılımcı ifadelerinde öne çıkmaktadır. Bir diğer ifadeyle kararın etik açıdan haklı çıkarılabilir olmasının yanı sıra yasal açıdan meşru kılınabilir olması da elzem görünmekte ve danışmanın alanıyla ilgili hukuk bilgisine işaret etmektedir. Hukuka uygunluğun öncelikle *"ilgili yasalara uygun karar verilmesi"*ni ya da verilen *"kararın yasaya aykırı olmadığından emin olunması"*nı gerektirdiği katılımcı tarafından şu sözlerle vurgulanmaktadır:

ED_{14}: "Sunduğum çözümün ve önerimin yasal çerçevede meşru kılınabilirliğini sağlamak adına ilgili hukuk kurallarını ve yönetmelikleri takip etmem ve gözden geçirmem gerekiyor"[145]

Söz konusu uygunluk hukuk ile etik arasındaki yakın ilişkiye dayandırılarak, *"etik karar vermeyle ilgi yasal düzenlemelerin bulunması"* daha da ötesinde *"etik kararın yasal çervede alınması", "etik karar vermenin temelinde hukuk kurallarının bulunması"* ve *"eylemi hukukun belirlemesi"* ile açıklanmaktadır. Etik kararın hukuka uygunluğunun gerekçelerine ilişkin katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

ED_4: "Alanınıza bağlı olarak, etik karar vermeyle yakından ilgili olan belirli yasalar vardır. Bu nedenle, bazı temel yasaları bilmeniz gerekir çünkü birçok etik karar yasal çerçevede alınır ve hukuk ile etik arasında yakın bir ilişki bulunur."[146]

ED_5: "(…) özellikle hekim arkadaşlarım hukukla, yani karar ve müdahalelerinin yasal boyutuyla ilgili çok fazla endişe duyuyor. Bu nedenle, onlara *'evet, hukukla ilgili endişeleriniz*

[144] **Metnin özgün hali:** "The role of a clinical ethicist in health care is about helping the health care institution live up to what it ought to do like following the law, standards, professional codes of ethics or policies that the health professionals need to follow. So, try to help everybody follow all the values, all the rules and laws. And we have to deal with the laws and work within the laws."

[145] **Metnin özgün hali:** "I have to follow and look at the relevant legal rules and regulations in order to make sure that my solution and offer are accepted and justified by the legal framework."

[146] **Metnin özgün hali:** "Depending on your area, there is certain legislation that is very much related to ethical decision making. So you would have to know, certain basics because many ethical decisions are made within the legal framework, and law and ethics have a close relationship."

olmalı çünkü eylemlerinizi hukuk belirler ve sizin için olası yasal sonuçları bulunur' diyorum.[147]

ED_{13}: "İş birliği, çoğu farklı meslek ve disiplini içermesi halinde, her zaman faydalıdır. Etik ve hukuka gelince, yani klinik etik ve klinik adli tıp iş birliğine gelince, hukuk kuralları genellikle etik karar verme sürecinin temelini oluşturur."[148]

Ne var ki, klinik etik danışman ile klinik adli danışmanlık iş birliğini gerekli kılan tüm unsurlara karşı, **"iş birliğinin olası risk"** de teşkil edebileceği dile getirilmektedir. Klinisyenin etikten çok hukuka, bağlantılı olarak adli konulara, önem ve öncelik vermesinin **"etikten uzaklaşma"**ya yol açabileceği belirtilmektedir. "Etikten uzaklaşma" ise klinisyenin salt adli konulara yönelimi nedeniyle *"etik danışmanın klinik adli danışmana/sağlık hukuku uzmanına dönüştürülmesi"* ve *"etiğin göz ardı edilmesi"* ifade edilmektedir. Katılımcılar bu doğrultuda etikle hukukun ilişki de olsa birbirinden farklı alanlar olduğuna ve klinik etik danışmanın klinik adli danışman ya da sağlık hukuku uzmanı olmadığının bilinciyle hareket etmesi gerektiğine şu sözlerle dikkat çekmektedir:

ED_{1}: "(…) hem etiğe hem de hukuka gereksinim duyarız. Ancak, bence, ikisinin arasında çok belirgin bir çizgi var çünkü etiği hukuka göre çalışırsanız, asgari düzeyde etik yaptığınız anlamına gelir bu. Yine de yasa bize ne buyurursa, onu yapmak zorundayız."[149]

ED_{4}: "(…) sizden yasal danışmanlık isterlerse, yasaları bilmeniz gerekse bile, *'ben avukat değilim'* diyebilmelisiniz."[150]

ED_{7}: "Hukuk daha çok asgari standardın, etik ise yapılacak doğru şeyin ne olduğuyla ilgilenir. Ve bazen bu, asgari düzeyde yasal olanın ötesine geçerek, hastanın ya da toplumun en yüksek yararının ne olduğunu gösterir. Bu nedenle, sadece yasal olanın üzerinde durursak, çok şey kaybedeceğimizi düşünüyorum."[151]

---

[147] **Metnin özgün hali:** "(…) especially my physician friends are very worried about the law, I mean the legal side of their decisions and interventions. So, I tell them *'yes, you should have worries about the law because it determines your actions and it has legal implications for you".*

[148] **Metnin özgün hali:** "The collaboration is always beneficial, if it includes different professions and disciplines. As for ethics and law, I mean as for the collaboration of clinical ethics and legal medicine, the legal rules are usually the basis for the decision-making process."

[149] **Metnin özgün hali:** "(…) we need both ethics and law. But, I think, there's a clear line between them, because if you work ethics by law, then I mean that you're doing ethics minimum. Nonetheless, it's what the law tells us, we must do."

[150] **Metnin özgün hali:** "(…) if they ask you legal advice, although you have to know the law, you could say *'I'm not a lawyer'*.

[151] **Metnin özgün hali:** "Law is much more interested in what's the minimum standard, but ethics is interested in what's the right thing to do. And sometimes that goes beyond what's minimally legal to what is the best interest of a patient or community. So, I think if we just stopped at what's legal, we'd be losing out a lot."

İlaveten klinisyenlerin çoğunlukla tıbbi müdahalelerinde ve yaşadıkları sorunların çözümünde etiğe uygunluğa değil, hukuka uygunluğa önem verdikleri şu şekilde ifade edilmektedir:

ED_2: "Buradaki sorun, klinisyenlerin çoğunlukla hukukla ilgilenmeleri, etikle ilgilenmemeleridir. Elbette, yasa dışı hareket etmeniz veya bir yönetmeliği ihlal etmeniz durumunda cezalar belirlenmiştir ve önemlidir. Ancak etiğe aykırı bir şekilde hareket ederseniz, bunun ne gibi sonuçlar doğuracağı biraz daha belirsizdir. Bu nedenle çoğu klinisyen '*bana neyin yasal olup, neyin yasal olmadığını söyleyin, etikle daha sonra ilgilenelim'* diyeceklerdir. Dolayısıyla sağlık hukuku uzmanıyla yakın ilişki içinde çalışırsanız, klinisyenlerin sadece sağlık hukukuyla ilgilenecek olmaları risk teşkil edebilir."[152]

ED_8: "Danışmanlık deneyimimde sıklıkla karşılaştığım zorluklardan biri; klinisyenlerin ya da sağlık kurumunun yasal olarak kabul edilebilir [sorunsuz] olduklarını bilmek istediklerinde ya da *'bunu yaparsak, dava açılır mı?'* diye sorduklarında, endişelerinin etik sorunla değil, yasal sorunla ilgili olmasıdır."[153]

Danışman katılımcıların yukarıda alıntılanan söylemlerinden klinik etik danışmanın sunduğu çözüm önerisi ve kararının hukuka uygun olması için ilgili yasal düzenmeleri bilmesi gerektiği ancak bir etik uzmanı olarak hukukçu ya da kinik adli danışman olmadığının bilinci ve sorumluluğu ile çalışması gerektiği anlaşılmaktadır. Yine, klinisyenlerin ve sağlık kurumunun hukuka uygunluğa ve yasal sorunlara öncelik verdiklerinden ve etikle ilgili meselelerin üzerinde durmadıklarından yakındıkları görülmektedir. Bu noktada klinik etik uzmanı olarak sağlık kurumu yöneticilerine, klinisyenlere ve diğer sağlık çalışanlarına etiko-legal sorunların varlığı, bazı tıbbi-adli davaların nedenleri arasında etik sorunların bulunduğu, tüm bu sorunların yargıya intikal etmeden danışmanlıkla önlenebileceği açıklanarak klinikte etiğin önemine dikkat çekilebilir.

---

[152] **Metnin özgün hali:** "The problem here is that clinicians are mostly interested in law, they're not interested in ethics. Of course, the penalties are identified and significant if you act illegally or breach a regulation. But if you act unethically, it's a little bit more ambiguous what the implications of that are. So, the most clinicians will say *'tell me what's legal and not legal, and we'll deal with the ethics later'*. So, if you work closely with a health law person, the risk would be that they'll only be concerned about the health law."

[153] **Metnin özgün hali:** "One of the challenges often times in my experience is that clinicians or the organization's concern. They worry about the legal issue, but not the ethical issue, when they want to know that they're legally okay or ask *'if we do this, are we going to get sued?*"

4.1.2.6. Klinik Etik Danışmanlık ile Klinik Etik Komite Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Klinik etik danışmanlık anlayışının gelişmesinde "kilometre taşı" olarak değerlendirilen klinik etik komitelerin 1970'li yıllardan bugüne varlığını sürdürdüğü ve görevleri arasında danışmanlığın da bulunduğu bilinmektedir.[154] Ancak klinik etik uzmanı olarak mensubu olunan birim, bölüm ya da merkez aracılığıyla bireysel olarak da danışmanlık verilmekte, bu durum bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlık hizmeti ile klinik etik komite karşılaştırmasını gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda, aralarında ayrıca komite üyesi bulunan katılımcılarımızın bireysel danışmanlık ile klinik etik komitenin mahiyetini karşılaştırarak, avantaj ve dezavantajlarına ilişkin görüşlerine başvurulmuştur. Katılımcılara *"[s]izce klinik etik komitelere kıyasla sağlık hizmetlerinde bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlığın avantaj ve dezavantajları nelerdir?"*[155] sorusu yöneltmiştir. Verilen yanıtlardan hareketle belirlenen ana tema, alt tema ve kodlar Tablo 4.16'da sunulduğu şekilde belirlenmiştir.

Tablo 4.16: "Klinik etik danışmanlık ile klinik etik komite karşılaştırması" bağlamında edinilen bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Klinik Etik Danışmanlığın Avantajları	**Kolay erişilebilirlik**	• Telefonla da ulaşılabilme • Ağır prosedürler içermeme • Beklemeyi gerektirmeme
	Acil yanıt verebilirlik	• Hızlı analiz • Acil çözüm sunma • Etik ikilemin/sorunun tanımlanması ve analizine zamanında ve doğrudan katılım
	Bütüncül değerlendirme	• Etik ikilemi/sorunu ayrıntılı olarak inceleme • Tıbbi tablonun tamamını inceleme • Tüm paydaşlarla [hasta, hasta yakını klinisyen, tedavi ekibi] görüşme • Tüm paydaşların değerlerine göre karar verme • Tüm paydaşların karara katılımını sağlama • Etik ikilem/sorunların çözümünde farklı seçenekler sunma • Klinik etikte uzmanlaşmış danışman tarafından etik ikilemin/sorunun çözülmesi • Bilginin sistematik olarak işlenmesi • Etik ikilemin/sorunun çözülme güveninin sunulması

[154] İlgili kaynaklar için bakınız: Atıcı, 2003; Doğan, 2012.

[155] **Sorunun özgün hali:** "In your opinion, what are the advantages and disadvantages of clinical ethics consultation individually provided in health care by comparing with clinical ethics committees?"

Tablo 4.16 (devam)

	Hastayı öncelikli kılma	• Hastaya zarar vermekten kaçınmaya yardımcı olma • Hasta haklarının korunmasına yardımcı olma • Hastanın tercih ve değerlerinin desteklenmesine yardımcı olma • Hastaya daha iyi bakım sunulmasına yardımcı olma • Mahremiyetin ihlali ile ilgili sorunların azalmasına yardımcı olma • Hasta ve ailesi dâhil tüm paydaşlarla birlikte karar verme [özerkliğe saygı duyma]
	Klinisyene ve tedavi ekibine faydaları	• Tedavi ekibinin "ahlaki sıkıntı"sını giderme • Tedavi ekibinin etik ikilem ve sorunun ne olduğunu anlamasına yardımcı olma • Tedavi ekibinin farklı bir yöntem ve paradigma kullanmalarına yardımcı olma • Danışmanlık sunarken tedavi ekibinde etik karar vermeyle ilgili farkındalık oluşturma
	Sağlık kurumuna ve sistemine faydaları	• Daha adil ve şeffaf sağlık sisteminin geliştirilmesine yardımcı olma • Sağlık kurumunda etik kültürün geliştirilmesine yardımcı olma • Kaynakların adil dağıtımına yardımcı olma • Nafile tedaviden vazgeçilmesine yardımcı olma • Sağlık hizmetlerinde ilave ekonomik yükü azaltma ve tasarruf sağlama
Klinik Etik Danışmanlığın Dezavantajları	**Öznellik**	• Zor kararları yalnız verme (K14) • Bireysel görüş sunma (K10) • Tek yönlülük (bir kişinin bakış açısı) (K14)
Klinik Etik Komitenin Avantajları	**Nesnellik**	• Etik ikilemi/sorunu farklı bakış açılarıyla tartışma • Disiplinlerarası çözüm önerisi sunma • Ortak karar verme • Çok yönlülük • Zor kararları birlikte verme • Sorumluluğu paylaşma
	Politika Geliştirme ve Eğitim	• Politika inceleme ve geliştirme • Eğitim verme: Altyapı ve klinik yeterlilikler oluşturmaya yönelik eğitim verme • Hizmet değerlendirmesi yapma
Klinik Etik Komitenin Dezavantajları	**Zor erişilebilirlik**	Komitenin "yoğun klinisyen"lerden oluşması Üyeleri toplamanın zorluğu
	Acil yanıt verememe	• Yapısal olarak acil cevap verememe • Komite toplantısını bekleme: Ayda 1 toplanma • Yavaş işleyiş • Ağır prosedürler içerme • Hantallık

Tablo 4.16 (devam)

Bütüncül değerlendirme yapamama	• Vakit darlığı nedeniyle etik sorunu ayrıntılı olarak inceleyememe
	  • Sınırlı sayıda gerçeğe/unsura dayanarak karar verme
	  • Tüm paydaşlarla görüşmeme
	  • Üyelerinin çoğunun/çoğunlukla klinik etik uzmanı/danışmanı olmaması
	• Yetkin ve yetkili etik uzmanı olmadığında bilgiyi sistematik işlemede zorlanma
	  • Etik sorunu çözme güvenini sunmama

Birincil görevinin etik danışmanlık olmaması	• Danışmanlıktan çok politika geliştirmeye odaklanma • Kuruma ve kurumsal çalışmalara ağırlık verme • Eğitime öncelik verme • Üye çoğunluğunun klinik etik eğitimi almayan klinisyenlerden oluşması • Gönüllülerden oluşması • Gönüllülere ilave iş yükü yüklemesi nedeniyle süreklilik arz etmemesi • Klinik etik danışmanlık hizmetinde sürdürülebilir olamama

Katılımcıların, bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlık ile klinik etik komiteler tarafından sunulan danışmanlık arasında yaptıkları karşılaştırmalar ışığında her iki yapı ve hizmet şeklinin avantaj ve dezavantajları saptanmıştır. Oluşturulan dört ana temadan klinik etik danışmanlığın avantajlarının, klinik etik komitelere nazaran daha fazla olduğu; dezavantajının ise danışmanın bireysel görüşüne dayalı önerisi nedeniyle salt öznellik, dolayısıyla tek yönlülük, olduğu görülmektedir. Buna karşın komitelerin tıbbın farklı alanlarından üyelerden oluşması nedeniyle verilen kararın ortak, çok yönlü ve nesnel olması başlıca iki avantajı arasında dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra *"politika inceleme ve geliştirme"* ile kurulduğu sağlık kurumunda verilen hizmeti değerlendirerek, *"altyapı ve klinik yeterlilikler oluşturmaya yönelik standartları belirleme ve eğitim verme"* de bir diğer avantajı olarak öne çıkmaktadır. Klinik etik komitenin yukarıda belirtilen avantajlarına karşın, özellikle *"hantal işleyişi", "ağır prosedürler gerektirmesi"* ve *"üyelerin yoğun klinisyenlerden oluşması"*nin erişimi dolayısıyla zamanında ve *"acil yanıt verme"*sini zorlaştırdığı ise dezavantajı olarak vurgulanmaktadır.

Araştırma verilerinden hareketle **bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlığın** avantajları; *"kolay erişilebilirlik", "acil yanıt verebilirlik", "bütüncül değerlendirme", "hastayı öncelikli kılma", "klinisyen ve tedavi ekibine faydaları"* ile *"sağlık kurumuna ve sistemine faydaları"* alt temaları olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan sınıflandırmada içerik

olarak birbirini bütünleyen **"kolay erişilebilirlik"** ile **"acil yanıt verebilirlik"** alt temaları; *"telefonla da ulaşılabilme", "ağır prosedürler içermeme"* ve *"beklemeyi gerektirmeme"* kodlarıyla belirlenmiştir. Bahsi geçen nitelikler *"etik ikilemin/sorunun tanımlanması ve analizine zamanında ve doğrudan katılım"*ı dolayısıyla *"hızlı analiz"*i ve *"acil çözüm sunma"*yı beraberinde getirmektedir. Nitekim katılımcıların önemle vurguladıkları erişilebilirlik ve yanıt verebilirlik ile ilgili söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_1: "Kırsal bölgede de bizimle anlaşması olan ve bizi arayıp, etik sorun için danışan [sağlık] kuruluşlarımız var. Bu işleyiş *'tele-etik veya telefon etiği'* olarak adlandırılıyor. Örneğin, sekiz mil ya da sekiz saatlik mesafede olduklarında bunu yapabiliyoruz. Üç saatlik sürüş mesafesinde yaşıyorlarsa, yapabileceğimiz şey, yarı zamanlı da olsa danışmanlık sunmaktır."[156]

ED_6: "Komiteye karşın, bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlık etik ikilemlerin tanımlanması ve analizine etik uzmanının [danışman] zamanında ve doğrudan katılımı sağlar."[157]

ED_9: "Bireysel klinik etik danışman ve klinik etik komite üyesi olarak çalışıyorum. Ancak klinik etik danışman olarak çalışmaktan mutluluk duyuyorum zira hastanede çalışan insanlar, şeffaf bir şekilde ve acilen yapılan yüz yüze görüşmelere alışkındırlar. Ayrıca soru sorduklarında bir hafta veya iki hafta içinde değil, bir gün içinde yanıt almak isterler."[158]

ED_{10}: "(…) hem bireysel klinik etik danışmanlığın, hem de klinik etik komitenin avantaj ve dezavantajları vardır. Birincisi, hızlıdır ve ağır prosedürler içermez ancak sadece danışmanın görüşünü yansıtır. İkincisi ise işlevsiz gibi görünse de komite üyelerinin ortak görüşünü yansıtır."[159]

Yukarıda alıntılanan katılımcı ifadelerinden bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlığın gerek kliniğin "hızlı yanıt isteyen" doğasına gerekse etik ikilem/sorunun "acil"

---

[156] **Metnin özgün hali:** "We also have organizations in the countryside that have a contract with us and consult for the ethical issue. So they call us, it's called *'tele-ethics or telephone ethics'*. When they are at the eight-mile or eight-hour distance away, we can do that. If they live within three hour-drive, then what we can do is that we can also work part-time."

[157] **Metnin özgün hali:** "Clinical ethics consultation by an ethicist as opposed to a committee allows the ethicist to participate directly in a timely way in the identification and analysis of ethical dilemmas."

[158] **Metnin özgün hali:** "I work as an individual clinical ethics consultant and as a member in the clinical ethics committee. But I am glad to work as a clinical ethics consultant because people who work in hospital are used to having face to face conversations fairly and immediately. And also they want to have a response like in a day, not in a week or two weeks, when they ask a question."

[159] **Metnin özgün hali:** "(…) both individual clinical ethics consultation and clinical ethics committee have advantages and disadvantages. First one is rapid and without heavy procedures, but it reflects just the consultant's opinion. The second one seems nonfunctional but it reflects the common view of the committee members."

çözüm gerektiren mahiyetine daha uygun olduğu anlaşılmaktadır. Zira klinik etik danışmana kolaylıkla ulaşılabilir olması ve danışmanın acil çözüm sunması danışmanlığın da mahiyetine ve amacına hizmet etmektedir. Ancak **klinik etik komite**nin yapısal olarak danışmanlığın mahiyeti ve amacı ile özdeşlik göstermediği ileri sürülebilir. Nitekim *"komite üyelerinin 'yoğun klinisyen'lerden oluşması"*, üyelerin bir araya gelmesini, dolayısıyla erişimi zorlaştırmaktadır. **"Zor erişilebilir"** olmasına ilaveten etik ikilem/soruna ilişkin görüş almak üzere yapılan başvurunun *"ağır prosedürler içermesi"* ve "ayda bir" gerçekleştirilen *"komite toplantısını bekleme"* zorunluluğu işleyişi *"hantal"* ve *"yavaş"* kılmaktadır. Bir diğer ifadeyle klinik etik komitenin, hızlı çözüm gerektiren etik ikilem/soruna yapısal olarak **"acil yanıt verememe"**si nedeniyle acil yanıt bekleyen klinik işleyişe uygunluk göstermediği anlaşılmaktadır. Aynı zamanda komite üyesi de olan danışman katılımcılar bu konuda görüşlerini şöyle ifade etmektedir:

ED_1: "Klinik etik kurullardaki üyeler meşgul/yoğun klinisyenlerdir. Peki, ne zaman etik danışmanlık sunabilirler? Nasıl ve ne kadar hızlı? Herkese ulaşabilirler mi?"[160]

ED_9: "Komiteler; büyük, hantal, ağır ve kullanışsız oldukları için adeta bir başarısızlık örneği olarak değerlendiriliyorlar. (…) aslında komitemin çalışma şeklini çok seviyorum çünkü ayda bir kez bir araya geliyoruz."[161]

Öte yandan **bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlığı** avantajlı kılan özellikleri arasında **"bütüncül değerlendirme"** yapılarak, *"etik ikilem/sorunun çözülme güveninin"* bulunduğu dile getirilmektedir. Etik ikilem/sorunun*"klinik etikte uzmanlaşmış danışman"* tarafından ilgili *"tüm paydaşlarla görüşülüp,* her birinin değerlerine ve hastanın tıbbi durumuna ilişkin bilgi edinilmesi ve edinilen tüm bilgilerin ayrıntılarıyla sistematik olarak incelenmesi değerlendirmeye bütüncüllük kazandırmaktadır. Danışmanın çözüme ilişkin *"farklı seçenekler de sunduğu"* bütüncül değerlendirme hakkında katılımcılar düşüncelerini şu şekilde ifade etmektedir:

ED_6: "Komitenin aksine etik uzmanı tarafından bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlık; hasta/hasta yakınları ve sağlık çalışanının [çözüm sürecine] dostça katılımını

[160] **Metnin özgün hali:** "In clinical ethics committees, members are busy clinicians. Well, when can they provide ethics consultation? How and how quickly? Can they reach to everybody?"

[161] **Metnin özgün hali:** "Committees are almost evaluated as sort of "hamstrung" by being big, awkward, clunky and cumbersome. (…) actually I very much like the way my committee works because we get together once a month."

sağlar, etik ikilem ve sorunlara çözüm sunabilecek seçenekler sunar ayrıca hasta ve ailesi dâhil olmak üzere [tüm] paydaşlarla birlikte eylem seçeneğine karar verir."[162]

ED_{12}: "Etik komiteler sınırlı sayıda gerçeğe/unsura dayanarak karar verir, oysa karara dâhil edilmesi gereken çok sayıda varsayım söz konusudur. Ancak etik danışman [kararda] tıbbi tablonun ve ilgili paydaşların değerlerinin eksiksiz olarak bir araya getirilip, anlaşılmasına olanak sunar."[163]

Katılımcıların yukarıda sunulan söylem örneklerinden klinik etik danışmanlıkta karara tüm gerçeklerin/unsurların, değerlerin ve paydaşların kararda belirleyici olduğuna doğrudan değinildiği görülmektedir. Bu nitelikler klinikte bireysel olarak sunulan etik danışmanlığın avantajına, buna karşın **klinik etik komitenin danışmanlık bağlamında dezavantajı**na işaret etmektedir. Nitekim komite *"üyelerinin çoğunun/çoğunlukla klinik etik uzmanı/danışmanı olmaması"*nın *"etik sorunu ayrıntılı olarak inceleme"*ye vakit bulamamalarına, *"sınırlı sayıda gerçeğe dayanarak karar verme"*lerine, *"bilgiyi sistematik işlemede zorlanma"*larına, ve nihai olarak *"etik sorunu çözme güvenini sunmama"*larına yol açtığı belirtilmektedir. Bahsi geçen olumsuzluklar katılımcıların aşağıdaki ifadelerinde görülmektedir:

ED_{9}: "Hastanelerde, aslında vakalarla ilgili konuşmak amacıyla üyelerinin bir araya geldiği ancak üyeler arasında etik danışmanın olmadığı etik komiteler bulunuyor. (…) Komitede etik konusunda daha yetkili/güvenilir bir uzman bulunmadığında, komite [üyeleri] edinilen bilgiyi işleyecek sistematik bir yol bilmediği ve nasıl ilerlemesi gerektiği konusunda ortak bir kanıya varamadığı için zaman zaman zorlanabiliyor."[164]

ED_{14}: "Kuzey Amerika'daki her hastanenin bir tür etik destek sunması gerekiyor ve bu hastanelerden çoğu geleneksel olarak etik komite aracılığıyla destek sunuyor, ancak bireysel olarak sunulan etik desteğe özellikle Kanada'da giderek daha fazla önem veriliyor. (…) etik komite üyeleri tam zamanlı çalışan doktor ve hemşirelerden oluştuğu etik sorunu ayrıntılı bir şekilde analiz etmeye vakit bulamıyorlar. Ancak bireysel danışman, yani klinik etik danışman, daima etik sorunla ilgilenmeye vakit bulabiliyor. Bir diğer olumsuz nokta ise etik komitede

---

[162] **Metnin özgün hali:** "Clinical ethics consultation by an ethicist as opposed to a committee provides friendly participation by patient/relatives and staff, options for addressing these dilemmas and issues, and also decides on the option for action in conjunction with stakeholders including patient and family."

[163] **Metnin özgün hali:** "Ethics committees make decisions based on a limited number of facts while there are a lot of assumptions involved. But an ethics consult allows for the gathering of the full medical picture and the values of the parties involved."

[164] **Metnin özgün hali:** "Ethics committees that don't have ethics consultants in hospitals although they actually get together sometimes to talk about cases. (…) When there's no one in the committee with a more authoritative expertise on ethics, the committee is sometimes hamstrung by not having a systematic way to process information and come to agreement about how it should go forward."

genellikle etik uzmanının bulunmaması ve üyelerin etik konusunda profesyonel olmamasıdır. (…) bu nedenle etik komite etik sorunları çözme güvenini sunamayabiliyor."[165]

Danışmanlık bağlamında klinik etik komitenin, yukarıda belirtilen olumsuz özellikleri ise **"birincil görevinin etik danışmanlık olmaması"** ile temellendirilebilir. Zira komitenin *"politika geliştirmeye"*, mevcut politikaları güncellemeye ve özellikle kurumsal yapının gelişimine yönelik "eğitim verme"ye önem ve öncelik verdiği anlaşılmaktadır. Politika geliştirme ve eğitim verme, klinik etik komiteyi kurumsal niteliklerin gelişimi açısından avantajlı ancak klinik etik danışmanlık hizmetinin "sürdürülebilir" olması açısından dezavantajlı kılmaktadır. Komite tarafından sunulan danışmanlığın sürdürülebilir olamamasında *"üye çoğunluğunun klinik etik eğitimi almayan klinisyenlerden oluşması"*, hizmetin *"gönüllülük"* esasıyla sunulması ve gönüllü olarak verilen hizmetin üyelere *"ilave iş yüklemesi"* de etkili olmaktadır. Bu doğrultuda katılımcıların düşüncelerini temsil eden sözleri şu şekildedir:

ED_6: "Etik komiteler; politika incelemede, hizmet değerlendirmelerinde ve etik danışmanlıkta altyapı ve klinik yetkinlikleri oluşturmaya yönelik eğitim düzenlemelerinde işlevseldir. (…) Etik komite ile klinik etik danışman arasındaki en büyük farklardan biri, etik komitelerin genellikle gönüllülerden oluşmasıdır. (…) Bu işi [danışmanlık] yapmak için ücret alan klinik etik uzmanı hastaneye gidip danışmanlık vermeye vakit bulabiliyor. Ancak gönüllü bu işi masa başında yapıyor, zaten birçok sorumluluğu var ve olağan işinin yanı sıra bu ilave sorumluluğu da kabul ediyor, yani bu işi yapması ilave çaba gerektiriyor."[166]

ED_{10}: "Klinik etik komitelerde, standartları geliştirmeye ve şeffaf olmaya çaba gösteriyoruz böylece hastanedeki insanlar izleyecekleri süreci bilirler. Süreci beğenmezlerse

[165] **Metnin özgün hali:** "Every hospital in the North America has to have an ethics support of some sort and many of them traditionally with an ethics committee, but more and more especially in Canada has an individual emphasis. (…) the ethics committee doesn't have the time to analyze the ethical issue in detail because its members are full time doctors and full time nurses, therefore, they cannot have the time to deal with these issues. But individual consultant, I mean clinical ethics consultant, can deal with the ethical issue all the time. The other negative point is that there's no ethics specialist in an ethics committee, in general, and the members would be amateurs. (…) so an ethics committee may not provide the confidence of dealing with ethical issues."

[166] **Metnin özgün hali:** "Ethics committees are functional for policy review, evaluations of service, and for arranging teaching sessions toward building infrastructure and clinical competencies in ethical consultation. (…) One of the big difference between an ethics committee and a clinical ethics consultant is that ethics committees usually have volunteers on them. (…) The clinical ethicist who is paid to do this work has the time to go and do it. But the volunteer is doing it on the side of the desk, he/she already has many other responsibilities and he/she is accepting this extra responsibility in addition to his/her usual work, which means that it takes extra effort to do this work."

gelip benimle konuşurlar. Ya da canlandırma ve kritik müdahalelerle nasıl başa çıkılacağı konusunda çok geniş bir politika geliştirmemiz gerektiğinde komiteye giderim."[167]

Görüldüğü üzere klinik etik komiteler, politika ve eğitimle doğrudan sağlık kurumuna faydalı olacak şekilde işlev göstermektedir. Hastaya ve klinisyene ise dolaylı olarak faydalı olduğu ileri sürülebilir. Ne var ki **klinik etik danışman**ın **"hastayı öncelikli kılma"**sı bağlamında "*hastaya zarar vermekten kaçınmaya", "hasta haklarının korunmasına", "hastanın tercih ve değerlerinin desteklenmesine", "hastaya daha iyi bakım sunulmasına"* ve *"hastanın özerkliği ile gizliliğinin korunmasına yardımcı"* olarak doğrudan faydalı olduğu şu şekilde ifade edilmektedir:

ED_4: "Hastalara daha iyi bakım sunulmasına yardımcı olur ve hastaların sadece istedikleri tıbbi tedavileri almalarını sağlar. Böylece zararın önlenmesine ve hasta haklarının korunmasına yardımcı olur."[168]

ED_6: "Komitenin aksine etik uzmanı tarafından sunulan klinik etik danışmanlık mahremiyetin ihlali ile ilgili sorunları azaltır."[169]

ED_{14}: "(…) klinik etik danışmanlık, hastanın değer ve isteklerini anlayıp, bunlara saygı duyarak hasta açısından daha iyi bakım sunulmasını sağlar."[170]

Gerek katılımcıların yukarıda alıntılanan ifadeleri, gerekse etik ikilem/sorunun hastanın yararına olacak şekilde çözümü klinik etik danışmanlığın hastaya doğrudan yarar sağladığına kanıt niteliğindedir. Bu niteliğinin yanı sıra bireysel danışmanlığı avantajlı kılan bir diğer unsur da **"klinisyene ve tedavi ekibine faydaları"** olarak belirtilmektedir. Zira klinik etik danışmanın *"etik ikilem/sorunu çözerek, tedavi ekibinin 'ahlaki sıkıntı'sını gider"diği*, *"tedavi ekibinin etik ikilem ve sorunun ne olduğunu anlamasına ve etik kararlarda farklı bir yöntem ve paradigma kullanmalarına yardımcı ol"duğu* dolayısıyla *"etik karar verme konusunda farkındalık oluştur"*duğu vurgulanmaktadır. Danışman katılımcıların bu yöndeki söylemleri aşağıda sunulmaktadır:

---

[167] **Metnin özgün hali:** "In clinical ethics committees, we try to set up standards and be transparent so that people in the hospital know process to follow. If they don't like the process, they come and speak to me. Or if we have to create a very large policy, how to deal with resuscitation and critical interventions, then I go to the committee.

[168] **Metnin özgün hali:** "It helps patients to be provided better care and ensure that patients only receive the medical treatments that they want. So, it helps to avoid harm and protect patient rights."

[169] **Metnin özgün hali:** "Clinical ethics consultation by an ethicist as opposed to a committee reduces issues of breach of confidentiality."

[170] **Metnin özgün hali:** " (…) clinical ethics consultation provides better care in sense of the patient by knowing and respecting patient' values and wishes."

ED_2: "Etik danışmanlığın rolü, kanımca, çok çeşitlidir. Bu, sadece danışmana sunulan sorunu çözmek değil, aynı zamanda özellikle tedavi ekibini etikle ve karar vermeyle ilgili eğitmektir de. Ve bu rolü danışmanlık sürecinde yerine getirirsiniz, (…). Dolayısıyla bu, tedavi ekibinin düşündüğü şeyden aslında olan şeye geçişlerinin idrakine yardımcı olmak için harika bir fırsattır. Ayrıca tedavi ekibinin klinikte çok önemli olan kanıta dayalı karar verme yöntemini uygulayarak verdikleri karar için farklı bir yöntem ya da paradigmanın varlığını kavramalarına yardımcı olmak için de büyük bir fırsattır."[171]

ED_4: "[Klinik etik danışmanlık] sağlık çalışanlarının ahlaki sıkıntısını tespit edip, çözmeye de yardımcı olabilir. Yani, belki kaynakları yetersiz olduğu, belki ilgili yasa kararlarını desteklemediği veya belki de hasta ya da aile üyeleri tedaviyi kabul etmediği için sağlık çalışanları doğru bildikleri şeyi yapamamaktan ötürü çok kötü ve güçsüz hissedebilirler. (…) danışman, onlara rehberlik sunarak ve bazen *'yapabileceğiniz her şeyi yaptınız, elinizden gelenin en iyisini yaptınız, doğru şeyi yaptığınızdan emin olun'* diyerek, ahlaki sıkıntılarının giderilmesine yardımcı olabilir."[172]

Bireysel klinik etik danışmanlığın, etik ikilem/sorunun paydaşlarından olan klinisyene ve tedavi ekibine doğrudan ve dolaylı faydaları danışman katılımcıların sözlerinde ön plana çıkmaktadır. Danışmanlığın faydaları salt hasta, klinisyen ve tedavi ekibine yönelik olmayıp, aynı zamanda **"sağlık kurumuna ve sistemine faydaları"**nın da bulunduğu katılımcılar tarafından ileri sürülmektedir. Zira gerek etik ikilem/sorunları çözülüp etik karar verilmesine ön ayak olarak, gerekse klinisyen ve sağlık çalışanlarında etik farkındalığın geliştirilmesinde yardımcı olarak fayda sunduğu anlaşılmaktadır. Nitekim hizmet verilen sağlık kurumuna ve dolaylı olarak sağlık sistemine yapılan katkılar şu unsurlarla temellendirilmektedir: "*Nafile tedaviden vazgeçilmesi"* ve *"kaynakların adil dağıtımına yardımcı*" olarak *"ilave ekonomik yükü azaltma ve tasarruf sağlama*"ya, dolayısıyla *"daha adil ve şeffaf bir sağlık sisteminin geliştirilmesi"*ne katkıda bulunma. Sağlık çalışanlarına hizmet sunup, "ahlaki sıkıntı"larını gidererek de *"sağlık kurumunda etik kültürün geliştirilmesine yardımcı olma"*.

---

[171] **Metnin özgün hali:** "The role of ethics consultation is, to my mind, multifold. It's not just to resolve the issue that's been presented to the consultant, it's also to educate particularly the clinical team about ethics and about decision making. And you do this role in the consultation, (…). So, this is a great opportunity to help the clinical team understand the move from what they thought it was to but what it really is. And also to help the clinical team with understanding a different modality or paradigm for decision making that they follow a very particular evidence-based decision making in clinic."

[172] **Metnin özgün hali:** "It [clinical ethics consultation] can help also determine and solve moral distress of health care professionals. I mean, maybe because they do not have enough resources, because the law doesn't support their decision or maybe because the patient or the family members don't agree with the treatment, they would feel terrible and powerlessness because they cannot do the right thing. (…) the consultant can help them to alleviate moral distress by providing guidance and saying sometimes *'you did everything you could do, you did the best you can do, be reassured you're doing the right thing*."

Katılımcı danışmanların, klinikte bireysel olarak sunulan etik danışmanlığın kuruma ve sisteme yönelik faydalarını belirten ifadeleri şu şekildedir:

ED_3: "Klinik etik danışmanlığın sağlık hizmetlerinde tasarruf sağladığına dair bir örnek vereyim: Yoğun bakım ünitesinde (YBÜ), çok geçmeden yaşamını kaybedecek olan, hastalar genellikle bakım almak istemiyor ve *'bunların hiçbirini istemiyorum'* diyor. Ancak doktorlar ya da aile bireyleri zorla kabul ettirmek için uğraşmaya devam ediyor. Bu durumda, klinik etik uzmanı aslında yapılması gerekenin, sunulan bakımı istemeyen hastayı dinleyerek, hastayı palyatif bakıma almak ve sonrasında yakın zamanda ölümle sonuçlanacak gerçeği beklemek olduğunu bilir. Böylece sağlık sisteminde harcamanın daha az yapılmasına yardımcı olur. Bu durum kendi başına iyi bir şey olmadığı için bizler hastanın değerlerinin desteklenmesine yardımcı olduğumuzu göstermeye çalışırız. Ayrıca bu, biz dâhil olduğumuzda hastalar daha erken öldüğü için tasarruf edildiği anlamına gelmemelidir."[173]

ED_4: "(…) Daha şeffaf ve daha adil bir sağlık sisteminin geliştirilmesine yardımcı olur."[174]

Yukarıda katılımcıların ifadeleriyle kanıta dayandırılarak açıklanan **klinik etik danışmanlığın** avantajlarına karşın, bireysel olarak sunulması nedeniyle bu hizmeti **dezavantaj**lı kılan başlıca etken "**öznellik"** olarak tespit edilmiştir. Bir diğer ifadeyle klinik etik danışmanın, etik ikilem/sorunun çözümüne bireysel önerisiyle yardımcı olması, önerisinin dolayısıyla kararın *"tek yönlü"* olmasına neden olmaktadır. *"Bir kişinin bakış açısı"*nı yansıtan önerinin yanı sıra zor kararların da yalnız verildiği belirtilmekte, katılımcı bu konudaki görüşünü şu şekilde dile getirmektedir:

ED_{14}: "Etik danışmanlık yapan bir klinik etik uzmanı, *'ben her zaman haklıyım'* diye düşünebilir. Ancak ben kendime sık sık *'haklı olmayabilirim, önerimi/fikrimi kabul etmemeleri sorun değil'* diye düşünürüm. Ne var ki, insanlar beni '*Tanrı'nın sesi'* olarak değerlendirebildikleri için önerimi/fikrimi kabul etmek zorunda hissedebilir. Bu nedenle onlara, *'yanılıyor olabilirim, önerimi/fikrimi kabul etmemeniz sorun değil'* diye hatırlatırım. Şunu

[173] **Metnin özgün hali:** "Let me give you an example that clinical ethics consultation saves health care service money: In the intensive care unit (ICU), patients, who will die sooner, say *'I don't want all this'*. But the doctors or family members keep pushing and pushing. At this stage, the clinical ethicist actually knows the intervention is that by listening the patient who doesn't want the care provided, switch the patient to palliative care, and then await the fact that the patient ends up dying sooner. So it costs the health care system less money. That's not a good thing in itself, so we try to show that we're helping promote patient values. And also it shouldn't to mean that we save money because patients die sooner when we're involved."

[174] **Metnin özgün hali:** "It helps to create a more compassionate and a more fair health care system."

demek istiyorum, etik komite üyesi olmayan bazı klinik etikçiler çok zor kararları yalnız vermek durumunda kaldıkları için bazen kendilerini yalnız hissedebilir."[175]

Bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlıkta danışman önerisiyle ulaşılan kararın tek bir kişinin görüşünü yansıttığı, bu nedenle öznel olduğu belirtilirken, "yalnız" olunmasının özellikle zor kararlarda danışman açısından da sıkıntıya yol açabileceği dile getirilmektedir. Buna karşın, klinik etik komitede kararın farklı disiplinlerden üyelerce "ortak" verilmesi nedeniyle birçok kişinin görüşünü yansıttığı ve nesnel olduğu ifade edilmektedir.

Klinik etik komitenin yukarıda ayrıntılı olarak ele alınan dezavantajlarına karşın, avantajı olarak önce çıkan **"nesnellik"**; komitenin farklı alanlarından klinisyen ve hemşirelerden oluşması nedeniyle *"etik ikilemi/sorunu farklı bakış açılarıyla tartışma", "disiplinlerarası çözüm önerisi belirleme", "ortak karar verme", "çok yönlülük", "zor kararları birlikte verme"* ve dolayısıyla *"sorumluluğu paylaşma"* kodlarıyla belirlenmiştir. Komitenin yapısal olarak etik sorunların çözümüne nesnel çözüm sunuşuna ilişkin katılımcıların söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

ED_9: "Aslında 20 yıllık klinik deneyime sahip insanlarla bir masanın etrafında oturmama olanak sunan etik komiteleri son derece yararlı buluyorum. Ayrıca bu insanlar her yerde, her sistemde ve her mevkide çalışmış oldukları için yaşamım boyunca kendimi onlara denk kılamam."[176]

ED_{13}: "Klinik etik komite -şayet komitede hukukçu da varsa, yasal yönler de dâhil olmak üzere- disiplinlerarası yönergeler veya çözümler önerebilir. Komite üyeleri, analiz edilen etik sorunlarla kişisel olarak ilgili olmadıkları için daha nesneldirler. Nihai olarak, bir kişiye, yani klinik etik danışmana güvenmek yerine, birlikte sundukları önerilerin sorumluluğunu paylaşırlar."[177]

---

[175] **Metnin özgün hali:** "One clinical ethicist doing ethics consultation is that he/she would think *'I am right all the time'*. But I often think that *'I may not be right, it's okay to disagree with me'*. But people feel that they have to agree with me because they may think like I am *'the voice of God'*. So, I have to remind people that '*I can be wrong, it's okay to disagree with me'*. I mean, some clinical ethicists, who are not a member in an ethics committee, sometimes may feel lonely because they have to make very difficult decisions alone."

[176] **Metnin özgün hali:** "I find the ethics committees that to be enormously helpful providing me the opportunity that people basically sitting around a table of 20 years of clinical experience. And also, I will never be able to equal that in my life because these are people that have worked everywhere and in all system, and all capacities."

[177] **Metnin özgün hali:** "A clinical ethics committee could recommend interdisciplinary guidelines or solutions, including legal aspects, if there is a lawyer on the committee. Members of the committee are more objective because they are not related personally to the ethical problems at stake. Finally, they share the responsibility of the common recommendations, instead of relying on one person, the clinical ethics consultant."

ED_{14}: "(…) klinik etik komite, etik sorunların farklı fikir ve farklı bakış açılarıyla tartışılabildiği yerlerdir; bu, iyi bir şeydir. Yani, etik komitede görev alıyorsanız, vakayı [üyelerle] birlikte tartışıp, inceleyebilirsiniz."[178]

Gerek sadece bireysel olarak danışmanlık sunan, gerekse bireysel hizmete ilaveten klinik etik komite üyesi olarak da görev yapan klinik etik danışmanlarla yapılan görüşme bulgularıyla klinik etik komiteye kıyasla bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlığın avantajlarının daha çok olduğu ortaya konulmuştur. İlaveten, bireysel danışmanlığın başlıca dezavantajı öznellik olsa da yapısal olarak klinik işleyişin ve etik sorunun mahiyetine daha uygun olduğu ve doğrudan faydalarıyla daha işlevsel olduğu tespit edilmiştir.

4.1.3. Klinik Adli Danışmanlık Bağlamında Adli Bilimler ve Adli Tıp Uzmanlarıyla Yapılan Araştırma Bulguları

"Klinik adli danışmanlık/konsültasyon" hizmeti; tıbbi-adli (mediko-legal) vakalarda ve malpraktis iddialarında mağdur olan veya olduğu öne sürülen hayattaki kişilere, bu kişilerin ailelerine, ilgili hekime, sağlık kurumuna ve mahkemeye doğru kanıt, görüş ve rehberlik sunarak yardımcı olunması anlamına gelmektedir. Bu bağlamda "klinik adli danışman" da kısaca bahsi geçen konularda uzmanlaşarak, tıbbi-adli sorunlarda ilgili kişilere yardımcı olan adli bilim/tıp uzmanını ifade etmektedir. Yapılan alan yazın incelemesinde adli tıbbın alt alanı olan klinik adli tıp ve klinik adli danışmanlığın İngiltere[179], Almanya[180] ve Avustralya'da[181] kurumsal, sistematik ve yaygın bir nitelik serimlediği görülmektedir. Ancak Kanada ve Türkiye'de adli tıbbın alt uzmanlık alanı olarak hâlihazırda kanıksanmadığı çıkarsanmaktadır. Buna karşın klinik adli danışmanlığın Kanada'da son yıllarda uygulanmaya başladığı, Türkiye'de ise "klinik adli danışmanlık" adıyla olmasa da "mediko-legal danışmanlık" adıyla bireysel olarak ya da adli tıp polikliniklerinde verilen hizmetlerin bir parçası olarak sunulduğu

---

[178] **Metnin özgün hali:** "(…) the clinical ethics committee is the place where the ethical issues can be discussed by different ideas and different perspectives, that's good. I mean, if you are in an ethics committee, you can discuss and review the case together."

[179] Stark MM, Norfolk GA. Training in clinical forensic medicine in the UK: perceptions of current regulatory standards. *J Forensic Leg Med*, 2011;18(6):264-275.
RSM. *Clinical Forensic & Legal Medicine Section.* Royal Society of Medicine. Access: July 4, 2022. Retrieved from: https://www.rsm.ac.uk/sections/clinical-forensic-legal-medicine-section/

[180] Pollak S. Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. *Forensic Sci Int*, 2004;144(2-3):269-83.

[181] RCPA. *Faculty of Clinical Forensic Medicine*. Royal College of Pathologists of Australasia, August 1, 2019. Access: July 4, 2022. Retrieved from: https://www.rcpa.edu.au/Trainees/Faculties/FCFM
QG. Clinical Forensic Medical Unit. Queensland Government. October 9, 2018. Access: July 4, 2022. Retrieved from: https://www.health.qld.gov.au/public-health/forensic-and-scientific-services/forensic-services/clinical-forensic-medicine

anlaşılmaktadır.[182] Yine de her iki ülkede klinik adli danışmanlık adıyla belirli bir algoritma ışığında standart, sistematik ve formüle edilmiş bir nitelikte varlık göstermediği ifade edilebilir.

Dolayısıyla araştırmanın bu kısmı, temelde **"bugünün tıbbı"**nda klinik adli danışmanlığa duyulan gereksinimin nedenlerini ve bu gereksinimi karşılamak adına sunulabilecek çözüm önerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra Kanada'da adli bilim çalışanlarının klinik adli tıp hakkındaki düşünceleri üzerinden anlam ve kapsamını saptamak; mediko-legal ve etiko-legal sorunlara klinik etik danışmanlığa koşut bir yapıda çözüm sunacak şekilde yeniden yorumlamak hedeflenmiştir.

Nihai olarak, klinik adli danışmanlığın standardize ve formüle edilmiş bir yapıda özerk ve etiko-legal sorunlarda klinik etik danışmanlıkla birlikte sunumuna ilişkin genel kanıyı saptama amacı güdülmüştür. Belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda on üçü Kanada'dan, on üçü de Türkiye'den olmak üzere toplam yirmi altı (26) adli bilim ve adli tıp uzmanı ile derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Grup III ile yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcılara klinik adli danışmanlık gerektiren vakaların çoğunlukla neler olduğu, art alanları, bu vakalarda ilgili kişilere yardımcı olmaya yönelik yaklaşımları, tıbbi-adli açıdan sorunlu ancak yargıya intikal etmemiş vakalarda izlenen yol ve paydaşlar arası uzlaşıya ilişkin fikir ve tutum belirleyici sorular yöneltilmiştir. Ayrıca hizmet sürecinde klinik adli danışmanın sahip olması gereken temel bilgi ve becerilere dair sorulara yanıt aranmıştır. Görüşme dökümlerinden hareketle bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiş; bunlar katılımcılardan alıntılanan söylem örnekleriyle kanıta dayalı olarak açıklanmıştır. Grup III katılımcıları için kısaca "adli danışmanlık" anlamına gelen **"AD"** kodu kullanılmıştır. Katılımcılar arasında Kanada ve Türkiye ayırımını belirgin kılmak amacıyla da Kanada'dan görüşme yapılan katılımcılar "Kanada adli bilim uzmanı"nı temsilen **"CAD"**, Türkiye'den görüşme yapılan katılımcılar ise "Türkiye adli tıp uzmanı"nı temsilen **"TAD"** kodlarıyla anonimleştirilmiştir.

4.1.3.1. Adli Bilim ve Adli Tıp Uzmanlarının Demografik Özellikleri

Yukarıda belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen araştırma kapsamında Kanada ve Türkiye'den adli bilim ve tıp uzmanlarından oluşan Grup III'ün katılımcılarına ilişkin demografik bilgilere Tablo 4.17'de yer verilmektedir:

[182] Yorulmaz Medikolegal, 2021; Canadian Forensic Medical Consulting, 2019.

Tablo 4.17: Katılımcı adli bilim ve adli tıp uzmanlarına ilişkin demografik bilgiler.

Ülke	Katılımcı Sayısı	Cinsiyet	Akademik Unvan
Kanada	1	Kadın	Prof. Dr.
	2	Erkek	Prof. Dr.
	3	Erkek	Prof. Dr.
	4	Erkek	Prof. Dr.
	5	Erkek	Prof. Dr.
	6	Erkek	Doç. Dr.
	7	Erkek	Doç. Dr.
	8	Kadın	Dr.
	9	Kadın	Dr.
	10	Erkek	Dr.
	11	Erkek	Dr.
	12	Erkek	Dr.
	13	Erkek	Dr.
Türkiye	1	Kadın	Prof. Dr.
	2	Kadın	Prof. Dr.
	3	Erkek	Prof. Dr.
	4	Erkek	Prof. Dr.
	5	Erkek	Prof. Dr.
	6	Erkek	Prof. Dr.
	7	Erkek	Prof. Dr.
	8	Erkek	Prof. Dr.
	9	Erkek	Prof. Dr.
	10	Erkek	Prof. Dr.
	11	Erkek	Dr.
	12	Erkek	Dr.
	13	Kadın	Dr.
Toplam	**26**		

Yukarıda sunulan tablodan klinik adli tıp danışmanlığının kısa ifadesi olarak kullanılan klinik adli danışmanlığa ilişkin Kanada ve Türkiye'den derinlemesine görüşme yapılan adli bilim ve tıp uzmanlarının çoğunlukla erkek olduğu görülmektedir. Nitekim her iki ülkeden toplam 26 katılımcıdan 3'ü Kanada'dan, 3'ü Türkiye'den olmak üzere sadece 6'sı kadınlardan; 20'si ise erkeklerden oluşmaktadır. Bu bağlamda her iki ülkede adli bilimler ve adli tıp alanında erkeklerin çoğunlukta olduğu ve/veya erkeklerin araştırmayla daha fazla ilgilenip, katılım gösterdiği ileri sürülebilir. Ancak cinsiyete dair bu koşutluk katılımcıların akademik unvanlarında görülmemekte; Türkiye'den 13 katılımcıdan 10'unun profesör, Kanada'dan 13 katılımcıdan 5'inin profesör, 6'sının ise doktor unvanına sahip olduğu görülmektedir. Bahsi geçen rakamlar Türkiye'de akademik unvanı yüksek ve daha deneyimli katılımcıların araştırmaya iştirak etmesine ve araştırmacıya yardımcı olmasına karşın, Kanada'da nispeten daha az deneyime sahip adli bilim uzmanlarının soruları yanıtlama "öz güveni"nin ülkemizdekilere nazaran daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

4.1.3.2. Klinik Adli Danışmanlığın Mahiyetine İlişkin Bulgular

Araştırmacı tarafından gerek klinik adli danışmanlığın mahiyetini, kapsamını ve bilinirliğini belirleyebilmek, gerek uluslararası ölçekte farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek, gerekse yukarıda belirtilen savın temellendirilip temellendirilemeyeceğini saptayabilmek adına katılımcılara iki soru yöneltilmiştir. Klinik adli danışmanlığı nasıl tanımladıkları, danışmanlığın adli tıp uzmanlığı ve adli tıp bilirkişiliği ile başlıca benzer ve farklı yanlarının neler olduğuna ilişkin sorulara yanıt aranmıştır. Bahsi geçen sorulara verilen yanıtlardan hareketle belirlenen bağlam, ana tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.18'de yer verilmektedir:

Tablo 4.18: "Klinik adli danışmanlığın mahiyeti" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Danışmanlığı Oluşturan Temel Unsurlar	**Tanımlayıcı nitelikleri**	• Multidisipliner olması • Belirli bir algoritmaya dayalı olması • Sistematik olması • Farklı yöntemler içermesi • Malpraktis iddialarında hekim kusurunun olup olmadığını belirlemesi • Hekimle ilgili şikâyetleri adli mercilere yansımadan önce incelemesi • Mahkeme, avukat, sanık, vekil, davalı veya davacıdan gelen talep üzerine verilen bilirkişilik hizmeti olması • Hekimin mesleğini icra ederken hukuki ve tıbbi sınırlarını bilip, hukuken zor duruma düşmemesi amacıyla verilen hizmet olması	• Hayatta olan mağdurla ilgili inceleme yapması • Travmaları incelemesi • Zor zamanlarda mağdura destek olması • Yargıya ve polise vakayla ilgili bilgi sunması • Tıbbi bilgiyi medeni hukuk ve ceza hukuku kapsamında değerlendirmesi • Adaletin işlemesi için tıbbi bulguları değerlendirmesi
	Kapsamı	• Tıbbi uygulama hatası (malpraktis) • Hayatta olan mağdurun yaşadıkları • Ölen mağdurun yaşadıkları • Şiddet • Risk yönetimi • İyi hekimlik uygulamaları • Hasta ve çalışan güvenliği • Önleyici tedbirler • Sağlık kurumuyla ilgili şikâyet • Adli otopsilerde yapılması planlanan çalışmanın hukuka uygunluğu	• Mağduriyete neden olan suçların incelenmesi ve delil toplanması • Mağdur ve fail olduğu iddia edilen kişilerin muayenesi • Çocuğa ve yetişkine yönelik cinsel istismar • Fiziksel şiddet ve aile içi şiddet • Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı, ihmali ve şiddetine ilişkin şüphelerinin değerlendirilmesi

Tablo 4.18 (devam)

			• Fiziksel ve psikolojik travmaların değerlendirilmesi • Trafik kazalarında tarafların ve yaralanmaların değerlendirilmesi • Trafik kazasına neden olan tıbbi etkenlerin, uyuşturucu veya alkol varlığının belirlenmesi • Teşhis veya tedavi sürecinde hasta/yakınlarının malpraktis iddialarının değerlendirilmesi • Hekim kusurunun olup olmadığının belirlenmesi • Yaralanmaların; nedeni, türü ve derecesinin belgelenmesi ve değerlendirmesi • Toksikolojik inceleme • Olay yeri incelemesi • Adli tıp raporlarının hazırlanması • Otopsi yapılması • Ölüm vakalarında tıbbi kayıtların incelenmesi
Danışmanlığı Farklı Kılan Unsurlar	**Ülke bazında farklılıkları**	• Gelişmiş ülkelerde sistematik, belirli kural ve kodlara uygun uygulama olması • Türkiye'de yerleşik olmayan, sistemsiz ve prensipleri oturmamış bir yapı olması • Türkiye'de her uygulayıcı tarafından farklı uygulamaların yapılması	• Coğrafi, ekonomik, siyasi, hukuki ve sosyoekonomik koşullar nedeniyle farklılık göstermesi • Ülkelere ve aynı ülkenin bölgelerine göre farklılık göstermesi • Kıtalar arasında farklılık göstermesi • Kanada ve Amerika'da yeni bir hareketin ve büyük değişimin başlangıcı olması
	Bilirkişilik ve uzmanlıktan farkları	• Adli tıp uzmanının mevzuat bilgisi eksik olabilirken, danışmanın mevzuata hâkim olması • Bilirkişiliğin literatürle desteklenen, gerekçeleriyle tartışılan, yorumlanan, yorumlarla birlikte bir sonuca ulaşılan hizmet olması • Bilirkişiliğin resmi boyutunun bulunması	• Uzmanın, danışmanın sahip olduğu bilgi ve beceriye sahip olmaması • Adli tıp uzmanlığının kurumsal temelinin olmaması • Danışmanlığın yönetim organları tarafından tanınmamış olması

Tablo 4.18 (devam)

		• Bilirkişiliğin yazılı belgeler ve prosedürler gerektirmesi • Bilirkişilikte raporun bağımsız yargı tarafından talep edilmesi • Danışmanlıkta raporun herhangi bir tarafça talep edilebilmesi • Danışmanlığın daha kısa sürede verilen pratik bir uygulama olması • Danışman ile bilirkişi ve uzman arasında yetki farkının bulunması • Danışmanın özel fikir vermesi • Eğitim sisteminde alt alan olarak danışmanlığın bulunmaması • Danışman unvanının resmi boyutta atanmamış olması

"Klinik adli danışmanlığın mahiyeti" bağlamında ana tema, alt tema ve kodların yer aldığı tabloda, ***"danışmanlığı oluşturan temel unsurlar"*** ve ***"danışmanlığı farklı kılan unsurlar"*** *a*na temalar olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda saptanan klinik adli danışmanlığın *"tanımlayıcı nitelikleri", "kapsamı", "ülke bazında farklılıkları"* ile *"bilirkişilik ve uzmanlıktan farkları"* ise alt temalar olarak öne çıkmıştır.

Klinik adli danışmanlığın ne olduğu, hangi özellikleri barındırdığı ve barındırması gerektiği ile hizmet bağlamında ne sunduğunu ortaya koyan **"tanımlayıcı nitelikleri"** kapsamında öncelikle birçok disiplinle ortak çalışmayı gerektirmesi yani *"multidisipliner olması"* ve bağlantılı olarak *"farklı yöntemler içermesi"* üzerinde önemle durulmaktadır. Klinik adli tıbbın çok disiplinli ve disiplinlerarası çalışmasında başvurduğu yöntem farklarına karşın, belirlenmiş kural ve ilkelere göre işlemesi bağlamında *"belirli bir algoritmaya dayalı olması"* dolayısıyla *"sistematik olması"* da başat özelliklerini oluşturmaktadır. Bahsi geçen bu nitelikler Türkiye'den araştırmaya katkı sağlayan adli tıp uzmanı tarafından şu şekilde dile getirilmektedir:

TAD_4: "Şunu söylemek gerekiyor, danışmanlıkta gelişmiş ülkelere baktığımızda çok sistematik, belli kurallar ve kodlara uygun olarak çalışmalar yapılıyor. (…) Yani, (örneğin) şiddete karşı çalışma boyutundaki en temel unsur multidisipliner çalışma, diğer ifadeyle farklı disiplinlerden meslek gruplarının bir araya gelip çalışması, onların da belli bir algoritma ile çalışması gerekiyor. Özellikle şiddet çalışıyorsanız orada bunların (şiddetin) saptanıp

değerlendirilebilmesi için kişiyle (mağdurla) farklı yöntemler kullanarak çalışmalar yapmak gerekiyor. Zaten klinik adli tıbbın özünü bu oluşturuyor."

Türkiyeli katılımcıların ifade ettiği bu özelliklerin yanı sıra danışmanlığın *"mahkeme, avukat, sanık, vekil, davalı veya davacıdan gelen talep üzerine verilen bilirkişilik hizmeti"* olarak da tanımlandığı görülmektedir. Bu kısa tanımda talep eden herhangi bir tarafa sunulan adli danışmanlık hizmeti olarak bilirkişilik ile kurulan özdeşlik dikkat çekmektedir. Her ne kadar ülkemizde klinik adli danışmanlık adıyla sunulmasa da verilen adli-tıbbi poliklinik hizmetleri ve danışmanlık kapsamında *"malpraktis iddialarında hekim kusurunun olup olmadığını belirlemesi", "hekimle ilgili şikâyetleri adli mercilere yansımadan önce incelemesi"* ile *"hekimin mesleğini icra ederken hukuki ve tıbbi sınırlarını bilip, hukuken zor duruma düşmemesi amacıyla verilen hizmet"* gibi hizmetin amaç ve hedefleri de belirtilmektedir. Derinlemesine görüşme yapılan adli tıp uzmanlarının klinik adli danışmanlığın tanımlayıcı niteliklerine ilişkin söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

TAD_1: "Adli danışmanlık en azından Türkiye için sağlık hizmeti verirken hekimlerin başı belaya girmeden ve hukuki sorunlar yaşamadan mesleklerini icra etmesine yarayan bir araçtır. Mesleğini icra ederken hukuk karşısında zor duruma düşmemek, doğru yaklaşımları uygulamak, hukuki ve tıbbi sınırlarını bilmek konularında hekime danışmanlık ve eğitim vermekteyiz."

TAD_2: "Mahkemeden gelmese de taraftan da gelse, avukattan da gelse, sanıktan ya da vekilinden yani davalıdan da gelse, davacıdan da gelse bizlerin zaten danışmanlık ya da bilirkişilik yapma durumumuz var. Klinik adli danışmanlığı da bu kapsamda ele alabiliriz sanırım. Hem Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK) hem de Ceza Muhakemesi Kanunu'nda (CMK) bununla ilgili düzenleme var zaten. Bu düzenlemeler, mahkemede tarafların bir bilirkişi raporu sunmak ya da bir bilirkişi raporuna karşı kendi görüşlerini aktarmak adına bir yol açmaktadır ki biz de aslında bu yoldan gidiyoruz. Bu yoldan giderken de bize mahkeme, savcılık ya da resmi kanallar dışında taraflar başvurduğunda, ki biz buna *'özel başvuru'* diyoruz genel olarak, konuyu doğal olarak tartışıyoruz."

TAD_7: "Klinik adli danışmalık şu şekilde olursa iki taraf için de daha verimli bir çalışma olur bence. Hastanın malpraktis iddiasıyla hekimi hastaneye şikâyet etmesi durumunda, şikâyetin adli mercilere yansımadan önce ilgili sağlık kurumda bir adli tıp uzmanı tarafından ele alınıp, çözülmesi ve *'hekim kusuru vardır'* ya da *'hekim kusuru yoktur'*un belirlenmesi şeklinde olabilir."

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden klinik adli danışmanlığı oluşturan temel nitelikler arasında hekimlik uygulamalarında sınırların belirlenmesi, yargıya intikal eden vakalarda ilgili tüm taraflara "özel" görüşler sunulması ve malpraktisle ilgili şikâyetlerin yargıya intikal etmeden çözüme kavuşturulması üzerinde durulmaktadır. Söz konusu niteliklerden malpraktis iddialarının yargıya intikal etmeden taraflar arasında çözümlenmesi ve yargı yükünün hafifletilmesi danışmanlığın amaçlarından olup, önem arz etmektedir.

Kanada'dan derinlemesine görüşme yapılan adli bilimler uzmanlarının ise klinik adli danışmanlığı tanımlayıcı niteliklerinde hekimden çok mağdura ve yargı sistemine yardımcı olunması üzerinde durdukları görülmektedir. Zira öne çıkan kodlar arasında *"zor zamanlarda mağdura destek olması", "işkence veya cinsel saldırıya kanıt araması", "travmaları incelemesi"* ile *"yargıya ve polise vakayla ilgili bilgi sunması"* gibi niteliklerin bulunması yukarıdaki çıkarımı dayanak oluşturmaktadır. Görüşme yapılan Kanadalı adli bilim uzmanlarının düşüncelerini temsil eden ifade örnekleri şu şekildedir:

CAD_1: "Klinik adli tıp (KAT), (…) yargıya ve polise sunmak amacıyla tıbbi bilgilerin toplanıp, medeni hukuk ve ceza hukuku kapsamında değerlendirilmesini kapsar. Bu nedenle, KAT danışmanlığı; ceza kovuşturmaları, adli tıp soruşturmaları, sağlık kurulu soruşturmaları ve medeni hukuk davaları dâhil olmak üzere hukuk sisteminde tıbbi konulara ilişkin uzman görüşü ve mahkemeye kanıt sunmakla ilgilenir."[183]

CAD_2: "Klinik adli danışmanlık kısaca hayatta olan travma geçirmiş hastaların adli ve tıbbi bilgilerini değerlendirmektir. Ancak bu, sadece yaralanmaları tanımlamaktan ve yorumlamaktan daha fazlasını içerir. Bu, hayatta olan bir insanla ilgili çalıştığınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini ifade eder. Örneğin, hastayla ikincil travmaya yol açmayacak şekilde konuşmanız gerekir ilk başta. Ve bence klinik adli danışmanlığın en zorlayıcı yanı, hayatta olan hastalarla ilgilenmek ve yaşamlarının gerçekten zor bir döneminde onlara biraz destek olabilmektir."[184]

[183] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic medicine (CFM) encompasses (...) the collection and interpretation of medical information for the purpose of civil and criminal law, the judiciary and the police. So, CFM consultancy is related to expert opinions regarding medical issues of the legal system including criminal prosecutions, coronial investigations, medical board investigations and civil litigation, and presentation of evidence in court."

[184] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic consultation is to evaluate forensic and medical knowledge on living patients who suffered a trauma in short. But it's more than just describing injuries and interpreting them. It means that you have to do more because you're dealing with a living person. For example, you have to talk to the patient in a way that is not secondly traumatizing them, at first. And I think the most challenging part about clinical forensic consulting is to deal with the living patients and give them a little bit of support during a really difficult time of their life."

CAD_3: "Klinik adli danışmanlık, adaletin işlemesi bağlamında hayatta olan kişilerle ilgili inceleme yapılması ve tıbbi bulguların değerlendirilmesi anlamına gelir."[185]

Kanadalı adli bilim uzmanlarının çoğunun ifadelerinden ayrıca klinik adli danışmanlıkta özellikle "hayatta olan" mağdurla ilgili inceleme ve çalışmalar üzerinde durdukları görülmektedir. Ne var ki, klinik adli danışmanlığın çalışma alanını oluşturan **"kapsamı"** alt temasında Türkiye'den görüşme yapılan adli bilimler ve adli tıp uzmanları salt hayatta olan mağdurla ilgili değil, hayatını kaybetmiş mağdurla ilgili yapılan adli-tıbbi çalışmalara da değinmişlerdir. Buna karşın Kanadalı adli bilim uzmanlarından bir katılımcı klinik adli danışmanlığı salt hayatını kaybetmiş kişiye ilişkin "ölüm incelemesi" ile özdeş kılmıştır. Bu doğrultuda örnek teşkil eden katılımcı söylemleri aşağıda sunulmuştur:

TAD_4: "(…) dünya değişiyor ve standartlar içerisinde artık tıp uygulamalarının da tartışılıp değerlendirilmesi gerekiyor ki bu da klinik adli tıbbın bir başka boyutu. Bunların değerlendirilmesi ve tıbbi uygulama hataları ile ele alınması gibi bir yaklaşım oluşuyor. Hal böyle olunca da adli tıbbın çalışma alanlarında da bir değişiklik ortaya çıkıyor. Bu değişiklik de, çok genel bakarsak; ölmüş olan ve hayatta olan bir kişinin başına gelenlerin tıbbi-adli açıdan değerlendirilmesine olanak sunuyor. Hayatta olan o kişinin değerlendirilmesi de ağırlıklı olarak şiddet ve türevlerinden ortaya çıkan problemler oluyor."

CAD_{13}: "Kuzey Amerika'da klinik adli tıp, ölen kişinin ölüm nedeni ve şekliyle ilgili bir tespite ulaşabilmek amacıyla yapılan otopsi, toksikolojik inceleme, olay yeri incelemesi ve tıbbi kayıt incelemesini içeren tıbbi-adli değerlendirmeden oluşur."[186]

İlaveten, şiddet ve benzeri nedenlerle mağduriyet yaşamış hayatta olan ve olmayan kişilerin yaşadıklarının adli-tıbbi açıdan değerlendirilmesinin yanı sıra klinik adli danışmanlık kapsamında yer alan konular arasında *"tıbbi uygulama hatası (malpraktis)", "risk yönetimi", "iyi hekimlik uygulamaları", "hasta ve çalışan güvenliği"* ile *"sağlık kurumuyla ilgili şikâyet"* de bulunmaktadır. *"Adli otopsilerde yapılması planlanan çalışmanın hukuka uygunluğu"*nun belirlenmesini de klinik adli danışmanlık kapsamında değerlendiren Türkiye'den katılımcıların bu doğrultuda verdikleri hizmete ilişkin sözleri şu şekildedir:

---

[185] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic consulting means to the investigation regarding living persons and with the assessment of medical findings in the context of the administration of justice."

[186] **Metnin özgün hali:** "In the North America, clinical forensic medicine consists of medico-legal evaluation incorporating autopsy, toxicological examination, scene investigation, and medical record review to reach a determination as to the cause and manner of a deceased individual."

TAD_1: "Bir olay oluyor, bu olayda bizim bilgimize başvuruluyor, biz de kim başvurduysa ki daha çok hastaneler başvuruyor bize, onları dinliyoruz önce. Bize başvurup, *'böyle bir olay yaşadık, hakkımızda şikâyet oldu, bu durumda ne yapmamız lazım?'* gibi soru soruyorlar. Veyahut da birçok insan arıyor ve diyor ki *'adli otopsilerde şöyle bir çalışma yapılacak, bu otopsilerde bu çalışmanın yapılması uygun mudur? Onam kimden, nasıl alınacak?'* gibi sorular sorup, yanıt arıyorlar. Verdiğimiz bu hizmet, klinik adli danışmanlık olarak değerlendirilebilir kanımca."

TAD_3: "Danışmanlık aslında önleyici halk sağlığı uygulaması gibi. Danışmanlıkta, danışmanlık yaptığınız konularda, danışmanlık hizmeti sunduğunuz tarafa öncelikle bir risk yönetimi yapıyorsunuz ve amacınız, istenmeyen olayların azaltılması. Benim, adli tıp danışmanı olarak, daha çok yaptığım iş budur. Buradaki asıl hedef, iyi hekimlik uygulamalarını hayata geçirmek, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır. Aslında hatalar ve istenmeyen sonuçlar olmadan, daha önce yaşanmış ve adli tıbba yansımış olguların geri bildirimlerinden yararlanarak, önleyici tedbirler almaktır."

Kanadalı katılımcıların nispeten daha ayrıntılı bilgi verdikleri; *"insan hakları ihlalleri"*nden *"malpraktis iddiaları"*na, *"mağdur ve fail olduğu iddia edilen kişilerin muayene ve tedavisi"*nden *"trafik kazalarında tarafların ve yaralanmaların değerlendirilmesi"*ne, *"kafa travmaları"*ndan *"şiddet ve istismar"*a kadar geniş bir yelpazede klinik adli tıp hizmeti verdikleri görülmektedir. Ağırlıklı olarak çocuk, adölesan ve yetişkin istismarı ve fiziksel şiddet konularını vurgulayan Kanada'dan katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_1: "KAT'ın [klinik adli tıbbın] özel alanlarından biri de kişiye karşı işlenen suçların incelenmesi, delillerin toplanması ve yaralanmaların belgelenip yorumlanmasında mağdur olduğu iddia edilen kişi ve faillerin muayenesini ve tedavisini içerir. Fiziksel ve cinsel saldırı, aile içi şiddet, çocuk istismarı ve ihmalinin tüm boyutları da bu suçlara dâhildir."[187]

CAD_3: "Klinik adli tıbbın başlıca çalışma alanları; tıbbi-adli sorunların incelenmesi, hasta/yakınlarının özellikle tanı veya tedavi sürecinde ileri sürdükleri tıbbi uygulama hatası

[187] **Metnin özgün hali:** "One of the specific areas of CFM also includes examination and treatment of alleged victims and perpetrators in the investigation of crimes against the person, evidence collection and the documentation and interpretation of injuries. These crimes include physical and sexual assault, domestic violence, and all aspects of child abuse and neglect, too."

(malpraktis) iddiaları ya da sağlık çalışanlarının çocuk istismarı, şiddet ve tecavüzle ilgili şüphelerinden oluşmaktadır."[188]

CAD_6: "Klinik adli tıp bağlamında yaptığımız çalışmalar birkaç bölümden oluşmaktadır: Bunlardan biri, çocuklara ve yetişkinlere yönelik cinsel istismardır. İkinci alan, genel fiziksel saldırıdır. Ve muhtemelen işin en büyük kısmı ise *'yaralanmalarla ilgili uzman görüşü'* dediğimiz şeydir çünkü polis sık sık yaralanmanın ciddiyeti ve nedeni hakkında bizden adli görüş vermemizi istemektedir."[189]

Cinsel istismar ve fiziksel şiddet kadar yaralanmaların da klinik adli tıbbın ve bağlantılı olarak klinik adli danışmanlığın çalışma alanını oluşturan başlıca konular arasında yer aldığı ifade edilmektedir. Bu bağlamda *"yaralanmaların nedeni, türü, öyküsü", "trafik kazalarında tarafların ve yaralanmaların değerlendirilmesi", "trafik kazasına neden olan etkenlerin, uyuşturucu veya alkol varlığının değerlendirilmesi"* ve bu konularda *"adli tıp raporlarının hazırlanması"* klinik adli danışmanlıkta sunulan hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Kanada'dan katılımcının bahsi geçen hizmetlere ilişkin sözlerine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_1: "Klinik adli tıbbın bir diğer özel çalışma alanı trafik kazalarında yaralanmaların, nedeninin ve ciddiyetinin incelenmesi, kazaya neden olan tıbbi etkenlerin, uyuşturucu veya alkol varlığının araştırılması, tıbbi açıdan araç kullanmaya uygunluğun belirlenmesi ve ilgili kazaya dair adli tıp raporunun düzenlenmesini içeren trafik kazalarının tıbbi-adli açıdan değerlendirmesinden oluşur."[190]

Gerek Türkiye'den gerekse Kanada'dan görüşme yapılan katılımcıların söylemlerinden anlaşıldığı üzere klinik adli tıbbın kapsamının geniş olması bağlantılı olarak klinik adli danışmanlıkta yardımcı olunan tıbbi-adli konuların da çeşitli olmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla klinik adli danışmanın salt malpraktis iddialarında değil, aynı zamanda şiddet, istismar, trafik kazası gibi farklı konularda da danışmanlık talep eden paydaşa yardımcı olduğu ifade edilebilir. Öte yandan bu durum, klinik adli danışmanlığın hâlihazırda çalışma alanında

[188] **Metnin özgün hali:** "The main fields of clinical forensic work comprise the examination of medico-legal issues, medical malpractice claims of the patients/relatives especially during diagnosis or treatment period, or suspicion of health care professionals about child abuse, violence and rape."

[189] **Metnin özgün hali:** "The work that we do in sense of clinical forensic medicine has several parts: One of them is sexual assault related to children and adults. Second area is general physical assault. And probably one of the biggest pieces of work is what we call *'expert opinion regarding to injury'* because the police often asks us to give a forensic opinion as to the severity and cause of the injury."

[190] **Metnin özgün hali:** "Another special area of clinical forensic medicine consists of medico-legal assessment relating to traffic medicine including injury interpretation, severity and cause of injury interpretation, investigation of medical causes, drug and alcohol effects contributing to crash causation, assessment for medical fitness to drive, and preparation of medico-legal report about the relevant crash."

sınırlarının belirgin olmadığı, adli tıbbın alt hizmet alanı olarak sistematik ve yerleşik bir nitelik kazanmadığı dolayısıyla farklı yöntem ve uygulamalara açık olduğu çıkarımıyla değerlendirilebilir. Nitekim araştırmaya Kanada ve Türkiye'den katkı sunan katılımcılar da klinik adli danışmanlığın hem ülke bazında farklılık gösterdiği hem de adli tıp uzmanlığı ve bilirkişiliğinden farklı özelliklerinin bulunduğunu dile getirmişlerdir. Bu bağlamda, araştırma verileri ışığında **"danışmanlığı farklı kılan unsurlar"** ana teması danışmanlığın "ülke bazında farklılıkları" ve "bilirkişilik ve uzmanlıktan farkları"na göre sınıflandırılarak, belirlenmiştir. Klinik adli danışmanlığın kapsam ve çalışma alanı bağlamında farklı ülkelerde farklı uygulamalara sahip olduğu ve belirli kurallara uygun, ölçünlü bir yapıya sahip olmadığı da katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Danışmanlığın **"ülke bazında farklılıkları"** Türkiye'den bir katılımcı tarafından dile getirilmiş ve "gelişmiş ülkeler ile Türkiye" karşılaştırılması üzerinden aşağıdaki sunulduğu gibi değerlendirilmiştir:

TAD4: "Bu tip görüşmelerde [danışmanlık kapsamında yapılan görüşmelerde] gelişmiş ülkelere baktığımızda çok sistematik, belli kurallar ve kodlara uygun olarak çalışmalar yapılıyor. Hâlbuki bizde hâlâ bazı konular bu kuralların birebir uygulanması şeklinde bir yapıya dönüşmüş değil, herkes farklı farklı uygulamalar yapabiliyor. Bunun sebebi de bu konudaki çalışmaların daha Türkiye'de yerleşmiş olmamasıdır. Yani, örneğin şiddete karşı çalışma boyutundaki en temel unsur multidisipliner çalışmadır, diğer ifadeyle farklı disiplinlerden meslek gruplarının bir araya gelip çalışmasıdır ki onların da belli bir algoritma ile çalışması gerekiyor. Ancak daha bunlar yerine oturmuş değil, o yüzden her kurum ve bu uzman kendi bakış açısı ile vakaya yaklaşıp, oradan gidebildiği yere doğru gitmeye çalışıyor. Bu da tabii sistemsizliği de beraberinde getiriyor. Sistemsizlik olduğu zaman 'kodlar' dediğimiz prensiplerin oturması da biraz problematik oluyor."

Ülkemizden adli tıp uzmanı katılımcının klinik adli danışmanlığın gelişmiş ülkelerde sistematik ve yerleşik bir uygulama alanı olduğuna, Türkiye'de ise algoritma ve ölçütleri standart ve sistematik olmayan bir uygulama alanı olduğuna dikkat çekmektedir. Oysa Kanadalı katılımcılar klinik adli danışmanlığın alan ve uygulama farklılıklarını ülkelerin gelişmişlik düzeyinden çok farklı coğrafi, ekonomik, siyasi ve sosyoekonomik gerçekliklerle açıklamaktadır. Bu doğrultuda bahsi geçen farklılıkları kıta, ülke ve bölge ölçeğinde değerlendiren katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_1: "Klinik adli tıp (KAT) uygulaması sadece ülkeler arasında değil, aynı zamanda bu ülkelerin bölgesel ölçekte farklı yargı sistemleri arasında da değişiklik göstermektedir."[191]

CAD_4: "(…) klinik adli tıp hâlâ kıtadan kıtaya göre pek çok farklılık gösterir. Ve hatta aynı kıta içinde dahi klinik adli tıp farklı gerçekliklerin bir mozaiği olarak görülmektedir. Örneğin, kapsam ve uygulama bağlamında Avrupa Birliği'ne bakarsanız, 27 farklı ülke arasında daha büyük bir uyum ve daha fazla benzerlik bulmayı beklersiniz ancak bunu bulamazsınız. (…) Muhtemelen dünyadaki tüm ülkelerde uygulayabileceğiniz tek bir klinik adli veya adli-tıbbi danışmanlık modeline sahip olmak mümkün olmayacaktır. Zira gerçeklerimiz ve koşullarımız birbirinden oldukça farklı olup, farklı hukuki, ekonomik, coğrafi, siyasi ve sosyoekonomik gerçeklere sahibiz."[192]

CAD_8: "Klinik adli tıp ve danışmanlığın ülkeden ülkeye göre fazlasıyla değiştiğini düşünüyorum. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki standartların ne olduğunu biliyorum, ancak diğer ülkenin standartlarına ilişkin bilgi sahibi değilim. Günümüzde özellikle cinsel istismar vakalarında, özellikle de yetişkinler ve ergenlere yönelik olanlarda, klinik adli tıp danışmanlığına büyük ihtiyaç duyulmaktadır. Dolayısıyla, bence, aynı zamanda kapsamının zaman içinde geliştiği bir alan. Dürüst olmak gerekirse, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bu anlamda yeni büyük bir hareketin ve yeni bir değişimin başlangıcında olduğumuzu düşünüyorum."[193]

CAD_{10}: "Klinik adli tıp ülkelere göre gerçekten farklılık göstermektedir. Bazı yerlerde adli tıp uzmanları; çalışanlar, yaralanmalar ve tazminat davaları üzerine çalışır. Ancak, örneğin, Çin'de klinik adli tıp aynı zamanda psikiyatriyi de içerir. Bütün bunlar, klinik adli tıbbın uygulandığı farklı yerlere göre değiştiğini göstermektedir. Uygulandığı başka bir yerde, sadece insan haklarıyla ilgili sorunları, işkence ve cinsel istismarı içermektedir. Yani, klinik adli tıp ülkelere göre fazlaca değişiklik gösterse de topluma çok faydası bulunmaktadır. Ancak, ne

[191] **Metnin özgün hali:** "The practice of clinical forensic medicine (CFM) varies not only between countries but also between different jurisdictions within those countries at a regional scale."

[192] **Metnin özgün hali:** "(…) clinical forensic medicine still has lots of differences from continent to continent. And even inside the same continent, it seems that clinical forensic medicine is a mosaic of different realities. For example, if you look inside European Union in sense scope and practice, where you could expect a greater harmonization and the greater similarity between the different 27 countries but you cannot find them. (...) Probably, it will be impossible to have a single clinical forensic or medico-legal consultation model that you can apply to all the countries in the world, because our realities and conditions are quite different to each other; we have different legal, economic, geographical, political and socioeconomic realities."

[193] **Metnin özgün hali:** "I think that clinical forensic medicine does vary a lot from country to country. I know what the standards are in Canada and the United States, but I don't know what the other country's standards are. There's a great need to clinical forensic consultancy specifically in cases of sexual abuse, especially for the adults and adolescents today. So, I think, it's also a field where the scope is evolving in time. Being honest, I think we are on the beginning of a new big movement and a new change in Canada and the United States in this sense."

yazık ki, Kuzey Amerika ve Kanada'da hâlihazırda oldukça az klinik adli tıp uygulaması yapılmaktadır."[194]

Kanadalı katılımcılar da klinik adli tıbbın uygulamalarından olan danışmanlığın hizmet verilen konular ve işleyiş bağlamında her bir ülkede farklı olduğunu vurgulamaktadır. Söz konusu farklılıkta salt gelişmişlik düzeyinin değil, coğrafi konumdan ekonomiye ve sosyolojik yapıdan yargı sistemine çok sayıda unsurun belirleyici olduğunu ifade etmektedir.

Öte yandan klinik adli tıp ve danışmanlığının, adli tıp bilirkişiliği ve uzmanlığından farklı olduğu ileri sürülmekte, böylece önemine ve özgünlüğüne dikkat çekilmektedir. Danışmanlığın, **"bilirkişilik ve uzmanlıktan farkları"** alt teması kapsamında Kanadalı katılımcılar tarafından danışmanlığın hâlihazırda kurumsal ve resmi nitelik kazanmadığı, yönetsel organlar tarafından tanınmadığı ve çalışma alanı bağlamında adli bilim uzmanlarından farklı olduğu şu sözlerle belirtilmiştir:

CAD_1: "Her ne kadar Kanada'da bilinmiyor ve kullanılmıyor olsa da belirttiğiniz adli tıp bilirkişiliği ve uzmanlığı kavramlarından anladığım; adli tıp uzmanlığının adli tıp eğitimi alan ancak danışmanlık ehliyetine sahip olmayan hekime ilişkin olduğudur. Ne var ki, danışmanın adli tıp uzmanlık alanında mesleki eğitimini tamamlamış ve klinik adli tıp danışmanlığı yapabilme yeterliğine sahip olduğudur. Adli tıp alanında yetişmiş hekimlerin adli tıp bilirkişisi olarak çalışabilmesi için tıp eğitimini tamamlamaları ve yetkileri dâhilinde hizmet vermek üzere mahkemelere kayıtlı olmaları gerektiğidir. Dolayısıyla uzmanlık ve danışmanlık arasındaki temel fark, danışmanın sahip olduğu bilgi ve yetkinlik derecesine uzmanın sahip olmamasıdır. Bilirkişilik ve uzmanlık arasındaki temel fark ise bilirkişinin sahip olduğu resmi kabul ve yetkiye danışmanın sahip olmamasıdır."[195]

CAD_{12}: "Adli tıp uzmanlığı ve bilirkişiliği tıbbi ihmal ve malpraktis konularını ele almak üzere kurumsal bir temele sahiptir ve yönetim organları tarafından tanınmaktadır. Her

---

[194] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic medicine is really different by countries. In some places, forensic medical experts deal with workers, injuries and compensation cases. But in China, for example, clinical forensic medicine also includes psychiatry. This is all to say clinical forensic medicine varies in different places. Another place being put to work, it includes just human rights issues, torture and sexual assaults. I mean, clinical forensic medicine is very useful to society although it varies a lot by countries. But, unfortunately, in the North America and Canada, there are very little clinical forensic medicine practices, yet."

[195] **Metnin özgün hali:** "Although they are not known and used in Canada, my understanding of the term of legal medicine expertise and residency you stated is that the residency relates to a physician who is undergoing training about legal medicine but lacks the expertise of the consultant. However, the consultant has completed their course training in specialist field of forensic medicine and he is competent to provide clinical forensic medicine consultation. Physicians, who are qualified in legal medicine, are required to have completed their medical education and fully work within their jurisdiction to work as a legal medicine expertise. So, the main difference between residency and consultancy is that the resident lacks the extent of knowledge and expertise that the consultant has. The main difference between expertise and consultancy is that consultant does not have official acceptance and jurisdiction that the expert has."

ne kadar tüm akut klinik 'ramak kala' ve 'ciddi istenmeyen olaylar' danışman ve uzman tarafından incelenebilir olsa da klinik adli danışmanlığın, yani adli-tıbbi danışmanlığının, bir yönetim organı tarafından tanınması ve kurumsal bir zemine oturtulması gerekmektedir."[196]

Klinik adli danışmanlığın resmi boyutunun bulunmaması, yazılı belgeler ve prosedürler gerektirmemesi, tıp eğitiminde alt uzmanlık alanı olarak yer edinmemiş olmaması ve yetkilerinin resmi düzeyde farklı oluşu Kanadalı katılımcılara benzer şekilde Türkiye'den katılımcılar tarafından da dile getirilmiştir. Danışmanlığın, adli tıp bilirkişiliğinden ve uzmanlığından farklarını yukarıda belirtildiği üzere resmi nitelik ve kabul vurgusuyla ortaya koyan katılımcıların ifadeleri aşağıda görülmektedir:

TAD_3: "Aslında kavram olarak birbirlerinden çok farklı görünüyorlar ve belki özünde aynı iş yapılıyor. Ama gerçekten bunların amaçları çok farklıdır. 'Adli bilirkişilik' dediğimizde özellikle Türkiye'de şu anda resmi bilirkişilikten bahsediliyor ve resmi bilirkişiler İl Adalet Komisyonuna üye olarak ve yemin ederek, bu görevlerini yerine getiriyorlar. Mahkemeler ya da resmi kurumlar tarafından görevlendirildiklerinde, o mahkemelerin/resmi kurumların sordukları soruları cevaplamakla yükümlü olarak bir çalışma yapıp, bilimsel ve kişisel kanaatlerini raporladıkları bir sistemden bahsediliyor. Danışmanlık ise aslında tam da bu noktada bilirkişiliklerden ayrılıyor."

TAD_6: "Adli tıp polikliniğine, adli tıp anabilim dalına ya da adli tıp şube müdürlüklerine aydınlatılması için bir sürü soru geliyor, aslında burada yapılanlar da bir tür bilirkişilik. Ama adli tıp polikliniklerinde ve şube müdürlüklerinde, kısa sürede, ayaküstü yazılan görüşler ya da raporlar sanki bilirkişilik değilmiş gibi algılanıyor. Çünkü bizim var olan standart bilgilerimizle yazılan daha kısa raporlar bunlar. Fakat bilirkişilik denilince daha uzun, literatürle desteklenen gerekçeleriyle, tartışılan, sonucu yorumlanan, yorumlarıyla birlikte bir sonuç elde edilen bir uygulama anlaşılıyor ki aradaki fark da budur."

TAD_8: "Bilirkişiliğin danışmanlığa göre daha çok zaman gerektirmesi, resmi bir boyutunun olması, yazılı belgeler ve prosedürler gerektirmesi temel farklardır. Oysa danışmanlıkta, her tıp fakültesi hastanesinde olduğu gibi, klinisyen o an telefonla da arayıp, bizden görüş alabilir. Yani, danışmanlık, daha kısa sürede verilen, daha pratik bir uygulamadır."

---

[196] **Metnin özgün hali:** "Legal medical residency and expertise have an institutional base to tackle matters of medical negligence and malpractice, and they are recognized by the governing bodies. Clinical forensic consultancy, I mean medico-legal consultancy, needs to be recognized by a governing body and require to have an institutional base although all acute clinical 'near-misses' and 'serious untoward events' can be examined by the consultant and resident."

TAD_{11}: “En temel benzerlik her iki görevde de adli rapor yazılması olup; en temel fark ise raporu talep eden kurumun farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Adli tıp bilirkişiliğinde rapor bağımsız yargı tarafından talep edilmekteyken, danışmanlıkta rapor davanın tarafları ya da onların temsilcileri tarafından talep edilebilmektedir.”

TAD_{12}: “Aslında bunlar birbirinden farklı şeyler, yani adli tıp uzmanı sonuçta bir alan olarak aldığınız bir unvan. Bilirkişilik, resmi bilirkişilik ise sisteme kayıtlı bilirkişi olarak görev alırsınız ve yine adli tıp uzmanısınızdır. ‘Bilirkişi’ denildiği zaman sizi soruşturma aşamasında Cumhuriyet savcısının, kovuşturma aşamasında ise mahkemenin ataması gerekir. ‘Mediko-legal danışmanlık’ ya da ‘klinik adli danışmanlık’ denildiği zamansa ancak özel olarak fikir verdiğiniz ve resmi boyutta atanmamış bir unvan akla gelir. Çünkü danışmanlık unvanını kazandıracak bir alt alan eğitim sisteminde bulunmamaktadır ve danışmanlığın resmiyette yeri yoktur.”

Türkiye’den katılımcılar danışmanlığın, bilirkişilik ve uzmanlığa göre henüz resmi nitelik kazanmamış olmasına karşın, prosedürlerden uzak, vakit almayan, pratik ve vaka/dava ile ilgili tüm taraflarca erişebilir olduğunu da dile getirmiştir. Bunun yanı sıra danışmanlığın bilgi ve beceri bağlamında daha fazla yetkinlik gerektirdiğini de şu şekilde ifade etmiştir:

TAD_{5}: “Adli tıp nosyonunu yeterince almamış adli tıp uzmanı arkadaşlarımızın çok ciddi bir mevzuat eksikliği yaşadığını görüyoruz. Klasik bilirkişiliğin ötesinde gerek öğretim üyesi gerek asistan (hekim) düzeyinde bize yapılan başvurularda deneyim eksikliğinin ötesinde ciddi bir mevzuat bilgisi eksikliği görüyoruz. Biz zaman içinde gerektikçe başvurduğumuz mevzuat bilgilerini içselleştirdiğimiz için gecenin 3’ünde de olsa gelen telefon aramalarına biraz daha rahat yanıt verebiliyoruz, bence temel ayırım bu.”

TAD_{7}: “Bence bir adli tıp uzmanının bilirkişilik ya da danışmanlık yapabilmesi için gerek akademik açıdan yetkin gerekse sahada deneyimli olması gerekir. Tek taraflı yaklaşımda bir tarafta yani sadece akademide pratik eksik kalırken, diğer tarafta yani sadece sahada teori eksik kalıyor.”

TAD_{9}: “Her adli tıp uzmanı, bir uzmanlık alanı olması nedeniyle danışmanlık yapmalıdır. Ama her adli tıp uzmanının danışmanlık yapabilmesi için bilgisi ve yeteneklerinin danışmanlığa uygun olması gerekir. (…) Danışmanlık denildiği zaman danışman ile uzmanın yetkileri arasındaki farkı da düşünmek durumundayım. Adli tıp uzmanlığının getirdiği yetkiler ile adli tıp danışmanlığının yetkileri farklı olup, yetkileri açısından da danışmanlık, uzmanlıktan ve bilirkişilikten farklı bir hizmettir.”

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden hem kliniğin doğası gereği acil sorulara yanıt verip, klinisyeni doğru yönlendirerek tıbbi-adli sorunlara mahal vermemek hem de danışmanlık talebinde bulunan tarafın sorularına doğru yanıt vererek "danışman malpraktisi"ne yol açmamak için danışmanın yetkin olması gerektiği anlaşılmaktadır. Danışmana mesleki yetkinlik kazandıran ve danışmanlığın icrasında sahip olunması gereken temel bilgi ve beceriler katılımcıların görüşleri ışığında belirlenmiş ve aşağıda sunulmuştur.

4.1.3.3. Klinik Adli Danışmanın Sahip Olması Gereken Temel Bilgi ve Becerilere İlişkin Bulgular

Kanada'dan adli bilim uzmanları ve Türkiye'den adli tıp uzmanları ile yapılan derinlemesine görüşmelerde her adli bilim ve tıp uzmanının aynı zamanda danışmanlık yapıp yapamayacağı ve klinik adli danışmanlık yapabilmek için gerekli olan temel bilgi ve becerilerin tespitine gidilmiştir. Her ne kadar eğitim sisteminde danışman unvanını kazandıracak ve danışmanlığa resmiyet kazandıracak bir açılım bulunmasa da danışmanın bilgi, uygulama ve beceri bağlamında amacına uygun nitelik ve yetkinliğe sahip olması elzem görülmektedir. Bu doğrultuda katılımcılara, *"[h]er adli bilim/tıp uzmanı aynı zamanda klinik adli danışman olarak değerlendirilebilir mi? Sizce, klinik adli danışman olabilmek için hangi nitelikler ve temel beceriler önemli ve gereklidir?"*[197] sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılardan alınan yanıtlar ışığında saptanan bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar ise Tablo 4.19'da sunulmuştur:

Tablo 4.19: "Klinik adli danışmanın sahip olması gereken nitelikler" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar
Beceri	**Etkili iletişim becerileri**	• Çocuk hastayla görüşmenin inceliklerine göre iletişim kurabilme • Yaşlı hastayla görüşmenin inceliklerine göre iletişim kurabilme • Yargı mensubuyla görüşmenin inceliklerine göre iletişim kurabilme • Yüz yüze ve telefonla görüşmenin ayrımını bilerek bu yönde görüşme yapabilme • Görüşmelerde karşıdaki kişiyi huzursuz ve irrite etmeden soru sorabilme • Görüşmelerde alttan alabilme ve özgüvenli olabilme • Doğru iletişim kurabilme • İletişim sorunlarını çözebilme uzlaşı sağlama • Hastayı doğru bir şekilde aydınlatabilme • Hastaların birbirinden farklı olduğunu bilip, hastaya göre iletişim kurabilme • Eğitim seviyesi düşük olan hastayla iletişim kurabilme • Hasta-hekim arasında denge kurulabilmesi

[197] **Sorunun İngilizcesi:** *"Could each legal medicine/forensic science expert become a clinical forensic consultant at the same time? In your opinion, which qualifications and key skills should be essential and necessary to be a clinical forensic consultant?"*

Tablo 4.19 (devam)		
	Alana özgü/mesleki beceri	• Öncelikle bir adli tıp uzmanının yapması gereken işleri yapabilme • Sahayı bilme • Yasal sisteme uygun bir şekilde değerlendirme yapabilme • Adli vakalarda verilerin analizlerini yapabilme • Vakaları tartışabilme • Vakayı etki ya da baskı altında kalmadan, bağımsız olarak rapor edebilme • Kriminal olaylarda çözüme katkı sağlayacak tıbbi kanıtları oluşturabilme • "Hastanın yüksek yararı"na olacak şekilde vaka yorumu yapabilme • Sekonder (ikincil) travmaya yol açmama • Bilmediği konularda görüş bildirmeme ve yetkin birinden görüş alma • Kaynakların gereksiz harcanmaması bilinciyle değerlendirme yapabilme
Bilgi	**Alan ve danışmanlık bilgisi**	• Danışmanlık temel bilgisi • Danışmanlık yapılan alan bilgisi • İlgili alan yazını takip etme ve çok okuma • Sağlık yönetimi bilgisi • Sağlık maliyet analizi bilgisi • Danışmanlık yapılan kurumun sistem bilgisi • Etik bilgisi
	Hukuk bilgisi	• Sağlık politikalarını bilme • Sağlık sistemlerini bilme • Medeni yasayı bilme • Ceza yasasını bilme • İlgili yasa ve yönetmelikleri bilme

Yukarıda sunulan tabloda Kanada'dan adli bilim uzmanlarının ve Türkiye'den adli tıp uzmanlarının deneyim ve öngörülerine dayalı olarak edinilen veriler ışığında **"klinik adli danışmanın sahip olması gereken nitelikler"** bağlamında **"beceri" ve "bilgi"** ana temaları belirlenmiştir. Belirlenen ana temalardan "beceri" kapsamında *"etkili iletişim becerileri"* ve *"alana özgü/mesleki beceri"*, "bilgi" kapsamında ise *"hukuk bilgisi"* ile *"alan ve danışmanlıkla ilgili bilgi"* öne çıkmıştır.

Klinik etik danışmanın da sahip olması gerektiği belirtilen becerilerden biri olan **"etkili iletişim becerileri"** ile genel anlamda her bir hastanın kendine özgü farklılıklarına uygun bir şekilde *"doğru iletişim kurabilme"* ve yaşanan *"iletişim sorunlarını çözebilme"* ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra adli-tıbbi değerlendirme ve desteği gerektiren vakalar ve ilgili kişilerin/hastaların ve yakınlarının irrite, ajite ya da konuşmakta zorlanma gibi özel durumlarına uygun bir şekilde iletişim kurulabilmesi ve mevcut durumlarını kötüleştirmeden iletişimin yönetilebilmesi üzerinde durulmaktadır. Yine, hastadan hasta yakınına, hekimden yargı mensuplarına kadar hizmet sunulan her bir paydaşa uygun iletişim kurulması gerektiği önemle

vurgulanmaktadır. Klinik adli danışmanın sahip olması gereken niteliklerden etkili iletişim becerilerine dair katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

TAD_2: "Açıkçası biz asistanlarımızı da doğru iletişim kurabilme konusunda eğitiyor; hem aile ile görüşme, yaşlı bireyle görüşme, çocuk hastayla görüşme, savcıyla-hâkimle görüşme hem de yüz yüze ve telefonla görüşmeyle ilgili örnek olmaya çalışıyoruz. Bu kapsamda görüşmelerde hem karşıdaki kişiyi nasıl huzursuz ve irrite etmemeli hem de nasıl ikna etmeliyiz, hem alttan almalı hem de özgüvenle konuşmalıyız gibi konuları anlatıp, konuşma örnekleri de göstererek örnek olmaya çalışıyoruz. Zaman zaman da savcıyla konuşmada ya da hasta yakınıyla görüşmeleri kontrol altında onlara yaptırarak bu sorumluluğu almalarını da sağlıyoruz. Ama her adli tıp uzmanının da bu duyarlıkta olmadığını da biliyoruz. Dolayısıyla iletişim becerisi kazandırılan her adli tıp uzmanı aynı zamanda danışmanlık yapabilir bence."

TAD_3: "Bu aşama [danışmanlık süreci], resmi arabuluculuk ya da uzlaşmaya gereksinim duyulmadan sorun çözülebilir mi, dava önlenebilir mi çalışması gibi düşünebilir. Ki benim kişisel deneyimim, ilgili taraflarla yapılan toplantılar yardımıyla davaların en az %50 oranında önlenebildiği ve bu toplantılarda bir uzlaşmaya varılabildiğidir. Neden? Çünkü bu olguların %90'ında aslında bir iletişim kazası olduğu, ortada reel anlamda bir sorun olmadığı, meselenin yanlış anlaşıldığı görülüyor ve masadan el sıkışarak güvenle kalkabiliyorsunuz."

TAD_4: "Her zaman tıbbi uygulama hatalarına yol açan on neden sayarken, birinci sırada iletişim eksikliğine değinmişimdir. Çünkü iletişim eksikliği varsa, en önemli etken olan konu hakkında baştan gerekli ve yeterli bilgiyi alabilme, o andaki (tıbbi) durumu saptayabilme ve sonrasında yaşanabilecekleri anlayabilme gibi çok önemli kriterleri yok sayıyorsunuz ve yapamıyorsunuz. (…)

TAD_5: "Klinik adli danışman (…), hastaya doğru yaklaşabilmeli ve hastayı doğru aydınlatabilmeli. Özellikle de iletişimin sadece uluslararası temel bilgilerinin yanı sıra bir Türk hastayla iletişimin ya da eğitimsiz bir hastayla iletişim kurmanın farklarını bilip, yarattığı sorunları da çözebilmelidir."

CAD_4: "Danışmanlık verebilir ve adli işlemlerle ilgili tavsiyelerde bulunabilirsiniz. Elbette, sizin uymanız gereken standartları takip edip, bunlara göre davranmanız gerekir. Örneğin; aydınlatılmış onam almak, gözlemlediğiniz her şeyi, tüm işlemleri, yapmanız ve

yapmamanız gerekenleri adli tıp bakış açısıyla yazıp kaydetmek gibi. Bunun için de ilk önce danışmanlık sunduğunuz kişilerle etkili iletişim kurabilmeli ve onları iyi tanıyabilmelisiniz."[198]

CAD_5: "Danışmanlık verdiğiniz ilgili paydaşlara her şeyi açıklamanız ve ne yaptıkları, nelerin yasal olup olmadığı, yaptıklarının kişisel sonuçları, her ikiniz açısından ahlaki ve fiziksel olarak üstlenilen risklerin neler olduğu ile ilgili tam olarak bilgi sahibi olmalarını sağlamanız gerekir. Ayrıca ortaya çıkan iletişim hataları ya da yasal sıkıntılar gibi çeşitli sorunlarla baş etmenin en iyi yolunun ne olduğunu bilmelisiniz."[199]

Katılımcıların doğrudan ifadeleri; klinik adli danışmanın gerek ilgili tüm paydaşlarla, paydaşlar arası farklılıkları bilerek etkili iletişim kurabilmesi, paydaşları gerekli hususlarda geçerli bir şekilde aydınlatabilmesi, gerekse malpraktis iddiasına yol açan ya da tıbbi-adli dava nedeni olabilecek iletişim sorunlarını çözüp uzlaşı sağlayabilmesi gerektiğini göstermektedir. Bunun yanı sıra hastaya ilgi gösterip açıklama yaparken, hekimi ve koşullarını da dikkate almak gerektiği şu şekilde salık verilmektedir:

TAD_7: "Vakalarda bence her iki taraf [hasta ve hekim] için de balans yapmak, denge sağlamak adli tıp uzmanı için çok önemli. Çünkü hastalar aslında ilgi göremedikleri için şikâyetçi oluyorlar daha çok. Öte yandan hekim arkadaşım da çok yoğun ve yorgun olduğu için o ilgiyi gösteremiyor. Zaten günde 100-120 hasta gören bir doktorun her hastasına da bu şekilde davranıp, ilgi göstermesi beklenemez. Bu durumlarda devreye hastaları aydınlatacak, hastanın da gidip *'ben bu doktoru, şu nedenle şikâyet etmek istiyorum'* diyebileceği bir adli tıp uzmanı/danışmanı olabilmeli her devlet hastanesinde bence."

Klinik adli danışmanlık yapabilmek için etikili iletişim becerilerine vâkıf olmanın yanı sıra klinik uygulamalardan kaynaklanan adli-tıbbi sorunlara çözüm üretip, ilgili tarafa yol gösterebilecek mesleki beceriye de sahip olması gerekli görülmektedir.

"**Alana özgü/mesleki beceri"** kapsamında *"öncelikle bir adli tıp uzmanının yapması gereken işleri yapabilme", "adli vakalarda verilerin analizlerini yapabilme", "vakayı etki ya da baskı altında kalmadan, bağımsız olarak, rapor edebilme", "yasal sisteme uygun bir şekilde*

[198] **Metnin özgün hali:** "You can provide consultancy and you can provide recommendations in terms of forensic procedures. Of course, you have to know and follow the standards which you must obey. For example, to obtain an informed consent, to write everything that you have observed and all procedures, what you have to do, what you should not do that same thing with the forensic point of view. First of all, you should effectively communicate with the persons that you provide consultancy and know well them for that."

[199] **Metnin özgün hali:** "You have to disclose everything to the relevant stakeholders, who you provide consultancy, and you have to make them fully aware of what it is they're doing, what are the legal and not legal, what are the personal ramifications of what they're doing, and what are the risks undertaken, both in your context, morally and physically. And also you should know what's the best way of dealing with various issues such as communication mistakes or legal challenges that arise."

değerlendirme yapabilme" ve *"zor vakalarla başa çıkabilme"* yetilerine sahip olmaya dikkat çekilmektedir. Ayrıca vakaları değerlendirmek üzere tıbbi kanıtları oluştururken veya vakayı analiz ederken, *"hastanın yüksek yararı"nı önceleme, "kaynakların gereksiz harcanmaması bilinci"* yönünde ilerleme ve değerlendirme sürecinde mağdur olan tarafla görüşürken "*sekonder (ikincil) travmaya yol açmama"* öne çıkarılmaktadır. Danışmanın *"bilmediği konularda görüş bildirmeyip gerekirse ilgili konuda uzman görüş alma"*sı da önem arz etmektedir. Türkiye'den görüşme yapılan katılımcılar, mesleki becerilere ilişkin düşüncelerini şu şekilde ifade etmektedir:

TAD_6: "(…) adli tıp eğitimi alanlar adli bilirkişilik ve danışmanlık yapmaya adaydır ama bunun için kendisini geliştiren, literatürü takip eden, bilgileri ve vakaları tartışma becerisi geliştiren ve deneyim edinen kişiler daha ön plana çıkıyor."

TAD_7: "Bence bir adli tıp uzmanının bilirkişilik veya danışmanlık yapabilmesi için gerek akademik olarak gerekse sahada deneyimi olması lazım. Tek taraflı yaklaşımda ise bir tarafta (akademide) pratik/uygulama eksik kalırken, diğer tarafta (sahada) ise teorik (bilgi) eksik kalıyor. Aslında gerçek anlamda doğru ve düzgün bilirkişilik ya da danışmanlık yapılabilmesi için çok okunup, çok vaka görülmesi lazım. (…) ne tek başına sahada olmak, ne de tek başına kitabi bilgi ile hareket etmek doğru; ikisinin birlikte yapılması en doğrusu."

TAD_9: "Her adli tıp uzmanı, bir uzmanlık alanı olması nedeniyle adli danışmanlık yapmalıdır ama becerisi, bilgisi ve yeteneklerinin danışmanlığa uygun olması gerekir. (…) danışman, hastanın yüksek yararını düşünerek vaka yorumunu yapmalıdır ve sağlık kaynaklarının gereksiz harcanmaması için çaba sarf etmek zorundadır. Tabii ki bilmediği konularda görüş vermemeli ya da ilgili konuda yetkin birinden görüş almalıdır."

Türkiyeli katılımcıların yukarıda alıntılanan söylemlerinden klinik adli danışmanın deneyimi ve uzantısı olarak vaka analizi yapabilme becerisi ön plana çıkmaktadır. Koşut olarak Kanadalı katılımcıların söylemlerinden de deneyim ve vaka analizi yaparken yasal öğretiye uygunluk ve baskı altında kalmama nitelikleri üzerinde durulduğu görülmektedir. Kanadalı katılımcıların mesleki becerilere ilişkin söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_1: "Tıptaki diğer uzmanlıklar gibi yetkin bir uzman olabilmek için bu alanda çok iyi eğitim almış ve yetenekli olmak gerekir. Örneğin; cerrahi bir uzmanlık alanıdır ve bu alan engin tecrübe, bilgi, beceri ve eğitimin yanı sıra kapsamlı uygulama yetisine sahip doktorlar tarafından idame ettirilir. Nasıl ki cerrahide eğitim görmemiş bir kişinin cerrahi operasyonlar

yapması tıbbi olarak güvenli değilse, KAT [klinik adli tıp] da farklı değildir. (…) Bu nedenle özellikle klinik adli tıp uzmanının hastane içinde bulunması gerekir."[200]

CAD_3: "KAT [klinik adli tıp]; adli tıp ve sağlık hizmetlerinin sunulmasını ve yargıya ya da emniyet güçlerine verilmek amacıyla özellikle hayattaki kişilerle ilgili bilgilerin medeni hukuk ve ceza hukuku bağlamında toplanması ve yorumlanmasını kapsar. Hasta bakımının hem tıbbi hem de yasal yönleriyle ilgilenen tıp dalıdır. Bu nedenle klinik adli tıp uzmanlarının ilgili yasaları bilmesi ve vaka için değerlendirebilmesi gerekir."[201]

CAD_{12}: "Klinik adli tıp uzmanı, hukuk sisteminin amaçları doğrultusunda hastanın değerlendirmesini ilgili doktordan bağımsız olarak yapıp, sunabilmelidir."[202]

Kanadalı adli bilim uzmanlarının klinik adli danışmanlık hizmeti sunan uzmanın sahip olması gereken mesleki yetiler kapsamında hukuk bilgisini vakaya uyarlayıp, değerlendirebilme becerisi öne çıkmaktadır. Her iki ülkeden iki katılımcının birbirine koşut olarak üzerinde durduğu bir diğer mesleki beceri de *"ikincil (sekonder) travmaya yol açmama"*dır. Zira mağdur olan kişinin/hastanın değerlendirmesi yapılırken, mağduriyetine yol açan etkenden ötürü hâlihazırda psikolojik travma geçirdiği ön kabulüyle iletişim kurup, gerekli incelemeyi yapmak ve ikinci kez sıkıntı yaşamasına yol açmamak önem arz etmektedir. Katılımcılar ikincil travmaya yol açmamanın önemini şu şekilde dile getirmektedir:

CAD_2: "KAT [klinik adli tıp] sadece yaralanmaları tanımlamak ve değerlendirmek değil, daha fazlasıdır. Siz de daha fazlasını yapmalısın çünkü hayatta olan bir insanla ilgileniyorsunuz. Hastayla ikinci kez travmaya neden olmayacak şekilde konuşmalı ve belki hastaya biraz da destek olmalısınız. Benim çabaladığım şey de hastaların gelirken hissettikleri duyguya kıyasla ayrılırken biraz daha iyi hissetmelerini sağlamaktır."[203]

---

[200] **Metnin özgün hali:** "Like other specialties in medicine, in order to be a competent specialist it needs to be fully trained and skilled in the discipline. Surgery, for example, is a specialist discipline, and it is conducted by doctors who have extensive experience, knowledge, skills and training in the field as well as a thorough practical capability. It is medically unsafe for a person who is not trained in surgery to conduct surgical operations, CFM [clinical forensic medicine] is no different. (…) So, specialist in clinical forensic medicine needs to be particularly within the hospital."

[201] **Metnin özgün hali:** "CFM encompasses the provision of forensic medical services and healthcare, and the collection and interpretation of information about primarily to the living within the context of civil and criminal law for the purpose of the judiciary and the police. It is that branch of medicine that deals with both medical and legal aspects of patient care. So, experts in clinical forensic medicine have to know the relevant laws and to be able to assess them for the case."

[202] **Metnin özgün hali:** "The clinical forensic medical specialist should be able to make and provide an assessment of a patient for the purposes of the legal system independently of the relevant doctor."

[203] **Metnin özgün hali:** "CFM [clinical forensic medicine] is more than just describing injuries and interpreting them. It's, you have to do more because you're dealing with a living person. So, you have to talk to the patient in a way that is not secondly traumatizing him and maybe give him some support. What I try is to make the patients feel just a little bit better when they're leaving in comparison to the feeling they happen that are coming."

TAD_4: "Şiddet ve istismar klinik adli tıbbın temel çalışma alanıdır bu nedenle bu tür olguların hepsini değerlendirirken, birebir zaten bir travma yaşamış kişiyle konuştuğunuzu unutmadan çalışmanız gerekiyor. Bence, etik kurallar başka yerlerden çok daha ağırlıklı olarak burada ön plana çıkıyor. Çünkü bizim *'sekonder [ikincil] travma'* dediğimiz, bu meslek grubunda çalışanların uygulamalarında mağdurda yaratabilecekleri problemler söz konusu olup, bazen primer [birincil] travmadan daha büyük zararlara yol açabiliyor. O zaman siz olmazsa olmaz bazı kuralları getirmelisiniz; o uygulayıcıya/çalışana ne yapması gerektiğini söylemeli, *'bu kuralların dışına çıkmayacaksın, zarar vermeyeceksiniz ve sekonder travmaya yol açmayacaksın'* demelisiniz."

TAD_6: "Ergenler ve çocuklardan, özellikle cinsel istismar ve şiddet olgularında, örselemeden öykü almak ve olayı aydınlatmak oldukça zaman alıcı bir uygulamadır. Örselemeden görüşmelerin de teknikleri var ve biz bu görüşme tekniklerine uygun olarak görüşüyoruz. Biz mümkün olduğunca daha az örselenmesi ya da örselenmemesi yani başka bir sekonder travmaya neden olmamak için çocuk psikiyatrisine göndermiyoruz ama çocuk psikiyatristini çağırıyoruz. Genellikle onlar [çocuk psikiyatristi] bize geliyor ve görüşmeyi birlikte yapıyoruz, gelemiyorlarsa da telefonlaşıyoruz ve telefonda fikir alıyoruz."

Katılımcılara yapılan atıflar, klinik adli tıbbın sadece hayatta olan mağdur veya hastalara yönelik olması nedeniyle klinik adli tıp uzmanının, kısaca klinik adli danışmanın, da mağdur kişiyle görüşme yaparken travmasını tetiklememeye, ilave bir sıkıntıya yol açmamaya ve ikinci kez travma yaratmamaya özen göstermesi gerektiğini göstermektedir. Bu farkındalıkla görüşme yapabilme de hem mesleki bir koşul ve beceri hem de zarar vermeme ilkesiyle temellendirilen etik bir gereklilik olarak addedilmektedir.

Klinik adli danışmanın yukarıda ayrıntılı olarak belirtilen becerilerin yanı sıra **"bilgi"** düzeyinde de *"alan ve danışmanlık bilgisi"* ile alanla bağlantılı olarak *"hukuk bilgisi"* sahip olması gereken nitelikler arasında zorunlu koşulu oluşturmaktadır. **"Alan ve danışmanlık bilgisi"**ne içerik kazandıran başlıca bilgi türleri *"danışmanlık temel bilgisi"* ile *"danışmanlık yapılan alan bilgisi"* ve bu bilgileri edinebilmek için yapılması gerekenler de *"ilgili alan yazını takip etme ve çok okuma"* şeklinde ifade edilmiştir. Danışmanın ilaveten *"etik", "sağlık yönetimi", "sağlık maliyet analizi"* ve *"danışmanlık yapılan kurumun sistemi"* ile ilgili bilgi sahibi olması gerekli görülmektedir. Katılımcıların bu konudaki düşüncelerini temsil eden ifadelerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_6: "Fiilen uygulanan sağlık yönetimi içinde adli tıbbın önemli bir yeri var çünkü ortaya çıkan sorunların önemli bir kısmı da sağlık yönetiminden kaynaklanan sorunlardır. Sonuçta ortada bir zarar vardır ve çağdaş hukuk sistemlerinde ve devlette bu zararın tazmin edilmesi esastır. Bu nedenle zararda o kişi, bu kişi aramaz, direkt idareye dava açar, o davayı kazanırsa kurum o zararı tazmin eder. Ama o aşamaya gelmeden önce, idari olarak neler yapmalıdır ki bu durumlarla karşılaşmasın. İşte, o sistematiğin oluşturulmasında adli tıpçılar hastane yönetimine yol gösterebilir ve bu nedenle danışmanlık verecek adli tıp uzmanı sağlık yönetimini de bilmelidir."

TAD_7: "Danışmanlık demek, danışmanlık vereceğiniz konuyu danışmanlık vereceğiniz topluluktan çok daha iyi biliyor' olmak demektir. Bana göre, hiçbir boşluğu olmayan, sorabildiğim her soruya gerçekten cevap alabileceğim bir uzman, oluşum ya da topluluktur. Ben danışmanlık alan taraf olarak danışmanlık veren tarafa güvenmek zorundayım. Güven sorunu yaşatmayan, gerçekten bilgi ve deneyimiyle bir danışman veya birlikteyken çok daha doğru ve tatminkâr karar verebilen bir birim/yapı/oluşum, sahada çalışan hekimi çok rahatlar ve birim de sürdürülebilir, güvenilir ve işlevsel olur."

TAD_9: "(…) adli tıp uzmanı, adli danışmanlık da yapmalıdır ama danışmanlık yapabilmek için de temel eğitimlerden de geçmelidir. Bu eğitimlerden kastım; danışmanlık yapılan alana dair mutlaka bilgi sahibi olmak, sağlık politikalarını, sağlık maliyet analizlerini, sağlık sistemlerini ve danışmanlık yapılan kurumun sistemini bilmektir."

Yukarıda belirtilen bilgi türlerinin yanı sıra klinik adli danışmanın etik ilkeleri kurallar ve değerler uyarınca hizmet vermesi, bunun için de etik bilgisinin gerekliliği de şu şekilde vurgulanmaktadır:

CAD_1: "Klinik adli tıp çalışan doktorlar, diğer herhangi bir disiplinde çalışan doktorlarla aynı etik ilke, norm ve değerlere tabidir. Yerel tabip birlikleri tarafından olduğu kadar Dünya Tabipler Birliği tarafından da belirlenen bu gerekliliklere uyum, hiçbir doktor grubu için farklı değildir. Aslında, klinik adli tıp uzmanlarının etik, ilke, norm ve değerleri bilmesinin ve bunlara çok sıkı bir şekilde uymasının daha önemli olduğuna inanıyorum."[204]

[204] **Metnin özgün hali:** "Doctors working in clinical forensic medicine are bound by the same ethical principles, norms and values of doctors working in any other discipline. Compliance with these requirements as set out by the World Medical Association as well as the local medical associations is no different for any group of doctors. In fact, I believe it is more important for clinical forensic medicine experts to know and adhere to very strict ethical, principles norms and values."

CAD_{12}: "Sağlık hizmeti sunumundan sorumlu ilgili yerel yönetim organları tarafından geliştirilen etik ilkeleri bilmem ve bunları takip etmem gerekir, bu, klinik adli tıbbın önemli bir bileşenidir."[205]

Klinik adli danışmanlıkta etik bilgisinin yanı sıra önem arz eden bir diğer bilgi alanı da hukuk bilgisi olup, danışmanın özellikle sağlık hukuku bilgisine sahip olması vakanın ilgili yasalar çerçevesinde değerlendirilmesi ve sonucun hukuka uygunluğu açısından gerekli görülmektedir. Her iki ülkeden koşut fikir beyan eden katılımcıların söylem örnekleri aşağıda sunulmaktadır:

CAD_1: "KAT [klinik adli tıp] sadece tıp ve özellikle adli tıpla ilgili ayrıntılı bilgi ve anlayışa sahip olmayı değil, aynı zamanda hukukla ilgili fikir sahibi olmayı da gerektirir. Bu nedenle, klinik adli tıpta gerekli eğitim ve deneyime sahip olmayan doktorlar, olumlu yasal sonuçlara ulaşmak için gerekli olan bilgileri edinmek adına yaptıkları hastayla ilgili incelemelerde yetkinlik gösteremez ve başarısız olurlar. Böylece mahkemeye sundukları görüş ve öneriler de doğru olmaz."[206]

TAD_1: "Adli danışmanlık en azından Türkiye için sağlık hizmeti verirken hekimlerin başı belaya girmeden ve hukuki sorunlar yaşamadan mesleklerini icra etmesine yarayan bir araçtır. Hekime mesleğini icra ederken, hukuk karşısında zor bir duruma düşmemek, doğru yaklaşımları uygulamak, hukuki ve tıbbi sınırlarını bilmek konularında danışmanlık ve eğitim vermektir. Dolayısıyla bu hizmeti veren kişinin de tıbbi ve hukuki bilgisi olması gerekir."

CAD_3: "Klinik adli danışmanlık, adaletin işlemesi ve yönetimi bağlamında hayatta olan kişilerle ilgili inceleme yapılması ve tıbbi bulguların değerlendirilmesi ile ilgilenmek anlamına gelir. (…) Bu nedenle, klinik adli danışmanlık hizmeti veren uzmanların hem tıp hem de sağlık hukukunda yetkin olması gerekmektedir."[207]

TAD_{11}: "(…) danışmanlık, sağlık hukuku konusunda tecrübesi olan ve kendisini sağlık hukuku konusunda geliştirmiş bir adli tıp uzmanı tarafından verilmelidir. Bu nedenle adli tıp

---

[205] **Metnin özgün hali:** "I have to know and follow the ethical principles developed by the relevant local governing bodies responsible for the deliverance of health care, it's an important component of clinical forensic medicine."

[206] **Metnin özgün hali:** "CFM requires a detailed knowledge and understanding not only of medicine and of forensic medicine in particular, but also an understanding of the law. So, doctors who do not have appropriate training and experience in clinical forensic medicine fail to undertake examinations of patients in a competent manner to obtain the necessary information required for successful legal outcomes. Thus, frequently the views and advices they give to the court are incorrect."

[207] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic consulting means to deal with the investigation regarding the living persons and with the assessment of medical findings in the context of the administration of justice. (…) So, specialists that provide clinical forensic consulting have to be competent both in medicine and in health law."

uzmanlarının sağlık hukuku konularına daha fazla ilgi göstermesi ve eğitim programlarına bu konunun dâhil edilmesi gerekmektedir."

Ne var ki, Türkiye'de görüşme yapılan adli tıp uzmanlarının üzerinde durdukları husus, klinik adli danışmanın mesleki uygulama alanının bir bileşeni olarak sağlık hukuku bilgisine sahip olması gerekliliğine karşın, sağlık hukuku uzmanının görevini üstlenmemesi ve hukukçunun vermesi gereken görüş ve danışmanlığı sunmamasıdır. Bu doğrultuda adli tıp uzmanı katılımcıların doğrudan ifadeleri şöyledir:

TAD_8: "(…) her adli tıp uzmanı, adli danışman olamaz çünkü adli tıp uzmanlığında verilen eğitim ağırlıklı olarak yaralanma, travma ve otopsi üzerinedir. Ayrıca sağlık hukuku, malpraktis ve mediko-legal konularında yetkinlik ve yeterlik seviyesinde nosyon ve deneyime sahip insanların verebileceği adli danışmanlık ayrı bir uzmanlık alanı oluşturduğu için bu nosyon ve deneyime sahip olmayan uzman, danışman olamaz. Aksi halde 'bilmeyen bilirkişiler' gibi danışmanlık verirken 'danışman malpraktisi' oluşur ve ciddi hatalara neden olur. Bu noktada önemli olan konulardan biri de hukukçu olmayan ya da hukuk eğitimi almayan kişilerin hukuk yorumu yapmasıdır. (…) sağlık hukuku ya da malpraktis ile ilgili bir olguda adli tıp uzmanı sadece tıbbi-adli konuda görüş bildirmelidir."

TAD_9: "Adli tıp danışmanlığı, bir hastanede meydana gelen adli olguların süreçlerini yürütmektir. Örneğin; bir iş kazası oldu, acil servise adli bir olgu geldi, muayene sırasında adli bir olgu tespit edildi veya hastane içinde adli bir olgu oluştu. Yani, adli tıp danışmanlığı ile sağlık hukuku danışmanlığı aynı değildir, farklılık gösterir."

TAD_{12}: "Her adli tıp uzmanı, adli tıp bilirkişisi ya da danışmanı olamaz. Bu, her uzmanlık alanı için geçerlidir. Yani, bir kişi belli bir alanda uzman olup yetkilendirilebilir ama o alanda yetkin olduğu anlamına gelmez bu. Mesela, bütün adli tıp uzmanları uygulamada 'belge inceleme bilirkişisi' olarak kabul edilir. Ama adli tıp uzmanlarının %99'u böyle bir eğitim almaz. (…) Adli tıp uzmanlığı, sağlık hukuku konusunda kendisini yetiştirebilir ve kendi görüşlerini verebilir kendisi açısından. Ama sağlık hukuku uzmanı hukukçudur ki sağlık hukuku uzmanlığının temeli hukuktur, adli tıp değildir."

Türkiye'den katılımcıların dikkat çektiği klinik adli danışmanlık ile sağlık hukuku uzmanlığı ayırımı, klinik adli danışmanlıkta gerekli olan niteliklerin ötesinde yetki sınırlarında olsa dahi idealize edilen görev kapsamına işaret etmektedir. Zira kavramların belirginliğine karşın, içerik karmaşası sınırların aşılmasına ve "danışman malpraktisi"ne kadar yol açabiliyor görünmektedir. Bu ayırımla ayrıca alan sınırlarında uzmanlaşmayla ilgili olduğu, belirli bir

alanda genel olarak alınan eğitim nedeniyle resmi boyutta yetkilendirilmiş olunsa bile içerik bağlamında alt alanlarının tümünde yetkinlik kazanılamayacağı bu nedenle alt uzmanlık alanının her birinin icra edilmemesi gerektiği çıkarımı yapılabilir. Bu çıkarım yasal ve etik açıdan doğru kararlara ulaşmak adına her adli tıp uzmanının klinik adli danışmanlık yapmaması gerektiği gibi her tıp etiği uzmanının da aynı zamanda klinik etik danışmanlıkta yetkin addedilmemesi gerektiği savını da destekler niteliktedir. Zira alt uzmanlık alanında yetkinlik için gerekli olan temel bilgi ve beceriler farklılık göstermektedir.

4.1.3.4. Klinik Adli Danışmanlığa <u>En Çok</u> Gereksinim Duyulan Sorunlar ve Konulara İlişkin Bulgular

Klinik adli danışmanlığa salt yargıya intikal eden ve dava sürecindeki vakalarda değil, aynı zamanda yargı sürecinde olmayan vaka, durum ve süreçlerde de klinisyene, sağlık kurumuna, hasta ve yakınına yardımcı olunabilmektedir. Özellikle klinisyenin "adli vaka" tanımı ve ayırımı yapabilmesi, belirli vakalarda ve tıbbi uygulamalarda tıbbi-adli hata yapmaması, üst mercie şikâyetlerde kendini doğru savunabilmesi, sağlık kurumunun "risk yönetimi" yapabilmesi, hasta/hasta yakınının malpraktis iddialarında hekim kusurunun belirlenebilmesi gibi birçok husus doğru kılavuzluk ve yanıtlarla yargıya intikal etmeden sonuca bağlanabilmektedir. Bu doğrultuda özünde klinik adli danışmanlığa klinikte de duyulan gereksinimi ortaya koyabilmek amacıyla katılımcılara iki soru yöneltilmiştir. İlk olarak *"[k]linikte ortaya çıkan ancak <u>yargıya intikal etmemiş</u> tıbbi-adli (mediko-legal) nitelikteki sorunlar ya da adli tıp uzman görüşü gerektiren vakalar <u>en çok</u> hangi konularla ilgili oluyor?"*[208] sorusu hem Türkiye'den hem de Kanada'dan adli tıp ve adli bilim uzmanı katılımcılara sorulmuştur.

Her iki ülkeden katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerde ayrıca *"<u>[y]argıya intikal etmiş</u> vakalarda/davalarda bilirkişi ya da danışman olarak görüşünüze başvurulan konu(lar) <u>en çok</u> ne(ler)dir?"*[209] sorusuna yanıt aranmıştır. Alınan yanıtlardan hareketle bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiştir. Kodlamada danışman görüşünü gerektiren, yargıya intikal etmiş ve etmemiş vaka ve sorunların ülke bazında benzerlik ve farklılıklarını da göstermek adına Türkiye ve Kanada ayrımı gözetilerek ülke ayrımı yapılmıştır. Söz konusu bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar Tablo 4.20'de sunulmuştur:

---

[208] **Sorunun İngilizcesi:** *"Which issues do <u>mostly</u> have medical-legal characteristic but <u>not been submitted to the court</u> yet or cases <u>mostly</u> require expert opinion about legal medicine in clinic?"*

[209] **Sorunun İngilizcesi:** *"Which issues <u>submitted to the court</u> do <u>mostly</u> require an expert opinion or consultancy about legal medicine or medico-legal specialty?"*

Tablo 4.20: "Klinik adli danışmanlığa en çok gereksinim duyulan sorunlar ve konular" bağlamındaki bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Yargıya İntikal Etmemiş Sorunlar ve Konular	**Yaşamın son dönemine ilişkin kararlar**	• Nafile tedavide ısrar • Yaşamın son dönemindeki hastalara etik yaklaşım • Klinisyenlerin hatalı karar ve uygulamaları • Yaşamın son döneminde agresif tedavi • Hastaya verilen tıbbi desteğin sonlandırılma isteğine karşı çıkış • Hastanın durumu nakline uygun olmadığı ancak nakledilmesi gerekmesi veya yakınlarınca istenmesi	
	Tıbbi-adli nitelikteki sorunlar	• Tıbbi malpraktis iddiaları/şikâyetleri • İstenmeyen sonuçta hekim kusuru-komplikasyon ayırımı • İstenmeyen sonuçta zararın telafisini belirleme • Hastaya yapılan tıbbi işlemlerde ortaya çıkan/çıkabilecek tıbbi-adli sorunlar • Engellilik raporu, sağlık raporu, idari raporla ilgili şüphe ya da sorunlar • Zarara yol açmasa da hekimin kusurlu davranışı	• Zorunlu yatırılma ve tedavi • Zihinsel bozukluk nedeniyle cezai sorumluluk belirleme • Ceza yargılamasına uygunluğu belirleme
	Şiddet, ihmal, cinsel istismar	• Kadına yönelik şiddette mağdurun sadece belge istemesi	• Çocuk istismarı, şiddeti, ihmaline karşı çocuğun korunmasında yaşanan sorunlar • Aile içi çocuk istismarı • Zarar ya da ölümle sonuçlanan klinik ihmal • Hassas gruptaki kişilerin korunmasında ihmal ve ihlaller
	Bildirimi zorunlu olan vakalar	• İhbar zorunluluğu olan hastalıklarda mahremiyetin ihlali • Şiddet veya istismar şüphesinde ihbarla ilgili zorluk • Klinisyenin bildirimde kararsız kalması • Klinisyenin bildirim yükümlülüğünü yerine getirirken hata yapması	

Tablo 4.20
(devam)

	Etiko-legal sorunlar	• Klinisyenin etik konulardaki göreceli yaklaşımlar nedeniyle kararsız kalması • Aydınlatılmış onam ve özerklik konusunda yaşanan etik sorunlar • Tedavinin reddi konusunda yaşanan etik ikilem • Hasta yakınlarının önerilmeyen tedavide ısrarcı olması • Hasta yakınlarının aleyhte onamı • Sır saklama-mahremiyetin ihlaliyle ilgili etiko-legal sorunlar • Hasta haklarıyla ilgili etiko-legal sorunlar • Kişisel sağlık verilerinin korunmasıyla ilgili etiko-legal sorunlar
	Klinisyenin şüphesi, ikilem ve belirsizlikleri	• Klinisyenin "adli vaka"ya ilişkin şüphesi • Klinisyenin eldeki vakanın adli boyutunu belirlemedeki sıkıntısı • Klinisyenin tedavinin reddi, aleyhte onam gibi vakalarda yaşadığı ikilem • Klinisyenin tıbbi müdahaleye kararda yasal sınırlarını bilmemesi • Klinisyenin malpraktis iddiası/davası kaygısıyla agresif tedaviye yönelmesi
	Kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetler	• Hastanın, sağlık kurumunu şikâyet etmesi • Sağlık çalışanının özlük haklarıyla ilgili sorunlar • Tedavi ekibinin yükümlülükleriyle ilgili kusurlar • Kurum içi soruşturmalar • Sağlık çalışanının idareye şikâyet edilmesi
Yargı Sürecindeki Sorunlar ve Konular	**Tıbbi ve etik uygulama hataları (malpraktis)**	• Tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili davalar • Klinisyenin kayıt tutmamak ya da eksik kayıt tutmak gibi idari düzenlemelere aykırı davranışı • Tıbbi işlemlerde yapılan hatalar • Tıbbi hizmet sırasında kurallara aykırı davranış • "Etik malpraktis": Etiğe aykırı davranış • Kurumsal etiğe aykırı davranış • Hasta haklarının ihlal edilmesi

Tablo 4.20
(devam)

	Velayet davaları	• Ayrılan anne babadan hangisinin çocuğa vasi atanacağı	• Boşanma davalarında çocuğun velayetiyle ilgili öneriler • Çocuğun tanıklık ve karar vermesi kapasitesini belirleme • Çocuğun tanıklığa uygunluğunu saptama
	Kazalar	• Trafik kazaları • İş kazaları • Ev kazaları • Trafik ve iş kazalarında maluliyet belirleme	• Trafik kazaları • İş kazaları
	Yaralanma ve travmalar	• Yaralanmaların nedeni ve şiddetinin belirlenmesi	• Yaralanmaların nedeni, şiddeti ve şeklini belirleme • Kafa travması • Hafif travmatik beyin hasarı • Şiddetli yaralanma
	Şiddet	• Kişilerarası şiddet	• Fiziksel şiddet • Aile içi şiddet
	Cinsel istismar		• Yetişkine yönelik cinsel saldırı • Çocuk istismarı • Yetişkin istismarı • Cinsel taciz
	Ölümle sonuçlanan vakalar		• Otopsi • Doğal olmayan ölüm nedeninin belirlenmesi • İstenmeyen ölümlerin incelenmesi • Şüpheli ölümlerin incelenmesi • Ölüm zamanının belirlenmesi • Ölümle sonuçlanan vakalarda tıbbi kayıtların değerlendirilmesi • Ölümle ilgili toksikolojik inceleme
	Diğer tıbbi-adli sorunlar	• Hekim açısından en sık adli olgularda bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesinde yaşanan sorunlar • Önerilen tedavinin reddinde yaşanan sorunlar • Resmi kurumlardan alınmış raporlara itiraz etme • Yeni rapor talep etme	• İhmal • Psikiyatri hastalarıyla ilgili aydınlatılmış onam sorunları • Psikiyatri hastalığı tanısı konulan hastaya verilen zarar • Psikiyatri hastasının damgalanmasına yol açma

"Klinik adli danışmanlığa en çok gereksinim duyulan sorunlar ve konular" bağlamındaki bulgulara günümüzde klinisyenin hukuka uygun karar vererek tıbbi uygulama hatasına yol açmamak ve hastasına zarar vermemek için karar, eylem ve tıbbi girişiminden önce adli tıp uzmanına yaptığı başvuralar esas alınarak verilen yanıtlar ışığında ulaşılmıştır. "*Yargıya intikal etmemiş sorunlar ve konular"* ana temasındaki bu bulgulara ayrıca klinisyen başvurularının yanı sıra hasta/yakınının hekimi kusurlu bularak zarar gördüğü iddiasıyla üst mercie şikâyetlerinden ya da yaşadığı tıbbi-adli sorunda nasıl bir yol izlemesi gerektiğine ilişkin adli tıp uzmanına yaptığı doğrudan başvurusuyla ilgili yanıtlardan ulaşılmıştır. Alınan yanıtlardan hareketle *"yaşamın son dönemine ilişkin kararlar", "şiddet, ihmal, cinsel istismar", "bildirimi zorunlu olan vakalar", "etiko-legal sorunlar", "yaralanmalar", "tıbbi-adli sorunlar", "kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetler"* ile *"klinisyenin şüphesi, ikilem ve belirsizlikleri"* bu ana temayı oluşturan alt temalar olarak belirlenmiştir.

Adli tıp uzman görüşüne en çok başvurulan **"yargıya intikal etmemiş sorunlar ve konular"** kapsamında yer alan alt temalardan **"yaşamın son dönemine ilişkin kararlar"** ile tüm bulguların Türkiye'den katılımcılar tarafından sunulduğu, Kanadalı katılımcıların ise herhangi bir görüş belirtmediği görülmektedir. Bunda Kanada'da karar ve tıbbi girişim öncesi veya sürecinde klinik etik danışmana başvurmasının ve adli tıp uzmanlık alanın bulunmamasının etkili olduğu ileri sürülebilir. Türkiye'den katılımcıların ise bu konuda kendilerine yapılan başvurulara dayalı söylemleri şu şekildedir:

TAD_3: "Öncelikle bu olguların önlenmesine çalışıyoruz. Olgular gerçekleştiği zaman da yargılama dışındaki alternatif çözüm önerileri Türkiye'nin yasal mevzuatında da olan arabuluculuk ve uzlaşma müessesleri aslında. Dolayısıyla sorunu bu noktada da çözüp çözemeyeceğimize bakıyoruz. Amaç, daha az maliyetli ve yargılama sisteminin daha ciddi olaylara daha fazla zaman ayırabilmesine fırsat verebilecek şekilde bu olguları mümkün olduğu kadar yargıya yansıtmadan ve tarafları memnun edebilecek bir çözümle sonlandırmak olduğu için hükümetimiz de özellikle son yıllarda arabuluculuk ve uzlaşmacılık gibi müesseslere çok önem veriyor. Bu amaç doğrultusunda geliştirilen kanunlar neticesinde alternatif çözümler üretilmeye çalışıyor. İşte, bu aşamada da mediko-legal konsültasyon ya da etik konsültasyon çok değer kazanıyor. Özellikle de yaşamın son dönemindeki hastalara etik ve tıbbi yaklaşımın nasıl olması gerektiğini tartışıyor, bazı desteklerin çekilmesi konusunda yasal mevzuatı inceliyoruz. Bu konuları bilmeyen hekimlerin çok fazla hata yaptığını ve yaşamın son dönemindeki hasta öldüğünde bunun bir tıbbi hatadan kaynaklanabileceğini düşüncesinin hasta yakınlarında yaygın olduğunu fark ettik. Zaten yaşamın son dönemindeki hastaların karşılaştığı

tüm komplikasyonlar ve ölümün dava edilme oranı, diğer olgulara göre çok yüksektir. Dolayısıyla bu noktada nerede hata yaptığımıza bakmamız gerekiyor. Açıkçası doktorlar da hasta ve yakınları da nafile tedaviyi bilmiyor. Bu nedenle hasta ve yakınları nafile tedavide ısrar ederken, hekim nafile tedaviyi sonlandırmanın bir suç oluşturabileceği endişesiyle ya aynen devam ediyor ya da agresif tedaviye yöneliyor."

TAD_7: "En çok yaşam sonu kararlarda ya da hastaya verilen desteklerin sonlandırılması, hastanın nakil edilmesi gerektiği zamanlarda ya da hasta yakınlarının onam verdiği bir müdahaleyi hastaya uygulamak zorunda kaldıkları durumlarda tıp danışmanından görüş alınmalı ve alınıyor."

Yaşamın son dönemindeki kararların salt tedavinin çekilmesinden ibaret olmadığı, hastaya verilen tedavinin boşuna olması, doğal ölüme izin vermeme, tıbbi kaynakların sınırlı olması, hekimi agresif tedaviye yöneltmesi gibi çevreleyen birçok sorunu da beraberinde getirmesi bu kararları hukuki ve etik açıdan sorunsal kılmaktadır. Bu doğrultuda tedavinin çekilmesinin yasal ve etik karşılığını doğru belirleyerek, belirtilen sorunlara neden olmamak için klinik adli danışman ile klinik etik danışmana başvurmak yardımcı nitelikte görünüyor.

Yargıya intikal etmemiş ve danışman görüşünü en çok gerektiren sorunlu konulardan bir diğeri de "bildirimi zorunlu olan vakalar" olup, bu konuyu da sadece Türkiye'den katılımcılar dile getirmiştir. **"Bildirimi zorunlu olan vakalar"** kapsamında "*ihbar zorunluluğu olan hastalıklarda mahremiyetin ihlali", "şiddet veya istismar şüphesinde ihbarla ilgili zorluk", "klinisyenin bildirimde kararsız kalması"* ve *"bildirim yükümlülüğünü yerine getirirken hata yapması"* kodları öne çıkmaktadır.

TAD_4: "Eskiden iki boyutta sıkıntı yaşanıyordu; bir tanesi hekimin sorumluluk almamak adına bir vaka geldiği zaman hemen *'bu vaka bizimle ilgili değil, biz adli tıbba devredelim, adli tıp bir karar versin ve gereken mercie yönlendirsin'* boyutu idi. Ama bu, artık günümüzde fazla görünmemektedir. Çünkü bu yaklaşım, o kadar sık yaşandı ki bir örneğin şiddet olgusunda ilgili meslek üyesinin ihbar zorunluluğu kanuni bir yüküm haline geldi. Ancak hekim yine şiddet ve cinsel istismar gibi olgular şüphe düzeyinde kalıp, kesinleşmediğinde bu yükümünü yerine getirirken zorlanabiliyor ya da hata yapabiliyor ve bu noktada yine bize başvuruyor."

TAD_{10}: "Bize en çok bildirim yükümlülüğü konusunda kararsız kalan klinik branş hekimleri danışıyor. Genelde tek başına karar verme yetisi gelişmiş ancak yasalarca erişkin

olmayan, 15-18 yaş arası genç hastaların ebeveynleri ile çatışan tıbbi kararlarında başvurular oluyor."

TAD_{13}: "Hekimler en sık adli olgularda, bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesi konularında ve önerilen tedaviyi ret etme durumlarında görüş almaktadırlar."

COVID-19, SARS, Ebola, HIV enfeksiyonu, Hepatit, influenza, çiçek, kızamık, tüberküloz, tetanoz, difteri, bruselloz, sıtma, suçiçeği, gonore[210] gibi üçüncü kişilerin ya da toplumun sağlığını riske atarak, halk sağlığı sorununa yol açabilen hastalıkların sorumlu hekim tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne bildirimi yasal açıdan zorunlu kılınmıştır. Yine, hastanın kendisine ya da üçüncü kişiye zarar verme olasılığı olan özkıyım girişimi ya da belirli psikiyatrik hastalıkların yanı sıra şiddet, yaralanma, trafik kazası, zehirlenme ve cinsel istismar gibi adli nitelik taşıyan vakaların da kolluk kuvvetlerine ya da Cumhuriyet Savcılığına bildirilmesi gerekmektedir. Hekimin bahsi geçen hastalık ve vakalarda gerekli mercie bildirmemesi ise "bildirim yükümlüğünü yerine getirmeme" olup, suç sayılmaktadır.[211] Her ne kadar Türk hukuk öğretisinde açık bir şekilde belirlenmiş ve belirtilmiş olsa da vakayı çevreleyen unsurlar açısından ya da özellikle istismar ve şiddet gibi vakalarda hastanın açık beyanının bulunmaması ve hekimin şüphesini doğrulamakta zorlanmasına yol açabilmektedir. Bu tür vakalarda acil tıp uzman görüşüne başvurduğu dile getirilmektedir. Bu noktada dikkat çeken husus ise hekimin vakanın tanımlanmasına ilişkin yaşadığı ikilem olup, benzeri ve farklı nedenlerle ikilem ve belirsizlikler yaşadığı da ifade edilmiştir.

Türkiye'den katılımcıların söylemlerinden saptanan "**klinisyenin şüphesi, ikilem ve belirsizlikleri"** alt teması kapsamında belirtilen konuda *"klinisyenin adli vakaya ilişkin şüphesi"* ve *"klinisyenin eldeki vakanın adli boyutunu belirlemedeki sıkıntısı"* kodları yer almaktadır. Klinisyenin hastasıyla ilgili bir karar ve müdahale öncesinde veya sürecinde yaşadığı sıkıntılar arasında *"tedavinin reddi", "aleyhte onam", "tıbbi müdahaleye kararda yasal sınırlarını bilmemesi"* ve *"malpraktis iddiası/davası kaygısıyla agresif tedaviye*

---

[210] Adı geçen hastalıklar; T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı tarafından 05.07.2022 tarihinde güncellenmiş olan "Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ICD-10 tanı kodları listesi"nde yayımlanan ve Başkanlığın internet sayfasında yer alan hastalıklar arasından seçilmiştir (bk. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. "Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar tanı kodları listesi güncellendi". Erişim tarihi: 13 Temmuz 2022, Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-haberler/bildirimi-zorunlu-bulasici-hastaliklar-tani-kodlari-listesi-guncellendi.html).

[211] Bildirim yükümlüğünün yerine getirilmemesi Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) "görevi ihmal" olarak değerlendirilmekte ve cezalandırılmaya yol açmaktadır. Nitekim "görevin ihmal"ine ilişkin ayrıntılar ve yaptırımlar TCK Madde 257/2'de belirtilmektedir. Madde 257/2: *"Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."*

yönelmesi" de bulunmaktadır. Klinisyenlerin belirtilen sıkıntılarla nasıl bir yol izlemeleri gerektiği noktasında kendilerine başvurduklarını belirtilen katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

TAD_2: Tabii klinisyenler tarafından da işlem öncesi ya da sürecinde başvurular oluyor bize. Bizim kendi üniversitemizin tıp fakültesi hastanesinden de güven tesis ettiğimiz için hekimler bu süreçte rahatlıkla başvurabiliyor. Örneğin; ileri yaş bir hastanın bilinci kapalı ve bir çocuğu farklı bir talepte bulurken, diğer çocuğu daha farklı bir talepte bulunabiliyor. Çocuklardan biri hastasının yoğun bakıma yatırılmasını isterken, diğeri istemiyor. Ya da hastanın ameliyat olması faydasına olacak ve Demans hastası ama hastanın çocuğu ya da vasi ameliyat olmasını istemiyor. Bu tür durumlarda hekim ne yapacağını bilemiyor, ikilem yaşayıp, bize başvuruyor."

TAD_5: "Klinisyenlerin acil başvuruları da oluyor bize, biz de genellikle anlık çözümler sunuyoruz eğer anterospektif davranacaksak, yani henüz vakaya müdahale edilememişse. Bu durumda zaten anlık konuşmalar ya da telefon görüşmeleri şeklinde oluyor danışma süreci. Örneğin; gecenin 02.00'sinde bilinci açık, koopere, hasta hastaneye başvuruyor, karnından bıçaklanmış ama tedaviyi reddediyor. Acil asistan hekimi arıyor beni ve diyor ki '*hocam, peritondayız [karın zarı], hastanın kesinlikle tedaviye/müdahaleye ihtiyacı var ama kabul etmiyor. Ne yapalım?'* Ben de nasıl bir yol izleyeceğini adli tıp açısından anlatıyorum ve yasal olarak nasıl bir yol izlemesi gerektiğini öğrenmiş oluyor. Yani, hekimin ne yapacağını bilemediği, sıkıntı yaşadığı acil vakalarda da yol yöntem anlatmaya çalışarak onlara yardımcı oluyoruz. Ayrıca daha önceleri şikâyet konusu olmayacak birçok tıbbi girişim ve hatta girişimsel olmayan medikal yaklaşımların neticesiz kalması insanlarda eskiden 'kader' ya da 'hastalığın doğal gidişi" sayılırken, günümüzde kötü sonuçlarda doğrudan sağlık sistemini ve hekimi suçlamayı getirdi. Bu da hekim arkadaşlarda kaçınılmaz bir kaygıya ve defansif yaklaşıma yol açtı."

TAD_{12}: "Yargıya intikal etmemiş durumlarda ortaya çıkan bir sorun karşısında *'bu sorun bize ileride ne kadar büyük soruna yol açar, başımıza iş açar mı veya haklı çıkarız haksız mı çıkarız?'* gibi noktalarda görüşler alınabilir. (…) Yargıya intikal etmemiş konuda en çok başvuru eldeki olgunun *'adli olgu mudur, değil midir?'* konusunda oluyor. Ama bizler olgunun adli nitelikte olup olmadığını belirlemeyi kolaylaştırdığımız için çok sıkıntı yaşanmıyor. Ama ülkemizde bu bir sıkıntıdır. Örneğin; yaralanma vakasında hekim 'adli olgu mudur, değil midir?' noktasında belirsizlik yaşıyor ve bana başvuruyor. Ben de *'yaralanma olarak gelen her*

olgu adlidir çünkü bu noktada olgunun basitliği ve çeşidi değil, kendisi önemlidir' diyerek, cevap verip, yol göstermeye çalışıyorum."

Yukarıda alıntılanan Türkiye'den katılımcıların söylemlerinden "malpraktis iddiası/davası kaygısıyla agresif tedaviye yönelmesi" klinisyenin yaşadığı ve adli tıp danışmanlığına gereksinim duyduğu sıkıntıları arasında ön plana çıkmaktadır. Ancak yaşadığı kaygıyla agresif tedaviye yönelmesi klinisyenin malpraktis iddiası ile üst mercie şikâyet edilmesinden alıkoymadığı vakaların da azımsanmayacak ölçüde olduğu bildirilmektedir. **"Tıbbi-adli sorunlar"** alt teması kapsamında saptanan *"tıbbi malpraktis iddiaları/şikâyetleri"*nin yanı sıra *"istenmeyen sonuçta hekim kusuru-komplikasyon ayırımı", "istenmeyen sonuçta zararın telafisini belirleme", "hastaya yapılan tıbbi işlemlerde ortaya çıkan/çıkabilecek tıbbi-adli sorunlar", "zarara yol açmasa da hekimin kusurlu davranışı" ve "engellilik raporu, sağlık raporu, idari raporla ilgili şüphe ya da sorunlar"*ın da adli tıp danışmanlığını gerektirdiği ifade edilmektedir. Katılımcıların *"tıbbi malpraktis iddiaları/şikâyetleri"* ve bu şikâyetlerin incelenmesi bağlamında zararda hekim kusurunun olup olmadığının tespiti ve ilgili diğer hususlara ilişkin söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_3: "(…) hasta ve yakınları da 'olumsuz sonuç gerçekten bir süreç mi, bir komplikasyon mu, önlenebilir bir zararla mı karşı karşıyayım ya da ortaya çıkan zararı tıbben telafi etmek mümkün mü, maddi olarak telafi etmek mümkün mü? Nasıl, nerede telafi edilebilir; söz konusu hizmetin alındığı hastanede mi; başka doktorlara, başka hastaneye ihtiyaç var? Bu, ciddiye alınacak bir sorun mu, yoksa iyileşecek bir sorun mu, kalıcı hasar bırakacak mı, bırakmayacak mı?' gibi sorularına danışman yardımıyla yanıt bulabilirlerse, bilen taraflar olarak dava açmadan klinisyen ve hastaneyle çok daha rahat uzlaşabiliyorlar."

TAD_4: "En çok karşılaştığımız ve başvuran ikinci grupta 'komplikasyon mu, tıbbi uygulama hatası (malpraktis) mı?' ayrımına dair sorular ve sıkıntılar yer alır. Komplikasyona sebep olacak şeyleri anlayıp anlamama meselesidir bu. Baktığımız zaman bilgisizlik, kuralları uygulamamak, hastayı yeterli izlememek gibi kişisel sorunlar tıbbi uygulama hatalarının temel nedenleri olarak gözükmekte. Hekimin/klinisyenin yeterli bir eğitimi alıp almadığı birinci boyut, hastayı yeterince izleyip izlememesi de ikinci boyut. Özellikle cerrahi branşlarda cerrah bir operasyon yapıyor ama postop'ta [operasyon sonrası süreçte] hastayla ilgilenmeyebiliyor. İşte, bu durumda birçok sorun çıkabiliyor ortaya ki bunlara çok sık rastlıyoruz."

TAD_9: "Bana danışmanlık için yargıya intikal etmemiş, zarara yol açmamış hekimin mesleki kusuru da gelebiliyor. Hekim hatasında yani bir doktorun mesleki beceriksizliği nedeniyle bir kişide zarara yol açmamışsa, bunun mesleki sır içinde kalarak, çözümlenmesi ve bu konuda da sadece hastanın değil, hekimin de gizliliğini korumak gerekiyor. Çünkü zarar yoksa yani hukuken ne ceza ne de tazminat hukukunda bir yaptırımı yoksa bu durumu raporlamak, sistemi ağırlaştırmak ve toplumdaki güvene dayalı hasta-hekim ilişkisini zedelemek anlamına gelir."

Tıbbi malpraktis şikâyetlerinin salt hekim kusuruna ya da "öngörülebilir risk"e bağlı olarak hastada zararın söz konusu olduğu vakaları değil, aynı zamanda sonucu hastaya zarar vermemiş olsa da hekimin kusurlu davranışının saptandığı vakaları da içerdiği görülmektedir. Özellikle hastanın zarar gördüğü vakalarda zararın nedensellik ilişkisinin ve hekim kusurunun belirlenmesi gerekliliğinin danışmanlık gereksinimini arttırdığı, her iki durumda da danışman aracılığıyla hasta/yakının aydınlatılması ve paydaşlar arasında uzlaşıya varılabileceği anlaşılmaktadır. İlaveten, engellilik ve sağlık raporu gibi çok boyutlu ve hastanın yaşamında belirleyici rol oynayan önemli belgelerle ilgili şüphe ya da tıbbi-adli sıkıntılar nedeniyle danışman görüşü alındığı katılımcılardan biri tarafından şöyle dile getirilmektedir:

TAD_8: "Yargıya intikal etmemiş durumlar ya da olgularda hekimin danışmanlık için başvuru nedenleri arasında hastaya yapılan tıbbi işlemlerde ortaya çıkan/çıkabilecek tıbbi-adli sorunlar, hastaya verilecek bir evrakla ilgili sorunlar ve engellilik raporu, sağlık raporu, idari rapor gibi raporlar konusunda duyulan bir şüphe ya da sorun da bulunur."

Kanada'dan ise katılımcılardan biri "yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunlar" kapsamında *"karar verme yetisi olmayan kişinin cezai kovuşturmaya uygunluğuyla ilgili sorular"* ile *"adli psikiyatrik vakalarda çocuğun tanıklık ve karar vermesinin uygunluğunu belirleme"* ile ilgili vakalara danışmanlık sunduklarını şu şekilde beyan etmiştir:

CAD_3: "Eyaletler arasında ayrım yapmadan bu soruya da yanıt vermek mümkün değil. Ontario'daki bu uygulamalara ilişkin konuşacak en yetkin kişi olmasam da Québec'te adli-tıbbi nitelikte olup, mahkemeye intikal etmemiş vakalara danışmanlık desteği verdiğim için Québec eyaletindeki uygulamalar hakkında yetkin bir şekilde konuşabilirim. Bu vakalar zorunlu yatış ya da zorunlu tedavi ve Québec eyalet sınırlarında herhangi bir suç işleyen kişinin suçu işlediği

an zihinsel bozukluğu nedeniyle cezai sorumluluğu olup olmadığı veya ceza yargılamasına uygun olup olmadığı ile ilgili soruları içerir."[212]

Yargıya intikal etmeyip adli tıp danışmanlığı gerektiren bir diğer alt tema ise **"etiko-legal sorunlar"** olarak belirlenmiş; bu sorunlar da iletişim hataları, mahremiyetin ihlali, tedavinin reddi, aydınlatılmış onam ve özerklikle ilgili sıkıntılarla temellendirilmiştir. Yargıya intikal etmeden önce tıbbi-adli danışmanlık desteğine başvurulan etiko-legal sorunlara dair sadece Türkiye'den katılımcıların deneyimlerine dayalı düşüncelerini bildirdiği, Kanada'dan katılımcıların ise beyanda bulunmadığı görülmektedir. Bu durum, Kanada'da klinik etik danışmanlık hizmetlerinin varlığı ve etik sorunların yanı sıra etiko-legal sorunlarda da klinik etik danışmanın yardımına başvurulması ile açıklanabilir. Etiko-legal sorunlarda görüşlerine başvurulan Türkiye'den katılımcı adli tıp uzmanlarının ilgili hususlaki ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

TAD_1: "Etik sorunlar nedeniyle de başvurular oluyor. Örneğin; siz HIV pozitifsinizdir ve bir şekilde sizin HIV pozitif olduğunuzu belli eden bir şey yapılmıştır, görülebilecek bir yere 'HIV+' yazılmıştır mesela. Yani, stigmatize edilmişsinizdir [damgalanmışsınızdır]. Bu tür vakalar çok geliyor."

TAD_2: "Etik konularda bir takım göreceli yaklaşımlar olabiliyor ve son karar verecek olan yargı mensupları belki bizim görüşümüze uymayıp, kendilerine göre 'bu noktada hekim yanlış yapmıştır' diyebiliyor ki etiğin olgudan olguya değişmesi nedeniyle bu noktada garanti veremiyoruz tabii. Ama bu tür olgularda biz yaklaşımımızı bu şekilde sunuyoruz ve hatta gerekirse klinisyene, görüşümüzü 'bir konsey kararı şeklinde bir karar varalım buna biz de imza atalım dolayısıyla siz de uygulamanızı yapın' da diyebiliyoruz. Örneğin; ileri yaş bir hastanın kendisi ameliyat olmak istemiyor ama ailesi istiyorsa ve hekim hem etik açıdan hem de tıbbi-adli açıdan ikilemde kalıp bizden görüş istetebiliyor."

TAD_3: "(…) hematoloji hastaları, yaşamın son dönemindeki hastalar, kanser hastaları ile ilgili toplantılara gittiğimizde konunun kendiliğinden mediko-legal nitelikten etiko-legal niteliğe dönüştüğünü görüyorum. Çünkü bu konuların etik yükü çok daha fazla; mesela kadın doğumda mediko-legal süreçleri konuşmak tamam ama daha hassas konulara gelindiği zaman,

[212] **Metnin özgün hali:** "It is also impossible to respond to this question without differentiating between the provinces. I can knowledgeably speak regarding the practices in the province of Québec, although I am not the most competent person to speak about Ontario because I support the cases that are medico-legal characteristic but not submitted to the court in Québec. These cases comprise of involuntary admission or involuntary treatment, and the questions about criminal responsibility on account of mental disorder at the time when the crime was committed in Québec and fitness to stand criminal trial."

yani daha handikaplı gruplarla çalışmak durumunda kaldığınız zaman boyut değişiyor. Yani, onam kapasitesi olmayan, bilinci yerinde olmayan ya da alınan kararın çok riskli, hatta bıçak sırtı olacağı kararlarda sorunun etiko-legal özelliğe dönüştüğünü görüyorum. Bu tür durumlarda aslında mediko-legal özellik ile etiko-legal özellik iç içe geçmiş oluyor."

TAD_7: "Örneğin, hastayı naklettirmeye çalışan bir ailenin kararına karşın, 'nakil olursa ölecek bir hasta için doktor sorumluluk almalı mıdır?' gibi kritik konu ve olgular hem mediko-legal hem de etiko-legal olup, uzman görüşüne başvurulmalıdır. Bence çok hassas bir çizgi var bu noktada; olay bu aşamaya geldiği zaman mı görüş alınmalıdır, yoksa doktor, hasta isterse 100 yaşında olsun mutlaka hastasını ameliyat etmeli midir? Burada hasta vesayet altındaysa, hastanın vasi ile ters düşüldüğü zaman, hastanın o müdahaleyi istemediğini bildiğiniz halde bilinci kapalı olduğunda ve yakınlarının hastanın isteminin tam tersi bir karar vermesi durumunda doktor olarak ne yapılması gerektiği konusunda mutlaka görüş alınmalıdır. Çünkü sorunun hem yasal hem de etik boyutu vardır."

Türkiye'de yargıya intikal etmemiş ve adli-tıbbi kılavuzluk gerektiren sorunlar arasında "mediko-legal özellik ile etiko-legal özelliğin iç içe geçmesi"nin nedeni katılımcılardan biri tarafından şu şekilde açıklanmaktadır:

TAD_8: "(…) öncelikle etik sorunlarla tıbbi-adli sorunların hatta malpraktisin karıştırılma nedenini kendimce açıklamak isterim. Etik yaklaşım Anglosakson ülkelerde şeffaflığa ve dürüstlüğe yani net ve kesin olarak yapılan deklarasyona dayanır. Yani, Anglosakson toplumda dürüstlüğe dayalı etik esastır. Bizde ise etik, yazılı kural niteliğindedir ve hasta hakları gibi hukuk kuralları niteliğinde yazılı kurallara dayanır. Dolayısıyla bu kurallara uymamanın da soruşturma ve meslekten men gibi hukuki yaptırımları oluyor. Yani, Türkiye'de normatif etik ile hukuk iç içe geçmiş durumda ve bu nedenle de hekimler etik sorunlarla mediko-legal sorunları karıştırabiliyorlar. Oysa etik, çok geniş ve kapsamlı bir alan; etiği A4 kâğıdı, hukuk da onun üzerine konulan bir nokta olarak düşünebiliriz. Anlattığım etik-hukuk ilişkisinden dolayı yani bizdeki yakın ilişkisinden dolayı sır saklama, hasta hakları, özerklik, kişisel sağlık verilerinin korunması gibi konularda da fazlasıyla görülebileceği gibi etik ile hukuk arasında bulunan koridordan ötürü adli tıp uzmanı ile klinik etik uzmanının iş birliği yapması faydalı olur. Bu noktada etiko-legal sorunlarla mediko-legal ve adli sorunların birbirinden ayrılması ve her uzmanlık alanının yetkin olduğu konuda fikir sunması oldukça önemlidir. Aksi halde klinik etik danışmanlıkta da adli danışmanlıkta da "danışman malpraktisi" ortaya çıkar."

Adli-tıbbi yol göstericiliğe gereksinim duyulan sorun kümesinden bir diğeri de sağlık hizmeti verilen **"kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetler"** olup, bunlar da "*hastanın, sağlık kurumunu şikâyet etmesi*"nden hastanın *"sağlık çalışanının idareye şikâyet edilmesi"* ve*"kurum içi soruşturmalar"*a kadar çeşitli sorunları içermektedir. Organizasyon ölçeğinde yaşanan ve yargıya yansımadan bu ölçekte çözülmeye çalışılan sorunlar arasında *"sağlık çalışanının özlük haklarıyla ilgili sorunlar"* ve *"tedavi ekibinin yükümlülükleriyle ilgili kusurlar"* da bulunmaktadır. Türkiye'den adli tıp uzmanı katılımcıların çözüme yolunda yardımcı oldukları "kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetler"e dair sözlerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_1: "(…) aslında şikâyetlerle ilgili başvurular daha fazla oluyor. Bunlar ya hasta şikâyetleri ya da personelin birbirini şikâyetleri ile ilgili oluyor. Personel şikâyetleri kişisel sıkıntılarla ilgili değil, mesela yapmak istemediği bir işlem ya da tıbbi girişim konusunda oluyor. Bunlardan bir kısmı soruşturma aşamasındadır, bir kısmı daha ön inceleme aşamasındadır, (…), bir kısmı ise daha en temel aşamadadır ki sağlık kurumu yöneticileri *'bu durumda ne yapmak gerekir?'* gibi sorularla bize başvurur. Bunların dışında en çok vakalarla ilgili çalışmalar yapıyoruz. Yani, bir olay oluyor, bu olayda *'böyle bir olay yaşadık, hakkımızda şikâyet oldu, bu durumda ne yapmamız lazım?'* gibi sorularla bilgimize başvuruluyor. Biz de kim başvurduysa ki daha çok hastaneler başvuruyor, onları dinliyoruz ve çözüm yolu göstermeye çalışıyoruz."

TAD_8: "Yargıya intikal etmemiş durumlarda danışmanlık için yapılan başvuru nedenleri arasında özlük hakları da bu bulunmaktadır ki bu noktada personelin kendisi ile kurum ya da idare arasında yaşanan bir sorun ya da yaşanabilecek olası soruna mahal vermemek amacı söz konusudur. Ekip sorumluluğu ile ilgili kusurlar da danışmanlık alınan konulardandır bir diğeridir."

TAD_{11}: "Sorunlar yargıya intikal etmeden önce kurum içi soruşturmalar şeklinde karşımıza çıkıyor ki yine burada da yargıya değilse bile idari yöneticiye yansıyan şikâyet durumu söz konusudur. Yargıya intikal etmeden önce tarafların ön rapor talep etmesi de gerçekleşebiliyor."

Yukarıdaki tabloda alt tema olarak sınıflandırılamamış olsa da **Türkiye**'den bir katılımcı en çok görüşüne başvurulan yargıya intikal etmemiş sorunun iletişim hataları/çatışmaları olduğunu dile getirmiştir. Katılımcının deneyimlerine dayalı düşüncesini temsil eden sözleri şu şekildedir:

TAD_8: "Yargıya intikal etmemiş ancak hastayla yaşanan herhangi bir sorunda hekime danışmanlık veriyoruz. Aslında klinikte yaşanan birçok sorun için bize başvuruyorlar ama en çok hasta ve/veya yakını ile yaşanan iletişim sorunuyla başvuru yapıyorlar."

Kanadalı katılımcılar ise yargı süreci başlamadan önce görüşlerine başvurulan sorunların "şiddet, ihmal, cinsel istismar" ve "yaralanmalar" olduğunu ifade etmişlerdir. **"Şiddet, ihmal, cinsel istismar"** bağlamında vakayla ilgili polise ve/veya yargıya başvurulmadığı ancak klinik adli danışmanlık desteği alındığı bildirilmektedir. Bunun yanı sıra vaka yargıya intikal etmeden önce doğru değerlendirilmeye ulaşmak ve nasıl bir yol izleneceğini öğrenmek amacıyla kendilerine başvurulduğunu aşağıdaki sözlerle beyan etmişlerdir:

CAD_1: "Hükümet ve polisin yanı sıra çocuk koruma kurumları ve bazı özel kuruluşlar önlerine gelen çocuk istismarı, şiddet ve ihmal gibi belirli vakalarda ne yapacaklarını belirlemelerinde yardımcı olması için klinik adli tıp görüşü isterler. Bazı vakalarda klinik adli konsültasyon yardımıyla edindikleri kanıtlara bağlı olarak daha sonra birine veya bir kuruluşu karşı dava açmak için bu bilgileri kullanırlar."[213]

CAD_6: "Son zamanlarda şiddet, aile içi şiddet ve cinsel istismar ile ilgili polise yapılan şikâyetlerin sayısında azalma görsek de bu vakalarla ilgili bizimle çok daha fazla telefon görüşmesi yapılmaktadır. Bu, şiddet ve istismar mağdurlarının polise ve dolayısıyla mahkemeye başvurmadığı, ancak desteğimizi almak üzere bize başvurduğu anlamına gelmektedir."[214]

Yukarıda belirtilen yaklaşımla koşut bir anlayışın kadına şiddet vakalarında ülkemizde de görüldüğü ifade edilebilir. Zira Türkiye'den katılımcının aşağıda sunulan söylemi yaklaşımdaki benzerliği ortaya koyar niteliktedir:

TAD_6: "Yargıya intikal etmemiş olguları da adli tıp polikliniğinde diğer normal hastalar gibi kabul edebiliyoruz. Örneğin; kadına yönelik şiddet olguları oluyor, sadece durumunun belgelenmek, raporunu bir yerde saklamak istiyor ve bir daha şiddet olayı başına gelirse bu gelmeyi kullanabilmek istiyor mağdur. Ayrıca hasta-hekim ilişkisi içinde durumunun bir sır

[213] **Metnin özgün hali:** "Child protection agencies and some private organizations as well as government and police seek a clinical forensic medical opinion to assist them to determine what to do with specific cases that come before them such as child abuse, violence and negligence. In some situations, depending upon the evidence that they have by clinical forensic consultation, they subsequently use that information to bring a law suit against somebody or some organization."

[214] **Metnin özgün hali:** "Last times, we see a decrease in the number of complaints coming to the police of violence, domestic violence and sexual assault, even though there are a lot more phone calls about these cases with us. This means that victims of violence and assault do not apply to the police and hence the court but they apply to us to receive our support."

olarak kalmasını ve gizliliğinin korunmasını da talep ediyor. Ama biz ihbar yükümü kapsamında bildirim yapmamız gerektiği konusunda kendisini aydınlatıyoruz. Biz de 'kesinlikle bildirilmesini istemediğini, bu durumunun yargıya yansımasına rıza göstermediğini ve bu konuda bilgilendirildiği'ne dair kendisinin talebi doğrultusunda bir taahhüt alıyoruz. Daha sonra mağdur olan kişinin talebi doğrultusunda öyküsünü, bulgularını, travmatik bulgularını kaydedip fotoğraflıyoruz ve kendisine talep ettiği raporu veriyoruz."

Şiddet ve cinsel istismar vakalarında ise yargıya intikal etmeden önce izlenecek yola ilişkin bilgi edinmek amacıyla adli danışmanın görüşüne başvurulduğu katılımcı tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

TAD_3: "Adli danışmanlık ya da hem etik hem adli danışmanlık açısından çok fazla olay oluyor. Hekime yönelik şiddetten tutun da personelimize sözel ya da fiziksel şiddete, kurum içi çalışanlar arasında ya da dışarıdan gelen cinsel saldırı iddiaları, çocuk hastaya ailesinin onam vermemesine varan durumlara kadar çeşitli konularda başvuru oluyor. Bu olguların soruşturulması ve bunlarda nasıl bir yol izlenmesi gerektiği konularında fazla başvuru yapılıyor."

Diğer yandan, Kanadalı adli bilim uzmanı katılımcıların görüşlerine başvurulan ve yukarıda bahsi geçen sorunlar arasında özellikle çocuk, ileri yaş birey ve psikiyatri hastası gibi *"örselenebilir grupta yer alan kişilere yönelik ihlal ve ihmal"*in de bulunduğu görülmektedir. Bu konuda katılımcının beyanı aşağıda yer almaktadır:

CAD_{12}: "Yargıya intikal etmemiş ya da intikal etmeden önce başvurulmadan önce adli-tıbbi meselelerde bir danışmanın uzmanlığını gerektiren vakalar genellikle 'klinik ihmal' ve örselenebilir kişilerin korunmasındaki ihmal ve ihlallerle ilgilidir."[215]

Adli-tıbbi nitelikte olup, kuruma ya da bir üst mercie şikâyet edilmiş vakalar; cinsel istismar ve/veya şiddet şüphesi; adli vaka belirlemedeki belirsizler, tedavinin ve reddi ve aleyhte onam vakalarında yasal sınırların saptanması gibi yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli vakalarda klinisyene, sağlık kurumuna ve hasta/yakınına yol göstererek, kanıt toplayarak ve birçok şekilde yardım edildiği görülmektedir. Her ne kadar Kanada ve Türkiye'de nihai amaç, yardım etmek olsa da yardım edilen vakaların tür ve içeriğinin genel anlamda her ülkede farklı olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin, Türkiye'de tıbbi-adli açıdan en çok danışmanlık verilen

[215] **Metnin özgün hali:** "Cases requiring the expertise of a consultant in medico-legal matters not to be or before submitted to the court usually pertain to 'clinical negligence', and to neglect and breaches in safeguarding of vulnerable people."

alanlar yaşamın son dönemine ilişkin kararlar, etiko-legal sorunlar, bildirimi zorunlu vakalar ile kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetlerden oluşmaktadır. Kanada'da ise bu konularda değil, ağırlıklı olarak yargıya intikal etmeden önce şiddet, ihmal, istismar ve yaralanmalarla ilgili çalışıldığı ifade edilmektedir. İki ülke arasındaki bu belirgin farkın nedenleri; Kanada'da klinik etik danışmanlık hizmeti ile etiko-legal sorunlara ve klinisyenin yaşadığı belirsizliklere çözüm sunulması, kuruma ilişkin sıkıntıların risk yönetimi birimlerince ele alınması ve ilgili yasal düzenlemelerin daha çok "hekimi koruyucu" olması ile açıklanabilir. İki ülke arasındaki bu fark nispeten daha az olmakla birlikte yargıya intikal etmiş vakalarda da görülmektedir.

En çok tıbbi-adli destek gerektiren **"yargı sürecindeki sorunlar ve konular"** kapsamında *"tıbbi ve etik uygulama hataları (malpraktis)", "velayet davaları", "kazalar", "yaralanma ve travmalar", "cinsel istismar", "şiddet"* ile "*ölüm"* alt temaları öne çıkmıştır. Söz konusu sorunlardan "tıbbi ve etik uygulama hataları (malpraktis)" nedeniyle adli tıp uzmanına başvurunun Türkiye'de çoğunlukta olmasına rağmen, Kanada'da olmaması ve katılımcıların bu konuya değinmemesi dikkat çekmektedir.

"Tıbbi ve etik uygulama hataları (malpraktis)" bağlamında Türkiyeli katılımcıların ağırlıklı olarak üzerinde durduğu konular; malpraktis iddiaları, bu iddialarda hekim kusuru ile nedensellik ilişkisinin belirlenmesi ve "etik malpraktis" olarak addedilen etiğe aykırı davranışlar olmuştur. Katılımcıların bu konudaki deneyimlerine dayalı ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

TAD_2: "Bize yapılan başvurular özellikle malpraktis ya da adli olgu bildiriminin yapılıp yapılmaması noktasında oluyor. O olguya özel, ayrı bir yönetim yapmamız gerekiyor ancak doktor arkadaşlarımızın olgu yönetimi yaparken etik ilkelerle ve etik süreci nasıl yönetip, sonuçta neye karar vermeleriyle ile ilgi müthiş bir bilgisizlik, duyarsızlık, uzak durma çabası ve defans gösterme nedeniyle malpraktis yaptıklarını görüyoruz. Bu malpraktisler de büyük oranda doktor arkadaşlarımızın etik ilkelere nasıl yaklaşacaklarını bilmemelerinden kaynaklanıyor."

TAD_4: "Hekimler de özellikle tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda bize başvuruyor çünkü bahsettiğimiz durumlarda mahkeme bir karara varırken mutlaka bilgiye ve bilime başvurmak zorunda. Hukukun dışında bir bilim dalında bir uygulama söz konusu ve o bilim dalındaki hatayı saptayabilmek ancak o bilim dalından uzmanların görüşleri ile mümkün. O yüzden tıbbi malpraktis davalarında uzman görüşüne çok sık başvuruyorlar. Tabii o noktada hekim belli kuralları yerine getirmişse ve uygulamada bir sıkıntı yoksa biraz daha rahat oluyor

çünkü son dönemde iyi niyetli olmayan çok sayıda dava açıldığını da görüyoruz ki hem avukatlar buna ön ayak oluyor hem de hastalar bu yaklaşıma sapıyorlar. Zaten dünyada da sigorta sistemlerinin en büyük müşteri kitlesi doktorlar ki bu tür iddialardan korunmak ya da yaşamamak için sigorta sistemine sığınıyorlar. Bu tür bir dava açıldığında sadece avukat hizmeti değil, aynı zamanda danışmanlık hizmeti de sigortadan sağlanmış oluyor."

TAD_7: "Malpraktis davaları; doktorlar her geçen gün daha kötü çalıştığı için değil, hastalar bunu bazen bir çıkar kapısı ve avukatlar bu konuyu [malpraktis] kendilerine bir kazanç kapısı haline getirdikleri için ve ayrıca kanunlarımızda doktorlar her zaman hastaların üstünde yani hastalardan güçlü görüldüğü için açılıyor."

TAD_8: "Yargıya intikal etmiş ve danışmanlık gerektiren vakalar, en çok tıbbi uygulama hataları yani malpraktisle ile ilgili oluyor. Baktığımızda malpraktis iddialarının ya da davalarının nedenleri de şu şekilde sayılabilir: Kayıt tutmamak ya da eksik kayıt tutmak gibi idari düzenlemelere aykırı davranış, tıbbi işlemlerde yapılan tıbbi hata, tıbbi hizmet sırasında kurallara aykırı davranış ve 'etik malpraktis'tir. Bunlar da deontolojiye, genel etik ilke ve kurallara aykırı davranış, akademik etiğe aykırı eylem veya durum, kurumsal etiğe aykırı eylem ya da durum ve hasta haklarının ihlal edilmesinden kaynaklanıyor."

Katılımcıların yukarıda alıntılanan söylemlerinden anlaşılacağı üzere ülkemizde tıbbi malpraktis nedeniyle adli tıp uzmanlarına yapılan başvuruların temel nedenleri; gerçekten yapılan tıbbi uygulama hataları, hastaların ve avukatların "iyi niyetli olmayan" yaklaşımları, gerekli işlemlerin yerine getirilmemesi ve etik açıdan kabul edilemeyen tutumlarıdır. Ne var ki, Kanadalı katılımcıların bir kısmı ülkelerinde, özellikle bulundukları eyalette yargı sürecinde tıbbi malpraktis ile ilgili davalarda klinisyen, sağlık kurumu, hasta ya da yakını tarafından tıbbi-adli desteğe fazla gereksinim duyulmadığını gerekçeleriyle şu şekilde açıklamaktadır:

CAD_8: "Tıbbi-adli hata yapan hekimleri koruyan ve '*zorunlu bildirim yasası' / 'adli bildirim zorunluluğu*' olarak adlandırdığımız oldukça güçlü yasalarımız bulunmaktadır. *Ontario Zorunlu Bildirim Yasası* en çok bilineni olsa da hemen hemen her eyalette kendi zorunlu bildirim yasası geçerlik göstermektedir. Bu yasanın kastettiği şey, bir hekim ya da sağlık çalışanı olarak istismar vakalarını yasa gereği bildirmemiz gerektiğidir. Ve yalnızca kötüye kullanımdan şüpheleniyorsanız, onaylamanız gerekmez ve herhangi bir kötüye kullanım olmasa bile bunu bildirdiğiniz için kovuşturulamaz veya cezalandırılamazsınız. İstismardan sadece şüphelenseniz bile, bunu doğrulamak zorunda değilsiniz ve herhangi bir istismar olmasa dahi bunu bildirdiğiniz için size kovuşturma açılmaz veya cezalandırılamazsınız. Yani, bir

doktora çocuk istismarı ihbarında bulunursa, istismar olsun ya da olmasın, dava açmak neredeyse imkânsızdır. Kuzey Amerika'da pek çok kişi dava açabiliyor ama burası doktorların davadan korunduğu alanlardan biridir."[216]

CAD_9: "Hekimler arasında malpraktis iddiası veya davasına ilişkin kaygılar mevcuttur ancak Ontario'da hastanın davasını kazandığı gerçek malpraktis iddialarının doğruluk oranı yasaklar ve prosedürler nedeniyle düşüktür."[217]

Kanada'nın Ontario eyaletinde her ne kadar hekimin tıbbi malpraktis davası açılmasına yönelik kaygısı söz konusu olsa da yasal düzenlemelerin hekimi koruması ve ilgili yasaların uymakla yükümlü kıldığı "yasaklar ve prosedürler" nedeniyle hekime açılan malpraktis davalarında hastanın kazanma oranının düşük olduğu belirtilmektedir. Ancak bu noktada üzerinde durulması gereken hususun, açılan davaların sonucundan çok hekimin dava açılmasından duyduğu endişe ve yöneldiği defansif tıp yaklaşımıdır. Nitekim Britanya Kolumbiyası ve Alberta eyaletlerinde hekimlerin hatası nedeniyle hastaya zarar verdiği yani tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan davaların ve hekimlerin dava açılma kaygısının Türkiye'deki ile koşutluk gösterdiği ifade edebilir. Zira Britanya Kolumbiyası'ndan katılımcının bu konudaki sözleri şu şekildedir:

CAD_5: "Aynı şeyi[218] birçok hekimde görüyoruz, Kanada'da da hekimler tıbbi malpraktis nedeniyle dava edilmekten kaygı duyuyorlar. Bu ülkede hekimseniz, malpraktis nedeniyle dava edilmek başınıza gelebilecek en kötü şeylerden biri olarak görülür. Yani, malpraktis davasının açılması hekimlerin mesleki itibarlarını zedeler. Aslında dava açılması mali açıdan onlara çok fazla zarar vermez çünkü tüm mali giderleri çoğunlukla karşılayabilecek yeterlikte sigortaları bulunur. Yine de dava edilmekten hâlâ çok fazla endişe duyuyor ve bu nedenle 'defansif tıp' olarak adlandırılan uygulamalarda bulunuyorlar."[219]

---

[216] **Metnin özgün hali:** We have very strong laws that protect physicians who do a forensic medical mistake, and called '*mandated reporting laws'*. Although the *Ontario's Mandatory Reporting Laws* is the most known, almost every state has own mandatory reporting laws. What the laws implies is as a physician or another medical person, we are required by law to report abuse cases. Only if you suspect the abuse, you don't have to confirm and you cannot be prosecuted or penalized for reporting it, even if there's no abuse. I mean, it's almost impossible to sue a doctor, if he makes a report on child abuse whether it's abuse or not abuse. In the North America, a lot of people can sue, but this is one of those areas where we're protected from it."

[217] **Metnin özgün hali:** "There is fear of malpractice claims or litigation among physicians, but the actual rates of successful claims that the patient wins the court case in Ontario is low because of forbidden and procedures."

[218] Katılımcının "aynı şey" ibaresi, araştırmacının Türkiye'de tıbbi malpraktis iddiası ya da davasına yönelik hekimin kaygısının yüksek olduğunu ileri sürdürdüğü argümanı ihsas edilmektedir. Araştırmacının ilgili cümlesi şu şekildedir: "*Türkiye'de son yıllarda tıbbi malpraktis iddialarından mustarip olan klinisyenler, bu tür iddialardan olabildiğince uzak kalmak amacıyla agresif tıbbi uygulamalara yani defansif tıbba yönelmektedir*."

[219] **Metnin özgün hali:** "We see the same thing happening with a lot of physicians, they're concerned about being sued because of medical malpractice in Canada, too. If you're a physician in this country, it seems to be sued for malpractice is one of the worst things that can happen to you from their perspective. I mean, it hurts their [physicians'] professional reputation. It doesn't

Türkiye'de olduğu gibi Kanada'da da hekimlerin tıbbi malpraktis davasına maruz kalmaktan ciddi derece kaygı duydukları ve bunun önüne geçebilmek adına da gerekli olmasa da birçok tetkik ve tıbbi uygulamada bulundukları, yani defansif tıbba yöneldikleri yukarıdaki ifadeden anlaşılmaktadır. Yine, Alberta eyaletinden bir diğer katılımcı da yukarıda beyan edilen düşünceye koşutluk gösteren düşüncelerini bir durum analizi olarak aşağıda sunulduğu gibi dile getirmektedir:

CAD_{10}: "Burada da durumun aynı olduğunu düşünüyorum. Neredeyse tüm hekimler, tıbbi uygulama hatası ya da kötü muamele iddiaları ve davalarından endişe ediyorlar. Her yıl hekimlerin yaklaşık %10'una dava açılıyor. Bu oran, hekim standart bir tıbbi müdahalede bulunsa bile, dava açılabileceği anlamına da geliyor. Bu nedenle, (…) özellikle cerrahlar bu sisteme karşı oldukça öfkeliler."[220]

Kanada'nın gerek Ontario gerekse Britanya Kolumbiyası ve Alberta eyaletlerinde ülkemizde olduğu gibi hekimlerin özellikle de cerrahların tıbbi malpraktis iddialarıyla dava edilmekten kaygılı duydukları görülmektedir. Kanada'da açılan malpraktis davalarının büyük bir kısmında hekimin tıbbi malpraktis yapmadığı kararına varılsa da dava edilmenin mesleki itibarın zedelenmesi bağlamında sıkıntı verici olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla gerek Kanada'da gerekse Türkiye'de hekimlerin mesleklerini icra ederken tıbbi malpraktis iddiasına maruz kalma ya da dava edilme kaygısını ve defansif tıbba yönelimi azaltmak klinik adli danışmanlık hizmetiyle olanaklı kılınabilir.

Öte yandan, Türkiye'de adli tıp uzman desteğini gerektiren ve yargıya intikal etmiş **"diğer tıbbi-adli sorunlar"**ın en çok *"adli olgularda bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesi", "önerilen tedavinin reddi"* ve *"resmi raporlar"* ile ilgili olduğu şu şekilde ifade edilmektedir:

TAD_{11}: "Yargıya intikal eden vakalar resmi kurumlardan alınmış raporlara itiraz etme ve yeni rapor talebiyle ilgili oluyor en çok. Bunlar da en çok kadın doğum, genel cerrahi, KBB ve plastik cerrahiyle ilgili oluyor."

TAD_{13}: "Daha çok kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık alanı olmak üzere, tıbbın tüm uzmanlık alanlarında yargıya intikal etmiş olgularla karşılaşmaktayız. Hekim açısından en sık

actually hurt them financially very much because there's usually enough insurance to cover all the financial costs. Nevertheless, they're still terrified of it and so they practice what's referred to as 'defensive medicine."

[220] **Metnin özgün hali:** "I think it's situation with the same here, too. Almost all physicians are anxious about medical malpractice or maltreatment claims and litigation. Roughly 10% of the physicians are sued every year. That means if a physician gives a standard medical attention, he would be sued, too. So, (…) especially surgeons are really angry at the system."

adli olgularda bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesi ve önerilen tedaviyi ret etme konularında görüş almaktadırlar. Hasta açısından ise adli olgularda, tıbbi malpraktis iddialarında görüşümüze başvurmaktadırlar."

Gerek tıbbi malpraktise maruz kaldığı gerekçesiyle hastanın gerekse malpraktise yol açan ya da açtığı iddia edilen hekimin iddiasını gerekçelendirmek, kendisini iyi savunabilmek veya ne yapması gerektiğine ilişkin adli tıp yol göstericiliğine gereksinim duyduğu belirtilebilir. Bahsi geçen hasta ve hekimin tıbbın tüm alanlarından olmasıyla birlikte en çok cerrahi branşlardan, ağırlıklı olarak da kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz baş ve boyun cerrahisi, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahisi ile genel cerrahi branşlarından olduğu görülmektedir. Kanada'da yaşanan "diğer tıbbi-adli sorunlar"ın ise büyük ölçüde psikiyatri hastalarının örselenmeleri, ayırımcılığa uğramaları, damgalanmaları ve aydınlatılmamış onam almama dolayısıyla özerkliklerinin ihlaliyle ilgili olduğu katılımcının şu sözleriyle bildirilmektedir:

CAD_7: "Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatristler çoğunlukla bildirimi zorunlu psikiyatri hastaları ile ilgili eksik başvuru, psikiyatrik rahatsızlık tanısı konulan kişiye zarar veren uygulamalarda bulunma ve bu hastaların gerekçesiz olarak damgalanmasına yol açma gibi tıbbi-adli hatalar yapıyorlar. Ayrıca hasta oldukça hezeyanlı biri olduğunda, muhtemelen ondan aydınlatılmış onam alamazlar. Ancak psikiyatri hastası mümkün olduğunca aydınlatılmalı ve kendisinden aydınlatılmış onam alınmalıdır."[221]

Yine, Kanada'da tıbbi-adli destek gerektiren sorunlar arasında en çok tıbbi malpraktis iddialarının bulunduğu ve bu iddiaların kök nedeninin tıbbi ihmal olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra tıbbi ihmale gerekçeli malpraktis davalarında, hekimin ihmali nedeniyle zarar gördüğü iddiasında bulunan taraf olarak hastanın kanıt(lama) yükümlülüğü katılımcı tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

CAD_5: "Tıbbi ihmal, açılan malpraktis davalarının en önemli nedenlerinden biridir. Ve hekime karşı tıbbi malpraktis iddiası, ihmalin ve nedensellik ilişkisinin [illiyet bağının] ispat edilmesini gerektirir. Bu nedenle, malpraktis davasıyla ilgili bu tür [ihmali ve nedensellik ilişkisini kanıtlar nitelikte] tıbbi-adli incelemeyi yapacak bağımsız bilirkişi ya da danışman bulma yükümlülüğü zarar gören taraf olarak hastaya aittir. Ancak bu şekilde hasta, bilirkişi

[221] **Metnin özgün hali:** "In Canada and the United States, psychiatrists commonly make medico-legal mistakes such as miss applications regarding mandatory reporting psychiatric patients, harmful implications on the person diagnose mentally ill, and arbitrarily stigmatize. And also when the patient is a highly delusional person, they can probably not have informed consent. But they should inform a psychiatric patient and get informed consent from him as much as possible."

veya danışman yardımıyla tıbbi ihmalin varlığına ve bu ihmalin hastanın zarar görmesine yol açtığına dair hâkimi veya jüriyi ikna edebilir."[222]

Kanada ve Türkiye'de yargı sürecinde adli tıp ve adli bilim uzman görüşünü gerektiren sorunlar arasında en çok *"şiddet", "yaralanma ve travmalar"* ile *"velayet davaları"* olduğu görülmektedir. Bahsi geçen sorunlar arasında **"şiddet"** alt teması kapsamında Kanada'da en çok *"fiziksel şiddet"* ve *"aile içi şiddet"*, Türkiye'de ise *"kişilerarası şiddet"* vakaları öne çıkmaktadır. Katılımcıların "şiddet"e ilişkin söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_6: "Adli tıp poliklinik portföyümüze en çok yapılan başvurularda üçüncü sırada kişilerarası şiddet olguları geliyor. Bu olgular, itekleme nedeniyle hafif dereceden bir insanda neredeyse yaşamsal tehlike oluşturacak yani ölüme ramak kala dereceye kadar ağır olabiliyor. Şiddet nedeniyle ölenlere otopsi yapıyoruz, kısaca kişilerarası şiddet olguları da bir hafiften ölüme kadar geniş bir perspektif içeriyor."

CAD_2: "Bize bir hasta geldiğinde o kişi mesela evde vurulmuş biri ya da eşinden şiddet görmüş bir kadın olabilir. Bu kişi bize başvurur ve biz onunla konuşuruz, onu muayene ederiz ve yaralanmalarını kayda alarak belgeleriz. Bu, en fazla gördüğümüz hasta gruplarından biridir. Aynı zamanda şiddet mağduru olan ve polis veya diğer kurumlar tarafından bize gönderilen başka bir hasta grubu daha var. Ayrıca, örneğin, şiddet mağduru olan hastalarla ilgilenen pediatri kliniği ya da travmatologlar veya plastik cerrahlar tarafından bize gönderilen üçüncü bir hasta grubumuz daha var. Yani, bu hastaları şiddet mağduru olarak bize yönlendirebiliyorlar ki bunu oldukça sık yapıyorlar. Bu hastalarla da ilk gruptaki hastalara yaptığımız uygulamaları yapıyor ve bu kurumlara, kliniklere ya da hekimlere uzman görüşü veriyoruz."[223]

Kanada ve Türkiye'de yargıya intikal etmesi zorunlu ya da yargı sürecinde olan vakalar arasında ağırlıklı olarak kişilerarası ve aile içi şiddet vakalarının bulunduğu, bunların da ağırlıklı olarak fiziksel şiddet şeklinde gerçekleştiği anlaşılmaktadır.

---

[222] **Metnin özgün hali:** "Medical negligence is one of the most important reasons for the malpractice litigation sued. And the medical malpractice claim against physician requires to prove negligence and causation. So, the onus is on patient as the injured party to find the independent expert or consultant who will do that kind of medico-legal examination regarding a malpractice litigation. Thus, the patient can convince a judge or a jury through the expert's help that there was a medical negligence and that the negligence caused the injury to the patient."

[223] **Metnin özgün hali:** "When a patient arrives to us, it could be that the person for example, somebody was hit at home or wife was exposed to violence by her husband. She applies to us we talk to her, do the examination, do the documentation of injuries. This is one group of patients we see at most. There's another group of patients who are some victims of violence and delivered to us by a police or other institutions as well. And also we have a third group of patients who are sent to us for example by the pediatric clinic or the traumatologists or plastic surgeons who deal with patients that are victims of violence as well. I mean, they can send these patients as a victim of violence, which they're doing quite frequently. We do the same things with the patient and we give the expert opinion to these institutions, clinics or physicians."

Yine, yapılan başvuruların şiddetin varlığını ve yol açtığı zararı belirleyerek, belgelemek amacıyla yapıldığı da alt anlam olarak çıkarsanabilir. Yapılan başvurularda her ne kadar fiziksel şiddete işaret edilse de fiziksel şiddetin beraberinde belirli derecelerde fiziksel yaralanma kadar psikolojik şiddet ve travmaya yol açmasının da kaçınılmaz olduğu ileri sürülebilir. Nitekim Kanada'da kinik adli danışmanlık bağlamında adli bilim uzmanlarına ve adli psikiyatrlara, ülkemizde de adli tıp uzmanlarına ve adli psikiyatrlara en çok yapılan başvurular arasında **"yaralanma ve travmalar"**ın da bulunduğu görülmektedir. Bu alt tema kapsamında her iki ülkede *"yaralanmaların nedeni, şekli ve şiddetinin belirlenmesi"* öne çıkmaktadır. Bunun yanı sıra Kanadalı katılımcılar tarafından *"kafa travması", "hafif travmatik beyin hasarı", "şiddetli yaralanma"* ve *"psikolojik travma"* kodlarına değinilmektedir. Katılımcıların yaralanma ve uzantısı olarak travmalara ilişkin deneyimlerine dayalı düşünceleri şu şekildedir:

TAD_6: "Yaralanma ve şiddet olgularının hepsi, ölüm dışında, bir yaralanma olgusudur. Yaralanmalara yönelik bizim bir kılavuzumuz var, bu kılavuzu uzmanlık derneğinde tüm uzmanların görüşünü alarak oluşturduk. (…) Bu kılavuzda hangi olguda, ne şekilde karar verileceği ile ilgili listeler var. Tabii ki listelerin dışında olan olgular da olabiliyor o zaman da insanlar uzmanlıklarını konuşturuyorlar. Ama çoğu olgu ülke çapında standart bir uygulama olması için o kılavuz içinde yer alıyor. Dolayısıyla o kılavuzda yer alan olgularda karar vermek daha kolay ve rahat. Bu olgularda kişinin daha önceki hastane bulguları bulunuyor, özetleniyor, kaydediliyor. Bunun yanı sıra yine bir öykü alınıyor, öyküye ek olarak yine bir muayene yapılıyor. Ama tabii bizim muayenelerimizin amacı ve içeriği biraz daha farklı, yani biz o kişinin yaralanmasını teyit edici bir muayene yapıyoruz. (…) Bu muayene sonrası, elimizdeki tetkik sonuçlarıyla birlikte sonuca karar veriyoruz."

CAD_{10}: "Yakın zamanda hayatta olan ve yaralanmış bir kişiyle ilgili bir davada savcı tarafından görüşüme başvuruldu. Bu kişinin şiddetli yaralanmaları bulunmaktadır ve bana da bu şiddetli yaralanmalara hangi silahın neden olabileceğine dair fikrim soruldu. (...) Rolümüz bu yaralanmaları; hangi organların, neden ve nasıl yaralandığını belgelemektir."[224]

CAD_{11}: "Adli psikiyatrist ve psikanalist olduğum için psikolojik travma, kafa travması ve hafif travmatik beyin hasarı konularında uzmanlaştım. (…) Bu nedenle, yaralanan kişinin uğradığı tıbbi zararla ilgili adli tıp raporu yazarken, her bir yaralanma için kendi teşhis ve

[224] **Metnin özgün hali:** "I have been recently consulted by a prosecutor on a case of a living and an injured individual. This individual has sharp injuries, and I was asked my opinion as to what weapon can cause those sharp force injuries. (...) Our role on that is to document those injuries; document what organs got wounded, why and how."

görüşlerimden söz ederim. Ancak raporumu adli rapor yapan unsur ise adli vakada her zaman yaralanmanın etki mekanizmasından [nedenselliğinden] bahsetmem olmamdır. Yani, adli tıp raporu yazarken, travmatik yaralanmaların nedenleri hakkında tıbbi görüşümü belirtmem ve *'bunlar travmatik yaralanmalar mıdır, bu travmatik yaralanmaların nedeni nedir, işlev kayıpları nelerdir, fiziksel ve psikolojik travmalar nelerdir?'* gibi soruları da yanıtlamam gerekiyor."[225]

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden, adli nitelikteki yaralanma vakalarında yaralanmaların şiddeti, şekli ve türünün ötesinde neden ve nasıl gerçekleştiğinin saptanmasının daha çok önem arz ettiği çıkarımı yapılabilir. Zira katılımcılar, yaralanma vakasında nedensellik ilişkisinin ve yaralanma sonucu oluşan zarar, fizyolojik ve psikolojik travma ya da işlev kaybı gibi hususlar üzerinde durmaktadır.

Ülkemizde ve Kanada'da adli tıp uzman görüşüne ya da danışman desteğine en çok başvurulan vaka grubundan bir diğeri de **"velayet davaları"** olup, bu kapsamda *"ayrılan anne babadan hangisine çocuğun velayetinin verileceği"* ile *"çocuğun tanıklık ve karar vermesi kapasitesini belirleme"* kararda belirleyici olması bağlamında önem arz etmektedir. Bu doğrultuda yargı sürecinde olan velayet davası bağlamında Türkiye'den katılımcının sözleri şu şekildedir:

TAD_1: "Yargıya intikal etmiş, yani mahkeme aşamasında bize başvurulan vakalara baktığımızda, başvuruların büyük bir çekişme ve ihtilaf yaşadığı ve ortada bir maddi karşılık ya da çıkar varsa yapıldığını görüyoruz, işin açıkçası. 'Maddi karşılık' derken bunun ille de para olması gerekmez, mesela velayet davasında 'çocuk kimde kalacak?' konusunda görüş alıyorlar ki bu da büyük bir çekişme."

Velayet davalarında salt doğrudan çocuğun kimde kalacağı değil, aynı zamanda dolaylı olarak velayeti olmayan ebeveynin çocuk üzerindeki hakları, çocuğun hukuki ve etik açıdan üstün yararı ve korunması gibi noktalarda da adli tıp danışman desteğinin yol gösterici olduğu görülmektedir. Türkiye'den katılımcının bu yönde sunduğu görüşü ve vaka örneği şöyledir:

---

[225] **Metnin özgün hali:** "Since I'm a forensic psychiatrist and psychoanalyst, I bought my specialty about psychological trauma, head injury and mild-traumatic brain injury. (…) So, when I write a forensic report on the medical damages that the injured person has, I talk about my own diagnose and opinions for every injury. But what makes my report a forensic report is I always talk about the mechanism of action of the injury, which is pertinent to the legal case. I mean, when I write a forensic report on, it's always necessary for me to give my medical opinion about the causation of the traumatic injuries, and answer the questions for example *'are they traumatic injuries, what is the causation of these traumatic injuries, what are the functional losses, what are the physical and psychological trauma?'* too."

TAD_3: "Velayetlerle ilgili vakalarda da direkt ya da indirekt olsa da bizden konsültasyon isteniyor. Mesela, bir vakada boşandığı eşi, çocuğunu davacıya sadece hafta sonları veriyor ve baba, çocuğunda bazı psikolojik problem fark ediyor. Çocuğunu çocuk psikiyatriye muayene ettirmek için hafta sonu bu hastaneye getiriyor. Buradaki hekimler de *'biz etiko-legal konsültasyon almadan bakamayız'* diyorlar. Bunun üzerine bana başvuran babaya velayeti sordum, o da annede olduğunu söyledi. Ben de bu durumda *'velayet annede olduğu için annesinin haberi olmadan çocuğu muayene ettirirseniz siz de biz de suçlu oluruz'* dedim. Bu durumda indirekt olarak çocuğa yönelik bir tıbbi müdahalenin aslında çocuğun üstün yararına olmadığını, velayet davası sonuçlandıktan sonra hukuka ve etiğe uygun şekilde yol alınabileceğini söyledik. Çünkü çocukların, doktora özellikle de psikiyatriste gitmelerinin, yaşları küçük dahi olsa, travmatik bir şey olduğunu belirttik. (…) Burada günde iki üç tane bu konuda konsültasyon yapıyoruz."

Katılımcının yukarıda sunduğu vaka örneğinde adli tıp danışmanlığı ile hem ayrılan çiftlerde çocuğun velayetine sahip olmayan tarafın yasal açıdan bilmeden suç işlemesinin önüne geçilmiş, hem çocuğu muayene edecek ve belki de tıbbi destek verecek olan hekim korunmuş hem de çocuğun ün yüksek yararı gözetilmiştir. Bu bağlamda sadece resmi boyutta başvurulan adli tıp uzman görüşünün değil, aynı zamanda danışmanlığın da işlevselliği ve faydaları alt metin olarak görülebilmektedir. Kanada'da düzleminde de Türkiye'ye benzer şekilde velayet davaları ile ilgili başvurunun yoğun olduğu katılımcı tarafından aşağıda sunuldu gibi dile getirilmektedir:

CAD_4: "Adli-tıbbi danışmanlık aileyle ilgili hukuki süreçlerde, özellikle çocuk velayeti davalarında yoğun talep görmektedir. Örneğin, boşanma davalarında veya adli psikiyatri davalarında, çocuğun yerine babanın/annenin karar vermesi, çocuğun tanıklık etmesi ve karar verme yeterliğinin belirlenmesi gibi vakalarda adli muayene yapıp, rapor yazıyoruz."[226]

Kanada'da adli danışmanlığa başvurulan doğrudan ya da dolaylı olarak velayetle ilgili vakaların ülkemize koşut şekilde yoğun olduğu ancak velayeti verilecek çocuğun özerkliğine yapılan vurgunun Kanada'da nispeten daha yoğun olduğu ileri sürülebilir. Zira sözü geçen vakalarda daha çok çocuğun karar verme kapasitesinin belirlenmesinden kendisiyle ilgili bir kararın anne babası tarafından verilmesine kadar özerkliği ile ilgili konuların irdelendiği görülmektedir.

[226] **Metnin özgün hali:** "Forensic advisory has big demand in civil processes regarding a family, especially child custody cases. For example, we make a forensic examination and write a report in cases of divorce or in cases of forensic psychiatry, also to decide as a father/mother instead of a child, the capacity of testifying and the capacity of making decision of the child."

Kanada'da adli bilim uzmanlarının görüş ya da danışmanlığına en sık başvurulan vaka grubu arasında **"cinsel istismar"** bulunmakta, bu kapsamda vakalar daha çok *"çocuk istismarı"* ve *"yetişkin istismarı"* olarak iki grupta sınıflandırılarak, ele alınmaktadır. Katılımcıların adli-tıbbi inceleme yaparak görüş bildirdikleri, yargıya intikal etmiş "cinsel istismar" vakalarına ilişkin söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_1: "Klinik adli tıbbın, hastalarla ve hukuk sistemiyle doğrudan ve düzenli olarak yüz yüze teması gerektiren birkaç alanı bulunur. Bu alanlar; belirli bir kişiye yönelik fiziksel saldırı, yetişkinlere yönelik cinsel istismar, çocuk istismarı ve çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarını içerir. Bu nedenle, biz de çoğunlukla çocuk ve yetişkin cinsel istismarı vakalarına ilişkin incelemeler yapıyor ve görüşlerimizi yazıyoruz."[227]

CAD_8: "Ülkede [Kanada'da] aile içi şiddet ve çocuk istismarı konusunda uzmanlaşmış birkaç kişiden biriyim. Ağırlıklı olarak çocuğa yönelik cinsel istismar konusunda çalışmama karşın, cinsel istismar/saldırı vakalarında çocuk ve yetişkin ayrımı yapmamamız gerektiğini düşünüyorum. Yalnızca çocukları tedavi ederseniz, sorunun yalnızca yarısını çözmüş olursunuz çünkü aile içi şiddet, özellikle cinsel istismar/saldırı veya fiziksel şiddet, çocuk istismarı döngüsünü besler. Ayrıca, bir çocuk istismara uğruyorsa, evdeki yetişkinlerden birinin de istismara uğramış olabileceğini gösteren istatistiklerin olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla, önümüzdeki 10 ila 20 yıl içinde Kuzey Amerika'da çalışma kapsamının sadece çocuklara yönelik cinsel istismarı içerecek şekilde değil, aynı zamanda aile içi şiddet ve yetişkinlere yönelik cinsel istismara da odaklanacak şekilde değişeceğini düşünüyorum."[228]

Yukarıda sunulan söylemlerden anlaşılacağı üzere "cinsel istismar" vakaları Kanada'da adli bilim uzman görüşüne ya da klinik adli tıp danışman desteğine en çok başvurulan, yargıya intikal etmiş sorunlar arasında yer almaktadır. Ancak bu vakaların genel olarak ele alınmasının ötesinde çocuklara yönelik cinsel istismar sorununa ağırlık verilmesinin eleştirildiği, yetişkinlere yönelik cinsel istismar vakalarına da eşit şekilde önem verilmesi gerektiği ve bu yönde bir beklentinin söz konusu olduğu beyan edilmektedir.

---

[227] **Metnin özgün hali:** "There are several areas of clinical forensic medicine that regularly involve direct face-to-face contact with patients and the legal system. These areas comprise of the cases on physical assaults on a particular person, sexual assault of adults, child abuse and child sexual abuse. So, we also make examination and write our opinion relating mostly child and adult sexual abuse cases."

[228] **Metnin özgün hali:** "I'm one of the few persons that specializes in domestic violence and child abuse in the country. Although I mainly work on child sexual abuse, I think we should not discriminate child and adult in sexual assault cases. If you only treat the children, you only solve half the problem because domestic violence, especially with sexual assault or with physical violence, feeds into the child abuse cycle. And also we know that if a child's being abused, there are statistics that show one of the adults at home could be being abused as well. So, I think that the scope is going to change in the North America for the next 10 to 20 years, to include not just children, but a lot of focus on domestic violence and adult sexual assault."

Türkiye düzlemine gelince, Tablo 4.20'de bulunmaması ülkemizde "cinsel istismar" nedeniyle adli tıp polikliniklerine ya da adli danışmanlık veren özel kişi ve kurumlara başvurulmadığı ya da bu tür vakaların yaşanmadığı anlamına gelmemektedir. Kuşkusuz, çocuğa ve yetişkine yönelik cinsel istismar vakaları Türkiye'de de yaşanmakta ve ilgili taraf adli tıp uzman görüşüne veya danışman desteğine gereksinim duymaktadır. Ancak tabloda yer almamasının nedeni, yapılan başvurular arasında "en çok" sınırlamasına gidilmiş olmasıdır. Dolayısıyla ülkemizde adli tıp polikliniklerine yapılan başvurular veya danışman desteği alan vakalar arasında "en çok" olmasa da "cinsel istismar" vakaları da bulunmaktadır. Nitekim Türkiye'den katılımcının bu konudaki ifadesi şu şekildedir:

TAD_6: "Adli tıp polikliniğimize çocuk istismarı, kadına yönelik şiddet, cinsel şiddet gibi diğer olgular için de başvuruluyor, bazen bu tür bir olgu geliyor yarım günümüzü alıyor. Bu olgularda resmi bilirkişilik çerçevesinde rapor düzenliyoruz. Bizim için en zor olanlar cinsel şiddet olguları, bu cinsel şiddet olguları içinde de en çok zamanımızı alanlar, ergene ve çocuğa yönelik cinsel şiddet olgularıdır çünkü onlarda örselemeden öykü almak ve olayı aydınlatmak oldukça zaman alıcı bir uygulamadır. Yine, adli tıp açısından suç portföyüne baktığımızda sosyal medyanın işin içine girdiği bir sürü cinsel suç olgusuyla da karşılaşıyoruz."

Öte yandan Kanada'dan adli bilim uzmanı katılımcılara yöneltilen yargıya intikal etmiş ya da etmesi zorunlu vakalardan kendilerine en çok yapılanların ne(ler) olduğu sorusuna alınan yanıtlar ışığında saptanan alt temalardan sonuncusu ise **"ölümle sonuçlanan vakalar"** olmuştur. Adli bilim uzman incelemesi gerektiren *"ölüm vakaları"nın "istenmeyen", "şüpheli" ve "doğal olmayan ölüm"* olup, bu türden ölümlerin *"nedenini belirleme"* amacıyla yapıldığı belirtilmektedir. Bağlantılı olarak *"otopsi"*, *"ölüm zamanının belirlenmesi",* ilgili *"tıbbi kayıtların incelemesi", "toksikolojik inceleme"* ve *"olay yeri incelemesi"* gibi araştırmaların yapılıp, belgelenerek raporlandığı ifade edilmektedir. Kanadalı katılımcıların ölümle sonuçlanmış adli vakalara ve bu vakalarda izledikleri yola ilişkin söylem örnekleri aşağıda sunulmuştur:

CAD_{10}: "Temel olarak doğal olmayan ölümler, istenmeyen ölümler, ölüm belgesini imzalayacak hekimin bulunmaması, şüpheli ölümler, gözaltında ölümler ile ilgili vakalar

geliyor bize, biz de doğal olmayan ölüm nedenlerini belirlemek amacıyla bunları inceliyoruz. (…) Tıbbi-adli ölüm incelemesini tıbbi patoloji uzmanı olarak yapıyorum."[229]

CAD_{13}: "Ele aldığımız konuların çoğu yaralanmaların değerlendirilmesinin yanı sıra tıbbi-adli ölüm incelemesi yani ölüm zamanının belirlenmesi, otopsi, toksikolojik inceleme ve tıbbi kayıtların değerlendirilmesinden oluşmaktadır."[230]

Kanada'da ölümle sonuçlanmış adli nitelikteki vakaların adli bilim uzman görüşüne ya da danışmanlığına en çok yapılan başvurular arasında yer almasının nedeni, ülkede adli patoloji uzmanlarının da danışmanlık yapması ile açıklanabilir. Bu durum ayrıca Kanada'da adli tıp uzmanlığının Türkiye'de olduğu gibi genel bir uzmanlık alanında çok adli bilimler kapsamında bulunmasıyla ilişkilendirilebilir. İlaveten, Tablo 4.20'de "ölüm sonuçlanan vakalar" ile ilgili Türkiye'de tıbbi-adli görüş istenmediği ya da Adli Tıp Kurumu ve adli tıp poliklinikleri gibi ilgili kurum ve kuruluşlara başvuru yapılmadığını ifade etmemektedir. Tabloda bulunmamasının başlıca nedenleri, araştırma kapsamında görüşme yapılan adli tıp uzmanlarının ağırlıklı olarak tıbbi-adli danışmanlık sunan adli tıp uzmanlarından oluşması ve ölümle ilgili başvurular yapılsa da bunların "en çok" yapılan başvurular arasında yer almamasıdır.

En çok hizmet verilen vaka türlerinde görülen farklılıklarına karşın, her iki ülkede tıbbi-adli görüşe veya danışman yardımına en çok başvurulan vaka grubu arasında **"kazalar"**ın da yer aldığı görülmektedir. "Kazalar" alt teması ise Kanada'da ağırlık olarak *"trafik kazaları"* ve *"iş kazaları",* Türkiye'de de bunlara ilaveten *"ev kazaları"*ndan oluşmaktadır. Kanadalı katılımcının "klinik adli tıp" bağlamında danışmanlık verdiği sorunlu konulardan biri olarak kazalara ilişkin sözleri şu şekildedir:

CAD_{4}: "(...) çalışmalarımızın büyük çoğunluğu klinik adli tıp kapsamındadır. Örneğin; ben klinik adli tıp bağlamında kişisel yaralanma, iş kazası tazminatı, trafik kazası ve benzeri konularda değerlendirmeler yapıyorum."[231]

---

[229] **Metnin özgün hali:** "Basically comes down to the cases regarding the unnatural causes of death, unintended deaths, where there is no physician to sign the death certificate, suspicious deaths, in custody deaths, and we examine on those. (...) I'm doing the medical legal death investigation as a forensic pathologist."

[230] **Metnin özgün hali:** "Most of the issues that we deal consist of medico-legal death investigation I mean, determining the time of death, autopsy, toxicologic examination and medical record review as well as injury interpretation."

[231] **Metnin özgün hali:** "(...) the great majority of our works is within the scope of clinical forensic medicine. For example, I do assessments about the personal injury, compensation for work accidents, traffic accidents and that kind of things in sense clinical forensic medicine."

Kanadalı katılımcının yukarıda alıntılanan söyleminden ağırlıklı olarak trafik kazaları ile iş kazalarında kişisel yaralanma ve zararın belirlenmesine ilişkin değerlendirme yapıldığı ileri sürülebilir. Yapılan bu değerlendirmeye yönelik çalışmaların ise "klinik adli tıp" ya da uygulaması olan "klinik adli danışmanlık" bağlamında yer aldığı çıkarımı yapılabilir. Türkiye'de de benzer değerlendirmelerin yapıldığı katılımcıların aşağıda sunulan söylemlerinden görülmektedir:

TAD_6: "Bizim adli tıp polikliniğimize yapılan başvurulara baktığımızda poliklinik portföyümüz şöyledir: En fazla yapılan başvurular trafik kazalarıdır ki bu kazaların ağırı var, hafifi var, bir sıyrıkla da atlatılanı var, organ, uzuv ya da fonksiyon kaybıyla sonuçlananı da var. (…) Kazalar kapsamında iş kazaları ve ev kazaları ile de başvuru oluyor polikliniğimize."

TAD_{10}: "Çalıştığım kamu kurumu ve birimden ötürü en çok trafik kazasına bağlı tazminat davalarında maluliyet hesabı yani kazaya bağlı zararın değerlendirmesini yapıyoruz."

Türkiye'de "klinik adli danışmanlık" kapsamında verilen bir hizmet olarak adlandırılmasa da kazalar konusunda Kanada'dakine koşut çalışmaların yapıldığı, trafik kazaları ve iş kazalarına ilaveten ev kazalarına yönelik zarar ve engellilik oranının saptanmasına ilişkin değerlendirme yapıldığı anlaşılmaktadır.

Nihai olarak, Kanada ve Türkiye düzleminde adli bilimler ve adli tıp hizmeti verene katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerde görüşlerine ya da danışmanlıklarına en çok başvurulan sorunlu vakalar arasında benzerlik ve farklılıkların olduğu saptanmıştır. Yargıya intikal etmemiş "tıbbi-adli nitelikteki sorunlar" ve "şiddet" ile ilgili vaka başvurularının her iki ülkede benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna karşın "yaşamın son dönemine ilişkin kararlar", "bildirimi zorunlu olan vakalar", "etiko-legal sorunlar", "klinisyenin şüphesi, ikilem ve belirsizlikleri" ile "kurumla ilgili veya kurum içi şikâyetler"e dair başvuruların Türkiye'de ağırlıklı olduğu, Kanada'da ise en çok yapılan başvurular arasında bahsi geçen vakaların bulunmadığı görülmektedir. İki ülke arasında belirgin olan farklılığa Kanada'da klinik etik danışmanlık hizmeti ile hem etiko-legal sorunlara çözüm üretilip hem hekimin ikilemlerinin giderilmesi hem de kurumla ilgili şikâyetlerin risk değerlendirme birimleri tarafından çözümlenmesi dayanak olarak gösterilebilir. Ayrıca Kanada'da adli tıp uzmanlığının tıbbın diğer uzmanlık alanları gibi özerk bir alan olan olmayışı da söz konusu farklılıklarda etkili unsurlardan biri olarak değerlendirilebilir. Yargı sürecinde ya da yargıya intikal etmesi zorunlu olan vakalardan da "velayet davaları", "şiddet", "yaralanma ve travmalar" ile tedavinin reddi ya da psikiyatri hastalarından aydınlatılmış onam al(a)mama gibi durumlarda hastanın özerkliği

ile ilgili sorunlar en çok yapılan başvurular açısından her iki ülkede benzerlik göstermektedir. Ne var ki, ülkemizde adli tıp uzman görüşüne veya danışmanlığına en çok başvurulan yargıya intikal etmiş vakalardan "tıbbi ve etik uygulama hataları (malpraktis)" ile "kazalar" öne çıkmaktadır. Kanada'da ise yapılan başvurular arasında en çok "cinsel istismar" ve "ölümle sonuçlanmış vakalar"ın olduğu görülmektedir. Bahsi geçen farklılıklardan etiko-legal hatalar, Türkiye'de klinikte yaşanan etiko-legal sorunlara yargıya yansımadan çözüm sunabilecek mekanizmanın yani klinik etik danışmanlık hizmetinin -kurumsal, yerleşik ve sistematik bir nitelikte- bulunmayışı ile gerekçelendirilebilir.

Yine, Kanada'da ölümle sonuçlanmış vakaların başvurular arasında Türkiye'ye nazaran ağırlık göstermesi; Kanada'da adli bilimler arasında adli patolojinin öne çıkması, adli tıp uzmanlığının bulunmayışı ve katılımcılar arasında adli patoloji uzmanlarının çoğunluğu oluşturması ile temellendirilebilir. Bunların yanı sıra her bir ülkenin kendine özgü sağlık sistemi, hukuk öğretisi, sosyolojik yapısı ve ekonomik düzeyi Kanada ve Türkiye arasındaki bahse konu farklılıklarda etkili unsurlar olarak değerlendirilebilir. İlaveten, söz konusu sorunlu vakaların ülke bazında ilgili tabloda (Tablo 4.20) bulunmaması, vakanın o ülkede yaşanmadığı ya da vakayla ilgili tıbbi-adli görüş/desteğe başvurulmadığı anlamına gelmemektedir. Tabloda yer verilmeme sebebi, o vakalara ilişkin başvuruların, "en çok" yapılan başvurular arasında bulunmaması ile açıklanabilir. Adı geçen iki ülke düzlemindeki söz konusu benzerlikler ise adli tıbbın ve adli bilimlerin insan ve insanla ilgili sorunlar üzerine çalışması, "insan değeri"nin evrensel niteliği, "zarar vermeme" gibi evrensel etik değerlerin varlığı, uluslararası yasal düzenlemeler ve bu düzenlemelerdeki insanı, değerini, değerlerini ve haklarını korumaya yönelik benzer amaçlar ile ilişkilendirilebilir.

Kanada ve Türkiye'de gerek yargıya intikal etmeden gerekse yargı sürecinde adli tıp/bilim uzman görüşü veya danışmanlığı gerektiren tıbbi-adli nitelikteki sorunların başvuru oranlarındaki farklılık ve benzerliklerinin ötesinde bu sorunların nasıl değerlendirildiği de önem arz etmektedir. Dolayısıyla özellikle yargıya intikal etmemiş vakaların çözümünde nasıl bir yol izlendiğinin ve hangi yaklaşımın benimsendiğinin tespit edilmesi de gerekli görülmüştür.

4.1.3.5. Tıbbi-Adli Sorunların Yargıya İntikal Etmeden Çözümüne İlişkin Yaklaşımlar

Araştırmaya Kanada ve Türkiye'den katkıda bulunan adli bilim ve adli tıp uzmanlarıyla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerde tıbbi-adli nitelikteki sorunların özellikle yargıya intikal etmeden çözümlenmesinde nasıl bir yol izlediklerinin saptanması da hedeflenmiştir. Zira yargıya yansımış ya da şiddet ve cinsel istismar gibi resmi makamlara bildirimi zorunlu olan vakalar için her iki ülkede de ilgili yasa, yönetmelik ve prosedürlerle belirlenmiş işleyişe uygun hareket edilmesi gerekmektedir. Bahsi geçen vakalarda süreç ve izlenen yol bilinmekte ve uygulanmakta olduğundan, bunlara değinmek araştırmanın özgünlüğü adına uygun bulunmamıştır.

Öte yandan klinik adli danışmanlığın temel amaçları arasında; tıbbi-adli sorunların yargıya yansımadan önce çözüme kavuşturulması, taraflar arasında uzlaşı sağlanması ya da sorunun/şikâyetin dava açılır nitelikte olup olmadığının tespit edilmesi de bulunmaktadır. Böylece sorunun taraflarına/paydaşlarına yardım edilmesinin yanı sıra gerekli olmadıkça dava açılmasının önlenmesi, mahkemelerin uzun süreçte sonuçlanan bu davalarla ilgili yükünün hafifletilmesi ve dava açılan tarafın ya da sağlık kurumunun dava nedeniyle oluşan masrafının azaltılması olanaklı kılınmaktadır. Tüm bu nedenlerden ötürü ve çalışmanın amacı doğrultusunda tıbbi-adli sorunların yargıya intikal etmeden çözümü adına salt bu sorunlara ilişkin yaklaşımlar üzerinde durulmuştur.

Gerçekleştirilen görüşmelerde hedeflendiği üzere katılımcılara *[y]argıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunların çözümünde nasıl bir yol izliyorsunuz; uyguladığınız yöntem ve süreci kısaca açıklayabilir misiniz?* sorusu yöneltilmiştir.[232] Verilen yanıtlar ışığında uygulanan yol ya da izlenen sürece ilişkin bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiştir. Belirlenen **"yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunların çözümünde ve yönetiminde izlenen yol" bağlamı**na ilişkin *"sorun veya şikâyet sürecindeki vakalara yönelik"* ana tema kapsamında ilgili yaklaşımlar ele alınmıştır. Bu ana temaya ise *"güvenli özür dileme", "ön inceleme", vakayı değerlendirme"* ve *"rapor yazma"* alt temaları ile içerik kazandırılmıştır. Belirlenen ana tema, alt tema ve kodlara her iki ülkeden katılımcıların söylem örnekleri ile kanıta dayalı olarak açıklık getirilmiştir. "Yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunların çözümünde izlenen yol" bağlamına ilişkin ayrıntılara Tablo 4.21'de yer verilmiştir:

---

[232] **Sorunun İngilizcesi:** *"Could you explain the process that you follow and method that you use to solve and manage the medico-legal issues before or not submitted to the court?"*

Tablo 4.21: "Yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunların çözümünde izlenen yol" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Sorun veya Şikâyet Sürecindeki Vakalara Yönelik	**"Güvenli özür dileme"**	• Hasta/yakınından özür dilenmesi • Hatanın ya da yanlış anlaşılmanın özrünün dilenmesi • Şeffaflık; tedavinin aksayan ve aksamayan yönlerinin açıklanması • Vakanın komplikasyon-malpraktis ayırımına göre değerlendirilmesi • Komplikasyon veya malpraktis varlığında zararın telafisine çalışılması • Uzlaşmaya varılarak dava açılmasının önlenmeye çalışması • Çoğu iletişim kazası kaynaklı sorunun çözümlenmesi • Tarafsız ve nesnel bir yaklaşımın benimsenmesi	
	Ön inceleme	• Ön analiz için dosyanın/şikâyetin incelenmesi • Dosyada malpraktis saptanmadığında dosyanın şikâyetçi tarafa teslim edilmesi • Şikâyetlerin mediko-legal nitelikte olup olmadığına göre sınıflandırılması • Mediko-legal nitelikte olan şikâyetlerin incelemeye alınması	
	Vakayı değerlendirme	• Sorunun/şikâyetin dinlenilmesi • Varsa daha önceki hastane kayıtlarının incelenmesi • Öykünün alınması • Gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu alınması • Muayene için ilgili kişinin aydınlatılması • İlgili kişinin muayene edilmesi • Yapılan görüşme ve muayene bulgularının kaydedilmesi • Dosyanın tarafın talebi ile uyumlu olup olmadığının değerlendirilmesi • Güncel tıbbın gerekliliklerine göre uygulama yapılıp yapılmadığının incelenmesi	• Uzman görüşü verebilmek için • İlgili kişiyle yüz yüze görüşme yapılması • İlgili kişinin öyküsünün alınması • İlgili kişinin muayene edilmesi • Gerekirse bazı biyolojik örnekler alınması Malpraktis şikâyetlerinde; • Hastayla yüz yüze iletişim kurulması • Mevcut tıbbi durumunun değerlendirilmesi • Tıbbi zarar olup olmadığının belirlenmesi • İşlev kaybı olup olmadığının belirlenmesi • Sorumlu hekimle konuşulması

Tablo 4.21
(devam)

		• Hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi • Tıbbi kanıtların incelenmesi • Vakadaki kanıtların mevcut bilimsel literatürdeki klinik kanıtlarla karşılaştırılması • Vakanın nedensellik ve/veya ihmal açısından değerlendirilmesi
Rapor yazma	• Rapor almak için yapılan taraf başvurularında bilimsel gerekçeleri ve kanıtlarıyla rapor yazılması • Rapor sonunda malpraktis olup olmadığı kararına varılması • Tüm verileri değerlendirip, kapsamlı bir rapor yazılması • Yapılan incelemeleri ve inceleme yapan uzmanın kararını içeren bir rapor düzenlenmesi	• Uygun tıbbi takibi düzenleyerek, eksiksiz bir tıbbi-adli rapor yazılması • Vakayı tüm yönleriyle ele alan kapsamlı tıbbi-adli rapor yazılması • Yapılan tüm incelemeler ve toplanan verilerin raporlanması • Tıbbi literatüre dayalı tıbbi-adli değerlendirmeyi içermesi • Tıbbi malpraktis olup olmadığı kararını içermesi • Hekim hatasından kaynaklanan tıbbi zararın olup olmadığı kararını içermesi

Bugünün sağlık hizmetlerinde, özellikle klinikte, yaşanan veya hasta/yakını tarafından yaşandığı iddia edilen tıbbi-adli **"sorun veya şikâyet sürecindeki vakalar"**ın yönetim ve çözümüne ilişkin yöntemler arasında "güvenli özür dileme" öne çıkmaktadır. Türkiye'den araştırmaya katkı sunan katılımcı tarafından tıbbi-adli danışmanlık sunulan sağlık kurumunda başvurulan **"güvenli özür dileme"** yöntemiyle yaşanan tıbbi-adli nitelikteki sorunun erken dönemde çözülerek, yargıya yansımaması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmeti verilen kurumda gerek hekimin yaşadığı ikilem gerekse hasta/yakınının sorunlu bulup hekime ilettiği, hasta

şikâyet birimine ya da bir üst mercie bildirdiği sıkıntının çözümü bu yolla olanaklı kılınmaktadır. Sorumlu hekim, hastane yönetiminden ilgili bir kişi ve tıbbi-adli danışmanlık sunan adli tıp uzmanının, hasta ve yakınını aydınlatmasına dayalı olan bu yöntemle "hatanın ya da yanlış anlaşılmanın özrünün dilenmesi" söz konusu olmaktadır. Katılımcının, uygulayarak önemini ve işlevini bizzat belirlediği anlaşılan "güvenli özür dileme" yöntemine ilişkin ayrıntılı söylemine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_3: "Tüm dünyada hekimleri 'güvenli özür dileme' kavramı çok rahatsız ediyor çünkü hekimler ya da sağlık personeli haklı olsa da özür dilediği zaman sanki bir hata yapıldığı ve bu hatanın özrünü dilediğini düşünüyor. Ancak bu yöntem anlaşıldığı gibi bir şey değil aslında, bilgilendirmede eksiklik olabilir, yanlış anlama olabilir, sunduğunuz otelcilik hizmetinde aksayan bir yön olabilir, pandemi sürecinde aşırı yorgun sağlık çalışanının belki yüz ifadesine yansıyan yorgunluğu olabilir. Bütün bunlar yaşanabiliyor, bu noktada 'güvenli özür dileme'nin amacı; olayı ya da yaşanan sıkıntıyı bütün şeffaflığıyla inceleyip, hastaya tedavi vermekle yükümlü bir ekip ve yönetici pozisyonundaki bir kişinin birlikte, tarafsız bir gözle hasta ya da hasta yakınlarına aksayan ve aksamayan yönleri objektif olarak açıklamasıdır. Ortaya çıkan durumun/sorunun, komplikasyon ya da malpraktis ayırımı açısından nasıl değerlendirildiğinin anlatılması, ister komplikasyon olsun ister malpraktis olsun nasıl telafi edilebileceği, bunun maddi ve tıbbi yönünün ne olduğu konusunda hasta/yakınını bilgilendirmektir. Aslında, hasta ya da yakınlarıyla masaya otururken de bütün bunları telafi etmeye hazır olmaktır. Telafi etmekten kastım, eğer bir hata varsa yani hastanenin ya da sağlık çalışanının sigortası varsa bu sigortaya nasıl başvurulabileceği ve bu sigortadan nasıl yararlanılacağını açıklamaktır. Ancak eğer ortada bir hata yoksa ve durum sadece bir komplikasyonsa, bu komplikasyonun iyileştirilmesinin mümkün olup olmadığını, komplikasyonun iyileştirilmesi için gereken masraflara hastanenin nasıl bir katkı sağlayacağını anlatmak gibi her şeyin masaya yatırıldığı bir toplantıdır. Bu toplantı bir tür *'resmi arabuluculuk ya da uzlaşmaya gereksinim duyulmadan erken dönemde sorun çözülebilir mi ve dava açılması önlenebilir mi?'* çalışmasıdır. Kişisel deneyimim, bu toplantılar yardımıyla davaların en az %50 oranında önlenebildiği ve bu toplantılarda bir uzlaşmaya varılabildiğidir. Neden? Bu olguların %90'ında aslında bir iletişim kazası olduğu, ortada reel anlamda bir sorun olmadığı, meselenin yanlış anlaşıldığı görülüyor ve masadan el sıkışarak güvenle kalkabiliyorsunuz."

Katılımcının yukarıda alıntılanan ifadesinde "güvenli özür dileme" yöntemine dünya genelinde başvurulduğuna ve özellikle tıbbi malpraktis iddiası ya da davalarında önemli ölçüde azalma sağladığına dikkat çekilmektedir.[233] Zira hasta ve yakınının tedavi ve bakım hizmetlerinin tüm boyutlarının yanı sıra komplikasyon ya da malpraktisle ilgili de tüm açıklığıyla aydınlatılması hasta tarafında bilinmezliği ortadan kaldırmakta, varsa iletişim sorunlarını gidermekte ve paydaşlar arasında uzlaşı sağlamaktadır. Belirtilen tüm nedenlerden ötürü "güvenli özür dileme" yargıya yansımamış tıbbi-adli nitelikte olan ya da tıbbi-adli davalara kaynıklık eden sorunların erken dönemde çözümlenmesi ve yargıya yansımasının önüne geçilmesi bağlamında işlevsel bir yöntem olarak görünmektedir.

"Güvenli özür dileme" yönteminin, her ne kadar Kanadalı klinik etik danışmanlardan biri tarafından dile getirilmiş olsa da, Kanada Tıbbi Koruma Birliği (*Canadian Medical Protective Association*; CMPA) tarafından başvurulması salık verilmektedir. Nitekim CMPA tıbbi-adli sorunlarda hekimlere yardım eden, ihmal nedeniyle zarar gören hastanın zararını tazmin eden hekimin mesleki bütünlüğünü korurken, hastanın güvenliğini artıran bir kuruluş varlık göstermektedir. Hekime, mesleğini icra ederken hastası veya yakınıyla yaşadığı "potansiyel" ve "reel" tıbbi-adli sorunlarda danışmanlık sunarak, tavsiyede bulunarak ya da savunmasını üstlenerek yardımcı olmaktadır. Birliğin bu misyonunu yerine getirirken, özellikle "potansiyel tıbbi-adli sorunlarda" hekimin ve tedavi ekibinin hasta ve yakınına yaşanan sorundan ötürü üzüntülerini bildirip, özür dilemelerini tavsiye ettiği görülmektedir.[234]

Türkiye'den katılımcılar tarafından hasta/yakınına doğrudan, hekime ve sağlık kurumuna dolaylı olarak yardımcı olunan bir diğer uygulamanın **"ön inceleme"** olduğu beyan edilmektedir. Bir çözüm yolu olarak değerlendirilen "ön inceleme"; *"ön analiz için dosyanın/şikâyetin incelenmesi", "dosyada malpraktis saptanmadığında dosyanın şikâyetçi tarafa teslim edilmesi", "şikâyetlerin mediko-legal nitelikte olup olmadığına göre sınıflandırılması"* ve *"mediko-legal nitelikte olan şikâyetlerin incelemeye alınması"* işlemlerinden oluşmaktadır. Katılımcının, "ön inceleme" uygulamasına ve faydalarına ilişkin düşüncelerini somut kılan sözleri şu şekildedir:

---

[233] **Ayrıntılı bilgi için kaynaklar:** Mandel H, Mandel S, Haughn Z. Full Disclosure: How to apologize for medical errors. *Practical Neurology*, 2011;(3):25-30.
Lee MJ. On patient safety: do you say "I'm sorry" to patients? *Clin Orthop Relat Res*., 2016;474(11):2359-2361.
Roberts RG. The art of apology: When and how to seek forgiveness. *Fam Pract Manag*., 2007;14(7):44-49.
Gilhawley C. A safe way to apologize to patients? *Physician's Weekly*, September 29, 2021. Access: August 4, 2022, Retrieved from: https://www.physiciansweekly.com/a-safe-way-to-apologize-to-patients

[234] CMPA. Apology. *Canadian Medical Protective Association*. Access: August 4, 2022, Retrieved from: https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/adverse_events/Disclosure/apology-e.html

TAD_4: "Hasta ve hasta yakınları da bana başvuruda bulunuyorlar çünkü benim temel yaklaşımım şöyledir: Özellikle profesyonel olarak incelediğimiz dosyalarda ilk olarak ön analiz için dosyayı alıyorum ve diyorum ki *'önce ücretsiz olarak dosyayı ön analiz edip, görüşümü oluşturayım. Eğer buna rapor verilebilir diyorsam, sonraki süreci sizinle konuşuruz.'* Ve ön analiz sonrası o dosyada tıbbi uygulama hatası tespit etmediysem, '*sizin için tarafımdan yapılabilecek bir şey yok'* diyorum ve gönderiyorum. Yani, hasta ve yakınından gelen dosyanın tıbbi uygulama hatası açısından tarafımdan değerlendirilebilmesi için bahsettiğim ön elemeyi geçmesi gerekiyor. Çünkü doktorları sömürmeye yönelik olarak bir fırsatçılık söz konusu. İşte, bu olumsuz durumu aşabilmenin bir yolu da bence budur. Ancak dosyada tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verdiğimde iki tane yol var: Birincisi, hastanın/yakınının hukuksal yola başvurmasıdır ki bunun için başvuruyu bir avukat aracılığıyla yapması gerekir. (…) İkincisi ise dünyada ve Türkiye'de yeni yeni görülen bir uygulama olsa da *'negotiation'* denilen 'uzlaşma ya da uzlaştırma' yaklaşımıdır. Yani, 'yaşanan sorunun mahkemeye gitmeden çözülmesi' yaklaşımı söz konusudur. Türkiye'de daha oturmuş durumda değil bu yaklaşım ama hem bu yaklaşım otururs hem de ön analiz uygulaması yaygınlaşırsa, yargı sistemi birçok gereksiz yükten ve uzun süren davalardan kurtulacaktır diye düşünüyorum."

Yukarıda alıntılanan söylemden "ön inceleme"nin, hasta/yakınının tıbbi malpraktis iddiası ile hekimi/sağlık kurumunu üst mercie şikâyet etmeden ya da hukuki yollara başvurmadan önce tıbbi-adli danışman desteğine başvurduğunda danışmanın uyguladığı bir yöntem olduğu anlaşılmaktadır. Bu uygulamayla hem hasta ve yakını hem de hekim, sağlık kurumu ve mahkemelerin gereksiz tıbbi malpraktis iddiaları vakit, iş gücü ve kaynak israfının önüne geçileceği ileri sürülebilir.

Tıbbi malpraktis varlığında ise hasta/yakını ile hekim/sağlık kurumu arasında uzlaşı sağlamak, "yaşanan sorunun mahkemeye gitmeden çözülmesi"ni olanaklı kılan bir diğer yöntem olarak değerlendirilebilir. Öte yandan tıbbi-adli danışmanlık hizmeti sunan bir diğer adli tıp uzmanı katılımcının geliştirilmesine katkıda bulunduğu ve uygulamada başvurduğu yolun "şikâyetleri ayırma" olduğu bildirilmektedir. Katılımcının söz konusu yola ilişkin ayrıntılı ifadesi aşağıda yer almaktadır:

TAD_9: "Bana hasta ve/veya yakınından şikâyet geldiğinde, öncelikle bu şikâyetleri 'mediko-legal olanlar', 'hukuki olanlar' ve 'hasta memnuniyetsizliği ile ilgili olanlar" şeklinde ayırıyorum. Mediko-legal olan şikâyetleri zarar ve zararda hekim kusuru olup olmaması açısından inceliyorum. Ancak bundan önce hasta/yakını bana başvurduğunda her zaman

gizliliğinin korunacağını ve her zaman için hastanın yararının ön planda tutulacağını bilmesini sağlıyorum. Şikâyet edilen olguda hekimin mesleki beceriksizliği nedeniyle o hastada zarar oluşmuşsa bunu mesleki sır içinde kalarak yani sadece hastanın değil, hekimin de gizliliğini koruyarak çözmeye çalışırım. Aksi halde zarar yoksa yani hukuken ne ceza ne de tazminat hukukunda bir yaptırımı yoksa bu durumu raporlamak, sistemi ağırlaştırmak ve toplumdaki güvene dayalı hasta-hekim ilişkisini zedelemek anlamına gelir bu. 'Hukuki olanlar'ı eğer olguda hekim hatası ve zara varsa bu olgunun artık hukuk birimince takip edilmesi gerekir. Eğer sigorta zararı karşılar ve tazminat verirse dava açılmaz ve taraflar arasında sulh yapılır, bunu da hukuk birimi yürütür. Ben de bu tür olgularda hukuk birimine '*size şu olgu için, hukuki anlamda şu raporu veriyorum. Burada kişinin görmüş olduğu zararla hekimin eylemi ya da eylemsizliği arasında illiyet bağı var. Bu illiyet bağına göre haklar yarışmasında siz hastaya hakkı olduğu için sigortadan da destek alarak tazminatını ödeyin'*. Bunu hukukçular yapıyor, bu hukukçuların işi ama ben tıbbi süreçteki kısmı onlara sunuyorum. 'Hasta memnuniyetsizliği' ise mediko-legal olmadığı için çözümü de mediko-legal olmuyor tabii. Bunlar tamamen sağlık yönetimi açısından *'sadık hasta yaratma'* ile ilgidir. Bu noktada hastanın yarına olacak şekilde hizmete erişimini tekrar sağlayarak ve memnuniyetsizliğini ortadan kaldırarak mutlu ve memnun bir şekilde hastaneden ayrılmasını sağlarız."

Tıbbi-adli şikâyetlerin yargıya intikal etmeden çözümünde "ilk adım" ya da "birinci basamak" denilebilecek diğer yolun/yöntemin ise hasta/yakınından gelen "şikâyetleri ayırmak" olduğu anlaşılmaktadır. Zira bu tasnif, bir ön inceleme olup, bir sistem de oluşturmaktadır. Bu sistemin ilk adımı tıbbi-adli nitelikteki sorunu belirlemek, ikinci adımı sorun tıbbi-adli nitelikte olduğunda zarar ve hekim hatası ile nedensellik ilişkisini saptamak, üçüncü adımda ise hekim hatasının zarara yol açtığı belirlenmişe hasta ve hekim arasında uzlaşı sağlayacak olanakları ve gerekçeleri içeren bir rapor hazırlamaktan oluşmaktadır. Ön inceleme kapsamında bir yolun Kanada'dan katılımcılar tarafından dile getirilmemiş olması bu hizmetin ağırlıklı olarak Kanada Tıbbi Koruma Birliği tarafından sunulması ve katılımcıların bu tür bir uygulamaya başvurmaması ile açıklanabilir.

Ne var ki hem Kanada'dan hem de ülkemizden katılımcıların yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunlarda izledikleri yol benzerlik göstermekte ve bu yol "vakayı değerlendirme" ile "rapor yazma"dan oluşmaktadır. **"Vakayı değerlendirme"** kapsamında hasta ya da mağdur kişiyi ifade eden *"ilgili kişiyle yüz yüze görüşme yapılması", "öykünün alınması", "ilgili kişinin muayene edilmesi"* ve *"güncel tıbbın gerekliliklerine göre uygulama yapılıp*

yapılmadığının incelenmesi" her iki ülkede de koşut görünmektedir. Türkiye'den katılımcıların vakayı değerlendirme bağlamında uygulamalarına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

TAD_6: "Bu [yargıya intikal etmemiş] olgularda; ilgili kişiyle görüşme yapılıyor, gerekirse psikiyatrist çağrılarak ya da telefonla aranarak görüş alınıyor, kişinin daha önceki hastane bulguları bulunuyor, özetleniyor, kaydediliyor. Bunun yanı sıra yine bir öykü alınıyor ve muayene ilişkin aydınlatarak arkasından yine bir muayene yapılıyor. Bu muayene sonrası, tetkik sonuçlarıyla birlikte sonuca karar veriliyor. Yapılan görüşme ve muayene bilgileri kayda alınıyor."

TAD_{11}: "Bu başvurular hasta ya da yakınları tarafından yapılıyor. Başvuranın getirdiği dosyayı incelemek için süre talep ediyor ve dosyanın tarafın talebi ile uyumlu bir rapor çıkma olasılığını değerlendiriyorum. Bu süreçte inceleme ücreti almıyorum."

TAD_{13}: "Olgunun tanı, tedavi ve taburcu olduğu tüm süreçlerde güncel tıbbın gerekliliklerine göre hareket edilip edilmediği araştırılmaktadır."

Kanadalı katılımcıların da yargıya yansımamış tıbbi-adli sorunlarda uzman görüşü hazırlanmasında ya da malpraktis şikâyetlerinde hekim kusurundan kaynaklı bir zararın olup olmadığının belirlenmesinde Türk katılımcılarla koşut uygulamalara işaret eden söylem örnekleri şöyledir:

CAD_1: "Bu sorunları [yargıya intikal etmemiş sorunları] çözme süreci, hastanın adli tıp çalışmalarının yapıldığı uygun bir hastaneye getirilmesi ve tıbbi değerlendirmeye tabii tutulmasıyla başlar. Bu süreç; tıbbi öyküyü eksiksiz öğrenmek ve iddiaların arka planını anlamak üzere hastayla konuşmayı, muayene yapmayı, gerekli tıbbi incelemeleri talep etmeyi, gerektiğinde örnek almayı, uygun tıbbi takibi düzenlemeyi ve eksiksiz bir tıbbi-adli rapor yazmayı içerir."[235]

CAD_2: "(...) bir kişi/hasta bize gelebilir ve şahsi kullanımı için bizden sözlü veya yazılı uzman görüşü alabilir. Bu, onun özel kararı olabilir. Bu vakalarda kendisiyle konuşuruz,

[235] **Metnin özgün hali:** "The process for resolving these issues is to begin that the patient is brought to an appropriate hospital with forensic facilities and undergo a medical assessment. This process involves speaking with the patient to obtain a full medical history and history of the allegations, undertaking an examination, ordering the necessary medical investigations, collecting the appropriate specimen if necessary, arranging appropriate follow-up, and writing a full medical-legal report."

muayenesini yaparız, tıbbi incelemeyi belgeleriz ve gerekirse [biyolojik] örnek alıyoruz. Bu, hizmet verdiğimiz bir hasta grubudur."[236]

CAD_{11}: "Bu vakaların [yargıya intikal etmemiş vakaların] çoğu tıbbi zararlar, yani tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgilidir. Dolayısıyla '*tıbbi dedektifler*' olarak [hekim hatasından kaynaklanan] tıbbi zararın olup olmadığını, şayet varsa bu zararın ne olduğunu tespit etmemiz gerekir. Bu nedenle çalışmamız; hasta ile yüz yüze temas ve konuşmak, tıbbi değerlendirme yapmak, hastanın tıbbi kayıtlarını okumak, sorumlu hekimle konuşmak, tıbbi zarar ve/veya işlev kayıplarının olup olmadığını tespit etmek ve kapsamlı bir tıbbi-adli rapor yazmaktan oluşur."[237]

CAD_{12}: "Mahkemeye intikal etmemiş vakalarda işleyiş; tıbbi kanıtların incelenmesi, vakadaki kanıtların mevcut bilimsel literatürdeki klinik kanıtlarla karşılaştırılması ve vakayla ilgili nedensellik ve/veya ihmale ilişkin bir sonuca varılmasından oluşur."[238]

Katılımcıların yukarıda alıntılanan ifadelerinden yargıya intikal etmemiş ancak uzman görüşünü ya da tıbbi malpraktis olup olmadığının değerlendirmesini gereken vakalarda Kanada ve Türkiye'de benzer uygulamaların yapıldığı ileri sürülebilir. Zira her iki ülkede benzer nedenlerle yapılan başvurularda özellikle hastayla yüz yüze iletişim kurulması, öyküsünün alınması, hastanın muayene edilmesi ve hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi noktasında koşut süreç ve işleyiş söz konusudur.

Nitekim iki ülke arasında söz konusu tıbbi-adli vakalarda izlenen yol bağlamında diğer koşutluk da **"rapor yazma"** uygulamasında görülmektedir. Özellikle yapılan tüm incelemeleri ve edinilen tüm verileri içermesi, tıbbi malpraktis olup olmadığı kararına varılması ve verilen bu kararın bilimsel gerekçelerle kanıtlanması Kanada'da da ülkemizde de adli tıp raporunun "zorunlu koşullar"ı olarak anılabilir. Bu zorunlu koşullar Türk katılımcıların ifadelerinde şu şekilde dile getirilmektedir:

---

[236] **Metnin özgün hali:** "(...) a person/patient can come to us and she can have an oral expert opinion or written expert opinion of ours for her private usage. That could be her private decision. In these cases, we talk to her, do the examination, do the documentation of medical investigation and we take some specimens, if necessary. This is one group of patients we service."

[237] **Metnin özgün hali:** "Most of these cases are regarding medical damages, I mean medical malpractice claims. And so, as the 'medical detectives' we have to detect whether medical damage is, if so what is the medical damage. So, our work consists of direct face-to-face contact and speaking with the patient, medical assessment, reading his medical records, talking to the responsible physician, detect whether the medical damage and/or functional losses are, and write a comprise medico-legal report."

[238] **Metnin özgün hali:** "In the cases not submitted to the court, process involves reviewing medical evidences, comparing medical standards and clinical evidence within current scientific literature, and drawing a conclusion regarding causation and/or negligence regarding the case."

TAD_2: "Bize mahkeme, savcılık ya da resmi kanallar dışında taraflar başvurduğunda ki biz buna 'özel başvuru' diyoruz, genel olarak konuyu tartışıyoruz. Tartışmaktan kastım da konunun başvuran tarafça görülüp, bize aksettirilen ve kendileri tarafından talep edilen konular dışında belki bir hukukçunun adli bilimlerle ilgili eksik bilgisi ya da konuya vakıf olamaması nedeniyle bizim gördüğümüz hususları da kendilerine aktarmamızı içeriyor. Bu kapsamda da (…) mutlaka bu süreci nasıl düzenleyip yöneteceklerine dair görüş veriyoruz. (…) Asıl vurgulamak istediğim; bize danışmanlık açısından yapılan başvurular arasında '*biz böyle bir rapor almak istiyoruz ama uygun mudur? Bilimsel gerekçesi, kanıtı var mıdır, bilimsel açıdan desteklenebilir mi?'* sorularıyla gelenler de bulunuyor. Biz de şayet varsa *'evet, uygundur, bilimsel kanıtı var. Talebinizin karşılığı bir rapor düzenleyebiliriz'* diyoruz. Hatta o raporun taslağını kendilerine gösteriyoruz; *'bakın şu kelimeleri kullanacağız, şu cümleleri şu şekilde kullanacağız'* diyoruz ki *'bu, bizim işimize yarar'* diye düşünsünler avukat ya da bize başvuran taraf. (…) Bu nedenle malpraktis vardır ya da yoktur noktasında adli tıp uzmanı olarak talep edilen raporu yazıyoruz. Raporu yazarken de ilgili branşlardan konsültasyon alıyor, standart uygulamanın ve dünya üzerindeki kriterlerin neler olduğunu inceliyor, bu uygulamada ne kadar standartlara uyulup uyulmadığını değerlendiriyor, aydınlatılmış onamı nasıl aldıklarını, komplikasyon yönetimini nasıl yaptıklarını belirliyor ve bir karara ulaşıyoruz."

TAD_{10}: "Yapılan başvurularda kurum adına tüm verileri içerecek şekilde kapsamlı ve ayrıntılı bir rapor düzenliyoruz."

TAD_{11}: "(…) Rapora başvuran tarafın talebi ile uyumlu bir rapor çıkabilecek ise üniversite döner sermayesine ücret yatırmalarının akabinde rapor düzenliyorum. Raporun sadece tarafın talebiyle uyumlu olması değil, bilimsel gerekçelere kanıtlanabilmesi de gerekir."

Katılımcıların ifadeleri tıbbi-adli raporun içeriğinin yanı sıra rapor yazma sürecine de ilişkin bilgi vermektedir. Raporun; ilgili tüm değerlendirmeleri içermesi, ayrıntılı ve kapsamlı olması, tarafın talebiyle uyumlu olması, yapılan değerlendirme ve sonucun bilimsel çalışmalarla temellendirilmesi elzem görülmektedir. Yargıya intikal etmese dahi çoğu tıbbi-adli sorunun incelemesinde son adımı oluşturan raporun Kanada'da benzer unsurları içermesi gerektiği katılımcıların söylem örneklerinden anlaşılmaktadır:

CAD_4: "Tıbbi rapor yazma kılavuzlarımız var dolayısıyla bu kılavuzlarda yer alan, herkesin kabul ettiği standart prosedürleri takip etmeli ve adli tıp raporunu belirtilen rapor modellerine göre aynı şekilde yazmalıyız. Yani, mahkemeye intikal etsin ya da etmesin bir vakayla ilgili tıbbi-adli rapor yazacaksanız şayet, hiçbir boşluk bırakmamanız gerekir. Tüm

detayları yazmanız elzemdir çünkü sistem ve standart prosedürleri içeren bu kılavuzlar, vaka ve tıbbi değerlendirme ile ilgili her şeyi içermeyen kısa bir rapor yazmaya izin vermeyecek şekilde hazırlanmıştır. Bu durum kalitenin artmasını, birçok hatanın yapılmamasını ve birçok işin kolaylaşmasını sağlar."[239]

CAD_{11}: "(…) raporum; tıbbi muayene bulguları, hastanın tıbbi kayıtları, tıbbi literatüre dayalı değerlendirmem, vakanın öyküsü, standart tıbbi yöntemlere uyulup uyulmadığı, tıbbi uygulama hatası olup olmadığı, varsa tıbbi zararın ne olduğu ve nedensellik ilişkisi ile ilgili tüm detayları içerir."[240]

Yargıya yansımamış tıbbi-adli nitelikteki sorunların ya da tıbbi malpraktis davasına kaynaklık eden sıkıntıların çözümünde "güvenli özür dileme", "ön inceleme", "vakayı değerlendirme" ve "rapor yazma" yollarına başvurulmaktadır. Bu yollardan vakayı değerlendirme ve rapor yazmanın doğrudan sorunun/sıkıntının çözümüne yönelik olmaktan çok durum tespiti ve analizi olduğu ileri sürülebilir. Zira başvuran tarafın bilgilendirilmesi bağlamında dolaylı olarak çözüme katkısı olsa da bu uygulamalarda birincil amacın vakanın tüm boyutlarıyla değerlendirilip, raporlanması olduğu ifade edilebilir.

Ancak "güvenli özür dileme" uygulaması; hastanın/yakının aydınlatılıp, yaşanan sorun/sıkıntı için özür dilenmesi ve sorunun erken dönemde çözümlenmesi temel amacından ötürü doğrudan çözüme yöneliktir. "Ön inceleme" uygulamasının sorunun/sıkıntının tıbbi-adli nitelikte olup olmadığına göre tasnifine dayalı olması, tıbbi-adli nitelikte olmayan sorunlarda/iddialarda gereksiz şikâyet ve davaların önüne geçilmesi, olanlarda ise tarafların uzlaşma ve "sulh"a yöneltilmesi bağlamında çözüm yolunda işlevsel olduğu söylenebilir. Bahsi geçen tüm uygulamalar arasında klinik adli danışmanlık açısından çözüm odaklı olması, üstelik yerinde (klinikte/hastanede) ve ivedi çözüm sunması açısından "güvenli özür dileme" en işlevsel ve kullanılabilir yol olarak değerlendirilebilir.

---

[239] **Metnin özgün hali:** "We have guidelines for writing medical reports, so we have to follow the standard procedures that are accepted by everybody in these guidelines, and write the medico-legal report in line with the same report models. I mean, if you write a medico-legal report about a case whether it is submitted to the court or not, you have to fulfill all the spaces. You have to write all details because the system and these guidelines involving the standard procedures are prepared that you cannot make a small report without putting everything about the case and medical assessment. This provides to increase quality, avoids many errors, and facilitates a lot the work."

[240] **Metnin özgün hali:** "(…) My report comprises of every details about medical examination, medical records of the patient, my assessment depending on medical literature, history of the case, whether standard medical methods were applied or not, whether there is medical malpractice or not, if so what is the medical damage, and causation."

4.1.3.6. Adli Bilim ve Adli Tıp Uzmanlarının Klinik Etik Danışmanlarla İş Birliğine İlişkin Düşünceleri

Araştırmaya Kanada ve Türkiye'den katılan adli bilim ve adli tıp uzmanlarının etiko-legal sorunların ve tıbbi malpraktise yol açabilecek etik ikilem ve çatışmaların birlikte çözümlenmesinde klinik etik danışmanlarla iş birliğine ilişkin yaklaşımlarını belirlemek adına bir soru yöneltilmiştir. İş birliğini faydalı bulup bulmadıkları ve gerekçelerinin neler olduğunu içeren soruya verilen yanıtlar, klinik etik ve adli danışmanlığın aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir nitelikte birlikte sunumunu ifade eden bu iş birliğine gereksinimi ortaya koyması bağlamında önem arz etmektedir. Bunun yanı sıra bu iş birliğinin gerekçelerine değinirken önemi, değeri ve işlevi de dolaylı olarak ortaya konulmaktadır. Dolayısıyla alınan yanıtların analizine gidilmiş ve öncelikle kodlar, daha sonra da sırasıyla alt temalar, ana temalar ve bağlam belirlenmiştir. Analize kaynaklık eden bu bulgulara Tablo 4.22'de yer verilmiştir:

Tablo 4.22: "Adli bilim ve adli tıp uzmanlarının klinik etik danışmanlarla iş birliğine ilişkin düşünceleri" bağlamında edinilen bulgular.

Ana Temalar	**Alt Temalar**	**Kodlar**	
		Türkiye	**Kanada**
İş Birliğinin Gerekliliği	**İş Birliğinin Gerekçeleri**	• Etik açıdan da çatışmalı vakalarda yardımcı olması • Etikle ilgili ilişkin teorik bilgiye hâkim olunmaması • Tıbbi branşların yanında hukuk ve etik alanlarıyla da konsültasyon ihtiyacı • Etikçilerin vakaya farklı bakış açısı sunması • Etikçilerin vakanın farklı yönlerini göstermesi • Hekimin olgu yönetimi yaparken etik ilkeleri bilmemesi/önemsememesi • Etik ilkelerle ilgili bilgisizliğin malpraktise yol açabilmesi • Adli tıpta etik ilkeler ve yasal kurallar kapsamında süreç yönetimi yapma gerekliliği • "Yasaya rağmen etik olmalı" anlayışı • Tıbbi uygulamaların; tıp, hukuk ve etik bilgisini gerektirecek kadar sofistike olması • Hekimlerin etikten çok yasalara önem vermeye başlaması • Etikle hukukun çeliştiği noktada etik bildirgelerin yol göstermesi • Etik ilkelere ve hukuk kurallarına	• Klinik adli tıbbın multi-disipliner nitelikte olması • Klinik adli tıbbın, diğer branşlar kadar etikle de çalışma gerekliliği • İleri yaş hasta ve çocuk istismarı vakalarında ihtiyaç duyulması • Tıpla hukuk arasındaki köprünün etikle bağlantıyı da gerektirmesi • Biyoetik merkeziyle ortak çalışılmaya başlanması • Klinik etik uzmanından görüş alınmaya başlanması • "Vaka değerlendirme toplantıları"nda klinik etik uzmanının eksikliği • İnsan hakları ve gizlilik gibi konularda hukukun etiği desteklemesi • Hukukun etikten etkilenen yönlerinin bulunması • Hukuk kurallarının yerine getirilmesinde etiğin önemli rol oynaması • Adli psikiyatride etik ilkelerin ihmal edildiği vakaların olması • Adli psikiyatride etik ilkelerin sistematik olarak kullanılamaması

Tablo 4.22 (devam)		uygun karar verilmesinde etik bilgisine ihtiyaç duyulması • Cinsel istismar iddiası ve aleyhte onam gibi sorunlarda mediko-legal ve etik danışmanlığa ihtiyaç duyulması • Onam kapasitesi veya bilinci yerinde olmayan hastayla ilgili etiko-legal sorunlar yaşanması • Hekimlerin hem mediko-legal hem de etik desteğe ihtiyaç duyması • Adli tıp uzmanının mağdurla görüşmesinde etiğin gerekli olması • Klinisyenin ve adli tıp uzmanının mesleki uygulamalarında klinik etiğin ve klinik adli tıbbın önemli olması • Etik ve etiko-legal sorunların çözümünde gerekli olması • Hasta/yakınının etik sorunlarla mediko-legal sorunları karıştırması • Hekimin etik sorunla mediko-legal sorunu karıştırması • Sır saklama, hasta hakları, özerklik gibi konularda etikle hukuk arasında koridor oluşması • Adli tıp uzmanının etik ilkelere yeteri kadar hâkim olmaması	• Adli psikiyatride etik kurallara daha çok uyulması gerekliliği • "Yasanın buyruğu, sizin etik ilkelerinizden daha önemlidir" düşüncesinden uzaklaşılması gerekliliği • Adli bilimlerin, hukuk ve etik arasında denge kurma gerekliliği
İş Birliğinin Faydaları	**İş Birliğinin Getirileri**	• Nafile tedavinin önlenmesi • Yoğun bakım yükünün hafifletilmesi • Sınırlı tıbbi kaynakların doğru kullanımının sağlaması • Sağlık hizmetinin gücünün ve kalitesinin arttırılması • Etik sorun kaynaklı tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi • Etik sorun kaynaklı tıbbi uygulama hatası iddialarının yargıya yansımadan çözümlenmesi	• Bakımda etiği ve hasta haklarını daha çok düşündürmesi • Klinikte etik ihlalleri ortadan kaldırıp, sorunlara etik çözüm sunması • Klinisyene belirli vakalarda yol göstermesi • Klinikte doğru adımların atılmasını sağlaması
İş Birliğinin Gereksizliği	**Hukukun etikten üstünlüğü**	• Vakanın hukuki ve etik yönünün çelişmemesi • Etikle hukukun aynı şeyi söylemesi • İstisnalar dışında etikle hukuk arasında çok büyük fark olmaması • Etikle hukukun çatıştığı yerde yasaya uyma zorunluluğu • Hekimin "başım hukuken belaya girer mi?" kaygısı nedeniyle danışmanlık alması	• Hukukun buyruklarının etiğin üzerinde olması • Adli bilimlerde esas görevin, hukuka uygunluk olması • Adli bilim uzmanlarının etik sorunları anlıyor ve çözümlüyor olması • Adli bilim uzmanının birincil görevinin tıbbi-adli görüş bildirmesi • Adli bilim uzmanının, bilirkişi olarak çalışması için zaten yemin ve hakikat beyanıyla etiğe uyması • Adli bilim uzmanının bireysel çalışmalarında zaten tıbbi, yasal ve etik kurallara uyması

Kanada ve Türkiye'den katılımcıların tıbbi-adli danışmanlık ya da adli tıp uzmanlığı kapsamında tıbbi-adli sorunlara ilişkin çözüm üretme, başvuran paydaşa yol gösterme ve rapor düzenleme gibi çalışmalarında klinik etik danışmanla iş birliğine nasıl yaklaştıkları verilen yanıtlar ışığında belirlenmiştir. Verilen yanıtlar incelendiğinde katılımcıların çoğunun klinik etik danışmanla birlikte çalışmaya olumlu baktıkları, bu iş birliğini gerekli gördüklerini beyan etmişlerdir. Ne var ki Türkiye'den bir katılımcı (%7.69) ile Kanada'dan beş katılımcı (%38.46) klinik etik danışmanla birlikte çalışmaya olumlu bakmadıkları ve gereksinim duymadıklarını ifade etmiştir. Vaka bazında da olsa bu iş birliğini gerekli görmeyen katılımcılar düşüncelerini genel anlamda "hukukun etikten 'üstün'lüğü" anlayışıyla gerekçelendirmişlerdir. Özellikle Türkiye'den katılımcı önermesine temelde *"etikle hukukun çatıştığı yerde yasaya uyma zorunluluğu"* ile *"vakanın hukuki ve etik yönünün çelişememesi"*ni dayanak göstermiştir. Kanadalı katılımcıların dayanak noktasını ise *"hukukun buyruklarının etiğin üzerinde olması"nın yanı sıra temelde "adli bilim uzmanlarının etik sorunları anlıyor ve çözümlüyor olması"* ile *"çalışmalarında zaten tıbbi, yasal ve etik kurallara uyması"* oluşturmaktadır.

"Yasa varken, etik olmaz" anlayışıyla bahsi geçen iş birliğine olumlu bakmayanların karşısında "yasaya rağmen etik olmalı" anlayışı ile durup, klinik etik uzmanıyla birlikte çalışılması gerektiğini savunan katılımcıların savunuları genel olarak *"iş birliğinin gerekliliği"* ve *"iş birliğinin faydaları"* ana temalarını oluşturmaktadır. **"İş birliğinin gerekliliği"** kapsamında Türkiye'den katılımcılar tarafından sunulan gerekçeler de üç grupta incelenebilir. Bunlar; *"adli tıbbın mahiyeti ve adli tıp uzmanının gereksinimi"*, *"hekimin gereksinimi"* ve *"vakanın niteliği"* bağlamında gruplandırılabilir.

Türkiye'de ***"adli tıbbın mahiyeti ve adli tıp uzmanının gereksinimi"*** açısından; *"adli tıpta etik ilkeler ve yasal kurallar kapsamında süreç yönetimi yapma gerekliliği"*, *"tıbbi branşların yanında hukuk ve etik alanlarıyla da konsültasyon ihtiyacı"*, *"etik ilkelere ve hukuk kurallarına uygun karar verilmesinde etik bilgisine ihtiyaç duyulması"* ile *"adli tıp uzmanının mağdurla görüşmesinde etiğin gerekli olması"* gibi gereksinimler öne çıkmaktadır. Bahsi geçen gereksinimlere karşın, *"adli tıp uzmanının etik ve etik ilkelere ilişkin teorik bilgiye yeteri kadar hâkim olmaması"* klinik etik uzmanları ile birlikte çalışmayı gerekli kılmaktadır. Türkiye'den tıbbi-adli danışman ve adli tıp uzmanı katılımcıların bu konuda beyanları şöyledir:

TAD_1: "(…) kesinlikle etikçilerle iş birliği yapmak gerekiyor çünkü biz [adli tıp uzmanları] teoriyi bilmiyoruz ki."

TAD_2: "Etik uzmanları ile adli tıp uzmanlarının birlikte hareket etmesi konusuna tamamen katılıyorum. Örneğin; ileri yaş bir hastanın kendisi ameliyat olmak istemiyor ama ailesi istiyorsa, hekim hem etik açıdan hem de tıbbi-adli açıdan ikilemde kalmışsa ve bizden görüş istiyorsa, bu durumda bu kişinin mental olarak karar verme yeteneğinin olup olmadığına bakılır öncelikle. Hem yasal mevzuatı hem de etik mevzuatı ve etik ilkeleri dayanak göstererek, *'bu kişi/hasta hakkında şu nedenler, şu karar verilmiştir'* diyoruz. Adli tıp anabilim dalının, herkesin görüşünü alıp etik ilkeler ve yasal kurallar kapsamında bir süreç yönetimi yapması gereken bir branş olduğuna inanıyorum ben. Bu nedenle klinik etik danışman görüşü de önemlidir ve bir takım konsey kararlarında klinik etik uzmanları muhakkak olmalıdır. Ama maalesef bu konuda [klinik etik danışmanlık] konusunda yetişmiş etik uzmanı bulunmadığından dolayı etikle ilgili kararlarda sorun yaşıyoruz."

TAD_4: "Doğru kanıt ve bilgiye ulaşmak için mağdurla görüşmemiz gerekiyor ama bunu yaparken kırıp dökmememiz önemli. İşte, o zaman sizin çalıştığınız konular ve etik kurallar çok değer kazanıyor. Bu yüzden hem etik kurallar hem de klinik adli tıp çok önemli. (…) meslek grubu olarak da etik kuralları uygulamamız önem kazanıyor. Bizler bu etik kuralları gereğince uygulayabilirsek, *viktimoloji* dediğimiz 'mağdur bilimi'ndeki en önemli unsuru yaşama geçirme şansımız olur ki bu unsur da 'mağdurun zarar görmemesini sağlamak'tır."

TAD_8: "(…) etiko-legal sorunlarla mediko-legal ve adli sorunların birbirinden ayrılması ve her uzmanlık alanının yetkin olduğu konuda fikir sunması oldukça önemlidir. Aksi halde klinik etik danışmanlıkta da adli danışmanlıkta da danışman malpraktisi ortaya çıkar."

TAD_{10}: "Kesinlikle faydalı olur çünkü adli tıbbi konularda uzmanlaşmış olsak da etik sınırlarımızı belirleyen ilkelere yeteri ölçüde hâkim olmayabiliriz."

Anlaşıldığı üzere, hukukla tıp arasında bir köprü olan adli tıp mahiyeti gereği etiği de gerektirmektedir. Zira adli tıp kapsamında yapılan çalışmaların yasal açıdan meşru kılınmasının yanında etik olarak haklı çıkarılması da önemli görülmektedir. Nitekim gerek mağdurla yapılan görüşmede ikincil bir travmaya yol açmamak gerekse ilgili paydaşlara doğrudan ya da dolaylı zarar vererek, "danışman malpraktisi"ne neden olmamak için etik bilgisine sahip olmak elzem görülmektedir. Diğer bir ifadeyle adli tıbbın uygulayıcıları olan adli tıp uzmanlarının çalışmalarını gerçekleştirirken, tıp ve hukuk bilgisinin yanı sıra etik bilgisine de sahip olmaları "önce, zarar verme" ilkesine riayet etmeyi, sonra da gösterdikleri yol ve verdikleri kararları yasal ve etik açıdan haklı çıkarabilmeleri adına önem arz etmektedir. Ancak gerektiğinde etikle ilgili istişare edip, danışmanlık alabilecekleri klinik etik danışmanlık "konusunda yetişmiş etik

uzmanı bulunmadığından dolayı etikle ilgili kararlarda sorun" yaşandığı da bir katılımcı tarafından dile getirilmektedir. Öte yandan ülkemizde tıbbi-adli danışman/adli tıp uzmanı ile klinik etik uzmanının/danışmanının iş birliği ***"hekimin gereksinimi"*** açısında da gerekçeleri ile ileri sürülmüştür. Katılımcıların, özellikle tıbbi malpraktisle ilgili çalışmalarından hekimle ilgili bu konuda edindikleri bilgi ve izlenimleri bu iş birliğinin hekim açısından gerekliliğini ortaya koymaktadır. Zira hekimin *"olgu yönetimi yaparken etik ilkeleri bilmediği ya da önemsemediği"* ve *"etikten çok yasalara önem vermeye başladığı"*, bu nedenle *"etik sorunla mediko-legal sorunu karıştırdığı"* ve *"etik ilkelerle ilgili bilgisizliğinin malpraktise yol açabildiği"* ileri sürülmektedir. Kaldı ki *"hekimin hem mediko-legal hem de klinik etik desteğe ihtiyaç duyduğu"*na ilişkin bu gerekçeler katılımcılar tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

TAD_2: "Bilirkişilik hizmeti verirken, hekim arkadaşlarımızın çoğunlukla olgu yönetimi yaparken ne yazık ki etik ilkeler ve etik süreci nasıl yönetip, sonuçta neye karar vermeleri ile ilgi müthiş bir bilgisizlik, duyarsızlık ve uzak durma çabalarının olduğunu görüyorum. Tüm bu nedenlerden malpraktis yaptıklarını görüyoruz. Bu malpraktislerin de büyük orandaki nedeni, az önce belirttiğim gibi, hekim arkadaşlarımızın çoğunun etik ilkelere nasıl yaklaşacaklarını bilmemelerinden kaynaklanıyor. (…) Malpraktisin yanında süreci etik ve yasal açıdan nasıl yönetip, sonuçta neye karar vermelerini de bilmedikleri için çok büyük oranda tazminatlara mahkûm edilecek davalara maruz kalıyorlar. Buradan görüyoruz ki etik ilkelere hiç bakmamış, görmemiş ya da uygulamamışlar. Bu nedenle adli tıpçılar etikle daha ilgilidir ki ben de malpraktisle ilgili çalışmaya başladım başlayalı etiğin ne denli önemli olduğunu anladım. Çünkü doktorların malpraktisin çoğunu etik bilgisizlikleri yüzünden yaptıklarını görüyorum."

TAD_3: Türkiye'de bazı ülkelerde de olduğu gibi defansif tıp çok geliştiği için ve eskiden 'önce zarar verme' ilkesi vardı, şimdi "önce zarar görme ilkesi' hâkim oldu. Dolayısıyla doktorlara etikle ilgili 'şöyle olur, böyle davranılması gerekir' dediğimiz zaman, *'Hocam, etiği bırakalım da bir yasal olarak yargılanır mıyız? Başımız belaya girecek mi?'* sorusunu soruyorlar. (…) Hastalara yaklaşım ve değerlendirme açısından da hastanın durumunun etik rehberlere uygunluğunu belirleme noktasında etik danışmana ihtiyaç oluyor. Etik danışman, o rehberi klinisyenden çok daha iyi biliyor. Yani, hastanın mevcut durumunu ve şartlarını etik ve hukuk kuralları doğrultusunda birlikte değerlendirip doğru karar verme sürecinde etik konsültana da ihtiyaç duyuluyor."

TAD_8: "Hekimlerden bize ama etik sorunlarla tıbbi-adli sorunları hatta malpraktisi karıştırıp, başvuru yapanlar da oluyor. Öncelikle bunun nedenini kendimce açıklamak isterim:

Etik yaklaşım Anglosakson ülkelerde şeffaflığa ve dürüstlüğe, yani net ve kesin olarak yapılan deklarasyona dayanır. Yani, Anglosaksonlarda dürüstlüğe dayalı etik esastır. Bizde ise etik, yazılı kural niteliğindedir ve hasta hakları gibi hukuk kuralları niteliğinde yazılı kurallara dayanır. Dolayısıyla bu kurallara uymamanın da soruşturma ve meslekten men gibi hukuki yaptırımları oluyor. Kısaca, Türkiye'de normatif etik ile hukuk iç içe geçmiş durumda ve bu nedenle de hekimler etik sorunlarla adli ya da mediko-legal sorunları karıştırabiliyorlar."

Katılımcılar; hekimin etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlar yaşamalarının kök nedenlerini temelde etikle ilgili yeterli bilgiye sahip olunmaması, etiğin normatif ve yazılı kurallar niteliği taşımasından ötürü tıbbi-adli sorunlarla etik sorunların karıştırılması ve yaptırımından dolayı etikten çok hukukun önemsenmesi olarak değerlendirmektedir. Bahse konu nedenler, hekimin mesleğini icra ederken tıbbi-adli danışmanlığa olduğu kadar etik danışmanlığa da gereksinim duyduğuna işaret etmektedir. Bu gereksinim de tıbbi-adli sorunlarda özerk olarak klinik adli danışmanlığın, etik sorunlarda özer olarak klinik etik danışmanlığın, etiko-legal sorunlarda ve sorunların kök nedenlerinde etikle hukukun iç içe geçtiği vakalarda ise klinik etik ve adli danışmanlığın birlikte sunulmasının gerekliliğini ve işlevselliğini ortaya koymaktadır.

Adli tıp uzmanı ile klinik etik uzmanının iş birliğini gerekli kılan unsurlardan bir diğeri ***"vakanın niteliği"*** olup, *"onam kapasitesi veya bilinci yerinde olmayan hastayla ilgili etiko-legal sorunlar"* ile *"cinsel istismar iddiası ve aleyhte onam gibi sorunlar"*ın belirleyici nitelikte olduğu görülmektedir. *"Mediko-legal ve etik danışmanlığa ihtiyaç duyulması"*na yol açan bu sorunların yanı sıra *"hasta/yakınının etik sorunlarla mediko-legal sorunları karıştırması"* ve *"sır saklama, hasta hakları, özerklik gibi konularda etikle hukuk arasında koridor oluşması"* da bu iş birliğini gerektirmektedir. Zira bahsi geçen sorunlar ile "etikle hukuk arasında koridor" oluşturan konularda *"etikçilerin vakaya farklı bakış açısı sunarak"* adli tıp uzmanına ve hekime *"vakanın farklı yönlerini gösterdiği"* ifade edilmektedir. "Vakanın niteliği" bağlamında adli tıp uzmanı/danışmanı ile klinik etik uzmanı/danışmanının iş birliği yapmasını savunan katılımcıların savunularına dayanak oluşturan söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_1: "Ayrıca biz onlara [etik uzmanına] bir soru sorduğumuzda onlar bambaşka açıdan yaklaşıyorlar, vakanın farklı yönünü görmek adına çok eğitici oluyor bizim için de. (…) birçok çatışmalı ve ikilemli alan var. Bu tür ikilem ve sıkıntılarda hukukçulara danışıyoruz, etikçilere danışıyoruz, kendi bilgimizi de katıp, ondan sonra başvuran kişiye cevap veriyoruz. Yani, konsültasyonu sadece tıp içinde yapmıyoruz, hukuk ve etik alanlarında da yapıyoruz. Bu

soruları hep etikçilerle beraber tartışırız. Ne yazık ki etik uzmanları ile yaptığımız görüşmeler sistematik değil. Çok yakın birkaç etik uzmanı arkadaşım var, o sayede onlardan öğreniyorum."

TAD_3: "Onam kapasitesi olmayan, bilinci yerinde olmayan ya da alınan kararın çok riskli hatta bıçak sırtı olacağı olgularda sorunun etiko-legal özelliğe dönüştüğünü görüyorum. Bu tür durumlarda aslında mediko-legal ile etiko-legal iç içe geçmiş oluyor."

TAD_6: "Hasta taraftakiler, hasta haklarıyla tıbbi malpraktisi karıştırıyorlar. Ben de bir hasta olarak hastaneye gitsem hak olarak hekim bana güler yüzlü ve şefkatli davransın isterim ki bu bir hasta hakkıdır. Ama güler yüzlü davranılmaması, orada bir tıbbi kötü uygulama olduğu anlamına gelmez. İşte, hasta bunlar gibi etik sorunları da malpraktisle karıştırıp, malpraktis şikâyetinde bulunuyor."

TAD_8: "(…) hem etik-hukuk ilişkisinden dolayı yani bizdeki yakın ilişkisinden dolayı hem de sır saklama, hasta hakları, özerklik, kişisel sağlık verilerinin korunması gibi konularda fazlasıyla görülebileceği gibi etik ile hukuk arasında bulunan koridordan ötürü adli tıp uzmanı ile klinik etik uzmanının iş birliği yapması faydalı olur."

Bugünün tıbbında klinik etik ve adli danışmanlığın iş birliğine olumlu yaklaşım sergileyen Türk katılımcıların iş birliğinin gerekliliğini adli tıp alanı, adli tıp uzmanı, hekim ve vaka ile vakanın öznelerinden biri olan hasta açısından gerekçelendirmişlerdir. Sözü geçen açılardan sıralanan çeşitli gerekçelerden gerek sağlık hizmeti alan hastanın gerekse hizmet sunan hekimin/klinisyenin etik sorun ile tıbbi-adli sorunu karıştırmaları dikkat çekmektedir. Bu durum hastanın ve özellikle hekimin etik ve tıbbi-adli sorunların mahiyetiyle bağlantılı olarak etik ve adli tıpla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları çıkarımına örnek niteliktedir. İlaveten, hem etik hem de yasal tıbbi-adli boyutunun olan cinsel istismar, şiddet, aleyhte onam, nafile tedavi gibi sorunlar ile özerklik, mahremiyet, hasta hakları gibi konuların salt Türkiye'de değil, Kanada'da da bu iş birliğini gerekli kıldığı görülmektedir. Zira Kanadalı katılımcılar bu iş birliğinin gerekçelerini Türk katılımcılara koşut, ancak daha özel ve dar anlamda ele alarak dile getirmişlerdir.

Tıp etiği ve adli tıbbın "klinikteki karşılığı" olan klinik etik ile klinik adli tıbbın gerek etik ve hukuki boyutu olan yani etiko-legal nitelikteki sorunlarda/konularda gerekse vaka özelinde etik veya tıbbi-adli sorunlarda birlikte çalışmasını Kanadalı adli bilim uzmanı katılımcıların çoğu da gerekli ve işlevsel bulduğunu belirtmiştir. Sözü geçen iki alt alanının **"iş birliğinin gerekliliği"**ne ilişkin dayanakları, Türkiye'den katılımcıların gerekçelerinde olduğu gibi araştırmacı tarafından, iki temel gruba ayrılarak incelenmiştir. Bu gruplar *"klinik adli*

tıbbın mahiyeti ve klinik adli danışmanın gereksinimi" ile *"etik-hukuk ilişkisi"* olarak belirlenmiştir.

Kanada'dan katılımcıların bahsi geçen iş birliğinin gerekliliğini dile getirdikleri gerekçelerden ***"klinik adli tıbbın mahiyeti ve gereksinimi"*** ile Türkiye'den katılımcıların "adli tıbbın mahiyeti ve adli tıp uzmanının gereksinimi" adlı grupta belirtilen gerekçeler koşutluk göstermektedir. Zira katılımcılara göre, Kanada da adli bilimlerin alt alanı olarak değerlendirilen klinik adli tıbbın "multi-disipliner nitelikte olması" dolayısıyla "tıbbın diğer branşları kadar etikle de çalışma gerekliliği"ni doğurmuştur. Bu niteliği geniş anlamda *"adli bilimlerin hukuk ve etik arasında denge kurma gerekliliği"* ile açıklanabilmektedir. Daha özel anlamda ise *adli psikiyatride "etik ilkelerin ihmal edildiği vakaların olması"* ve *"etik ilkelerin sistematik olarak kullanılamaması"* nedeniyle *"etik kurallara daha çok uyulması"*nı ve bağlantılı olarak etik bilgisini gerekli kılmaktadır. Kaldı ki, adli psikiyatri konularında danışmanlık sunulurken *"klinik etik uzmanından görüş alınmaya başlanması"* dolayısıyla *"biyoetik merkeziyle ortak çalışılmaya başlanması"* da iş birliğinin gerekliliğine kanıt teşkil etmektedir. Araştırmaya katkıda bulunan Kanadalı adli bilim uzmanı katılımcıların ifade ettiği düşünceleri aşağıda sunulmaktadır:

CAD_2: "Özellikle çocuk istismarı vakalarında birlikte çalıştığımız ve 'vaka değerlendirme' adlı bir ekibimiz var. Bu ekipte psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve klinik adli tıp uzmanı gibi uzmanlar her zaman bulunur. Özellikle çocuk istismarı ve şiddet mağduru yetişkin vakalarında buna benzer çalışmalar yapıyoruz. Ayrıca yaralı/mağdur yaşlıların vakaları üzerinde çalışan bir grupla benzer çalışmaları yapmaya çabalıyoruz. Ancak, maalesef, farklı alanlardan klinik uzmanlarla iş birliğine henüz başladım. Bence vakanın etik boyutunu değerlendirmek üzere bir klinik etik uzmanının da bu grupta olması gerekir. Yani, klinik adli tıp, multi-disipliner [çok disiplinli] mahiyetinden ötürü her zaman tıbbın diğer alanları ve klinik etikle iş birliği yapmalıdır."[241]

CAD_6: "Belirli konularda klinik etik uzmanlarıyla birlikte çalışıyoruz. Burada, Toronto'da, çok güçlü biyoetik bölümleri ve başarılı klinik etik danışmanları bulunduğu için onlara danışabiliyoruz. Ancak, onlarla etkileşimde olsak da iletişimimiz her gün ve kurumsal

[241] **Metnin özgün hali:** "We have a team called 'case conference' in which we work together with especially for the cases of child abuse. There are always experts such as a psychologist, a social worker, a nurse, and a clinical forensic expert in this team. We do similar works with that especially in cases of child abuse and adult victims of violence. And we also try to do something that is similar to have a team that is working on cases of injured elderly people. But, unfortunately, I just started that could be cooperation with the different clinical experts. I think, a clinical ethics expert should be in this group in order to assess the ethical side of the case. I mean, clinical forensic medicine should always to cooperate with other parts of medicine and clinical ethics because of its multidisciplinary character."

düzeyde olmuyor. Özellikle değerlendirdiğim bir sorunun etik yönleri olduğunda ya da uygulama sırasında etik açıdan kaygı oluştuğunda, klinik etik danışmanla birlikte çalışıyorum. Ne yazık ki, onlarla yakın çalışmamıza rağmen, birimimizin bir parçası değiller."[242]

CAD_7: "Adli psikiyatride etik rehberlerin ve ilkelerin uygulanması için çok daha fazla şey yapılmalıdır çünkü deneyimlediğim kadarıyla, revize edilen 'psikopati kontrol listesi' bile en temel etik ilkelerin bazılarını ihlal ediyor. Fakat bu araç, risk değerlendirmeleri yapmakta en çok kullanılan araçtır. Ve açıkçası bu aracı kullanarak temel etik ilkeleri ihlal ediyoruz ve etik ilkelerimiz varmış gibi davranıyoruz. Ama aynı zamanda psikiyatrik açıdan etiketleme [damgalama] ilgili daha derin etik sorunlar da yaşanıyor. Bu nedenle klinik etik uzmanıyla birlikte çalışmalıyım ve çalışıyorum da."[243]

CAD_{13}: "Bu [klinik etik uzmanlarıyla iş birliği], vakaya göre değişir; örneğin Kuzey Amerika'da klinik adli tıpla ilgili vakaları tartışıp, değerlendirebileceğimiz klinik etik danışmanlarımız var."[244]

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden adli bilimler ile klinik etik uzmanı/danışmanı iş birliğini gerekli kılan başlıca unsurun, klinik adli tıbbın birçok disiplinle ortak çalışmasını gerektiren çok disiplinli yapısı olduğu anlaşılmaktadır. Zira incelediği vakalar; tıp hukuku, adli psikiyatri, adli patoloji, pediatri ve geriatri gibi tıbbın birçok alanıyla birlikte çalıştığını göstermektedir. Ayrıca bu iş birliğine çoğunlukla çocuk istismarı, yetişkine yönelik şiddet, yaşlı bireylerin mağduriyeti ve adli psikiyatride gereksinim duyulduğu belirtilmektedir. Bu nedenle Kanada'da kurumsal ve sistematik olmasa da bireysel olarak yer yer klinik etik danışman görüşüne başvurmaya ve birlikte çalışmaya başlandığına dikkat çekilmektedir. Bu adımın, bahse konu iş birliğinin gerekliliğini, bu çalışmayı ve bu çalışmanın temel amacını haklı çıkarır nitelikte olduğu ileri sürülebilir.

Diğer taraftan Kanadalı katılımcıların klinik etikle ortak çalışılmasını ***"etik-hukuk ilişkisi"*** açısından ele aldıkları, bunu da "yasanın buyruğu, sizin etik ilkelerinizden daha

---

[242] **Metnin özgün hali:** "We do work on particular topic areas with clinical ethicists. We can consult with them because there are very strong bioethics departments and successful clinical ethics consultants here, in Toronto. But, we do engage with them, we do not have communication every day and not in organizational aspect. When, especially, an issue one I evaluate may have ethical aspects or a concern ethically raises in practice, I work together with a clinical ethics consultant. Unfortunately, they are not part of our unit although we work closely with them."

[243] **Metnin özgün hali:** "In forensic psychiatry, there should be much more done in implementing ethical guidelines and principles because from what I experienced, even the 'psychopathy checklist' revised violates some of the most fundamental ethical principles. And yet, this tool is the most utilized to make risk assessments. And so, obviously, we violate fundamental ethical principles and we pretend that we have ethical principles using the too. But, also there are all the deeper ethical issues pertaining to the psychiatric label. So, I should and I am working together with a clinical ethicist."

[244] **Metnin özgün hali:** "It [collaboration with clinical ethicists] depends on the case, for example in the North America, we have clinical ethics consultants available to discuss and assess the forensic medicine cases."

önemlidir' düşüncesinden uzaklaşılması gerekliliği" anlayışıyla temellendirdikleri görülmektedir. Bu bağlamda etik-hukuk ilişkisini gerektiren başlıca unsurların *"hukukun etikten etkilenen yönlerinin bulunması", "hukuk kurallarının yerine getirilmesinde etiğin önemli rol oynaması"* ile *"insan hakları ve gizlilik gibi konularda hukukun etiği desteklemesi"* olduğu öne sürülmüştür. Genel anlamda adli bilimler, özel anlamda klinik adli tıp ile klinik etik iş birliğini kısaca *"tıpla hukuk arasındaki köprünün etikle bağlantıyı da gerektirmesi"* ile açıklayan katılımcıların söylem örnekleri şu şekildedir:

CAD_4: "Klinik adli tıbbın hukuka bu kadar yakın olması ve hukuk ile tıp arasında köprü kurması, etikle ve vakaların etik yönleriyle güçlü bir bağ kurmamızı sağlıyor. Ve elbette uzmanlar olarak etik ilkelerin birer somut örneği olmalıyız. Yani, etik olmayan davranışlar her zaman pişmanlık vericidir, ancak özellikle bir klinik adli tıp danışmanı için etik bir duruş ve bakış açısına sahip olmamak gerçekten dramatik olabilir. Çünkü sadece değerlendirdiğimiz kişiye zarar vermekle kalmayız, aynı zamanda başka birçok kişin için de zararlı sonuçlara yol açabiliriz."[245]

CAD_6: "Hiçbir zaman *'yasanın buyruğu, sizin etik ilkelerinizden daha önemlidir,'* dememeli ve böyle bir fikre kapılmamalıyız. Etik de bizim için önemlidir, bu nedenle hukuk ve adli bilimler ile etik arasında denge kurmalıyız. Ayrıca, üzerinde uzlaşılmış, bu yaklaşım çoğu zaman işe yarar. (…) Hukuk ve etiği farklı olarak görsem de her iki disiplini birbiriyle bağlayan bir ilişki bulunmaktadır aralarında. Bu ilişki önemlidir çünkü etik, yasal mevzuatın doğru düzenlenmesinde önemli bir rol oynamış ve hukuk etikçilerden oldukça güçlü bir şekilde etkilenmiştir. Yani, hukuk bir dereceye kadar etiği destekler ve *'evet, mahremiyet ve insan hakları önemlidir'* der. Ancak, kanaatimce, hukuk *'gizliliği korumanız gerekir'* dediğinde, etik ilkelerinizin anlaşılacağı noktaya da gelinecektir zamanla."[246]

Klinik etik ve adli tıp/adli bilimlerin vaka özelinde birlikte çalışmasını gerekli bularak, gerekçelerini "etik-hukuk ilişkisi" temelinden açıklayan katılımcılar, etik ile hukukun farklı

---

[245] **Metnin özgün hali:** "Clinical forensic medicine as is so close to law, and between this bridge between law and medicine, that gives us a strong connection to ethics and the ethical aspects of the cases. And of course, as experts, we must also be an example of ethical principles. I mean, non-ethical behaviors are always regrettable, but especially for a clinical forensic consultant, not to have an ethical posture and perspective, that can really lead to dramatic consequences because we do not only harm the person that we are evaluating, but we would engender harmful consequences for many others."

[246] **Metnin özgün hali:** "We should never that *'what the law says is more important than your ethical principles'*, and we shouldn't get the idea that. Ethics is also important to us, so, we have to balance law and forensic sciences with ethics. And also most of the time that, as a negotiated thought, works well. (…) I see law and ethics as separate disciplines but there's an important connection in both directions. The connection is important because ethics has an important part play in getting the legislation right and law was influenced very strongly by the ethicists. So, the law is supportive of ethics to a degree and says *'yes, privacy is important and human rights are important'*. But, I think, there will also come a point in which the law says *'you have to retain privacy'*, we'll understand your ethics principles in time."

disiplinler olmalarına karşın, özellikle yöneldikleri konular ve içerik açısından birbirini etkilemesi ve ortak konularının bulunması nedeniyle bağlantılı olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra "klinik tıpla hukuk arasında köprü" kuran klinik adli tıbbın iki alan arasında kurduğu bu ilişkinin de etiği gerektirdiği belirtilmiştir. Dolayısıyla klinik adli tıbbı icra eden klinik adli danışman/klinik adli tıp uzmanının da etik ilkeleri bilmesi ve bu ilkeleri karar ve eylemlerinde somut kılması elzem görülmüştür. Zira klinik adli danışmanın etiğe aykırı karar ve eylemlerin hizmet verilen ilgili kişilere de zarar vereceğine dikkat çekilmiştir. İşte, tüm bu nedenlerden ötürü klinik adli danışmanın etik açıdan haklı çıkarılabilir şekilde çalışması ve tutum sergilemesi kadar klinik etik danışman ile klinik adli danışmanın iş birliği de "önce, zarar vermemek" adına önem arz etmektedir.

'Yasanın buyruğu, sizin etik ilkelerinizden daha önemlidir" düşüncesinden uzaklaşarak, yasalar kadar etik ilke ve kuralları da önemseyen ve klinik etikle iş birliğini gerekli bulan adli bilim ve adli tıp uzmanı katılımcılar, bu iş birliğinin faydalarına da değinmişlerdir. **Türkiye**'den katılımcıların beyan ettiği **"iş birliğinin getirileri"** arasında *"nafile tedavinin önlenmesi", "yoğun bakım yükünün hafifletilmesi", "sınırlı tıbbi kaynakların doğru kullanımının sağlaması", "sağlık hizmetinin gücünün ve kalitesinin arttırılması"* böylece *"toplam kalite yönetiminin iyi yapılması"* öne çıkmaktadır. Doğrudan dile getirilen bu getirilerin yanı sıra iş birliğinin gerekçeleri üzerinden *"etik sorun kaynaklı tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi"* ve *"etik sorun kaynaklı tıbbi uygulama hatası iddialarının yargıya yansımadan çözümlenmesi"* gibi faydaları da bulunmaktadır. Ülkemizden araştırmaya katkı sunan adli uzmanı katılımcıların söz konusu iş birliğinin getirilerine/faydalarına ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

TAD_3: "(…) klinik etik ve adli danışmanlar yardımıyla nafile tedaviyi önlemek ya da yoğun bakım yatışını azaltmak olanaklı olup, böylece hizmet verilen sağlık kurumunun milyonlarca lira masraftan kurtulması anlamına gelir. Bu şekilde çalıştığınız kuruma çok ciddi bir katkınız olduğu gibi ülkenize de çok ciddi bir katkınız olur. Mesela, ben adli danışmanlık vererek, ülkeme büyük katkı sağladığımı düşünüp çok motive oluyorum. Bir olgu bile kazandırsam, yani nafile tedaviden vazgeçirsem, binlerce dolar para kazandırdığımı düşünüyorum ülkeme."

TAD_9: "(…) iyi bir hizmet veren sağlık kurumunun oluşmasına yardımcı olursunuz. Bu, yani iyi bir hizmet veren sağlık kurumu, da sağlık hizmetinin gücünü ve kalitesini artırır: *'Sıfır hatayla, en kısa sürede, en yüksek yararda, doğru işin, doğru kişi tarafından doğru yapılmasını'*

sağlar ki buna *'toplam kalite yönetimi'* denir. Kısaca klinik etik ve adli danışmanlığın birlikte sunulduğu hizmetle, danışmanlığın organizasyon şemasında alt birimleri oluşturduğunuz takdirde, toplam kalite yönetiminin başarılı yapılmasına önemli katkı sağlarsınız."

Yukarıda sunulan ifadelerden klinik etik ve adli danışman iş birliğinin salt hasta ve hekime değil, aynı zamanda hizmet sunulan sağlık kurumu ve ülkeye de faydalı olduğu anlaşılmaktadır. Hasta ve dolaylı olarak yakını açısından bu iş birliğinin tıbbi-adli ve etik sorun yaşamaması, nitelikli, şeffaf, etiğe ve hukuka uygun bir şekilde sağlık hizmeti almasını olanaklı kıldığı ileri sürülebilir. Hekimin etik sorunlardan kaynaklanan tıbbi uygulama hatası yapmaması; tıbbi-adli, etiko-legal ve etik sorun yaşadığında bu sorunun üst mercie ya da mahkemeye intikal etmeden çözümlenmesi; etik ve etiko-legal açıdan zorlandığı karar ya da vakalarda "iyi" ve "doğru" olana yönelmesini sağladığı da ifade edilebilir. Sağlık kurumu açısından ise doğrudan maddi giderlerinin azalmasına, dolaylı olarak da çalışanının "nafile" iş yükünün hafiflemesine ve diğer hastalarla daha çok ilgilenmek için vakit kazanmasına katkıda bulunduğu söylenebilir.

Kanadalı adli bilim uzmanı katılımcıların ise klinik etik uzmanı/danışmanı ile iş birliğinin getirilerine doğrudan tedavi ve bakımın niteliği açısından odaklandıkları görülmektedir. Zira katılımcılar bu iş birliğini *"bakımda etiği ve hasta haklarını daha çok düşündürmesi", "klinikte etik ihlalleri ortadan kaldırıp, sorunlara etik çözüm sunması", "klinisyene belirli vakalarda yol göstermesi"* dolayısıyla *"klinikte doğru adımların atılmasını sağlaması"* bağlamında değerlendirmektedir. Katılımcıların klinik etikle iş birliğinin faydalarına ilişkin düşüncelerini temsil eden sözleri şu şekildedir:

CAD_3: "Böyle bir iş birliğinin, bakım bağlamında etiğe ve hasta haklarına dayalı düşünceye daha çok teşvik ederek, faydalı olabileceğine inanıyorum. Yasanın ve mahkemenin aksine etik, bakımla daha çok bağlantılıdır. Yani, ne yazık ki, mahkemenin birincil kaygısı kişinin ihtiyacı olan bakımı sağlamaktan ya da o kişinin haklarının korumaktan çok, karşısındaki kişinin kendisi ve/veya üçüncü kişiler için risk teşkil edip etmediğini belirlemektir."[247]

CAD_7: "Bunun sadece psikiyatri kliniklerinde değil, aynı zamanda Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok klinikte de doğru yönde atılmış mükemmel bir adım olacağını

[247] **Metnin özgün hali:** "I believe such a collaboration can be useful to encourage more reflection that is based on ethics and patient rights in the context of care. Ethics is more linked with care as opposed to law and court. I mean, sadly, the primary concern of the court is to determine much more the person in front of them is a risk to himself and/or third persons than to provide the care that the person needs or to ensure that the rights of that person."

düşünüyorum. Aslında, giderek daha çok yerde belirli vakaların etik yönleriyle ilgili fikir almak amacıyla klinik etik uzmanlarıyla birlikte çalışmaya başladık. Ayrıca birlikte çalışmak, bize ve doktorlara belirli durumlarda ve durumlarda ne yapmaları gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunmalarını içerir. Aslında etik sorunları çözmemiz ve etik ihlal yapmamız noktasında da hekime ve bize yardımcı oluyorlar."[248]

Öte yandan "iş birliğinin gerekçeleri"nde vaka açısından duyulan gereksinim üzerinden dolaylı olarak da *"ileri yaş hasta ve çocuk istismarı vakalarında", "insan hakları ve gizlilik gibi konularda"* ve *"adli psikiyatride etik ilkelerin ihmal edildiği vakalar"*da klinik etik bilgisine duyulan gereksinim karşılanacaktır. Böylece mağdurun ikinci kez örselenmeyerek zarar görmemesi; hastanın/mağdurun insan onuru ve değerinin korunması; eşitlik, yaşam ve sağlık hakkı gibi temel insan haklarının korunması; özerklik ve gizliliğine saygı duyulması mümkün olabilecektir. Yine, adli psikiyatri başta olmak üzere tıbbi-adli ve etik sorunların daha yoğun yaşandığı ve klinisyenin bu sorunlarla daha çok karşılaştığı kliniklerde de gerek bu sorunların çözülmesinde gerekse "etik ilke ve kurallara daha çok uyulması"nda yardımı ve faydası yadsınamaz niteliktedir.

Ne var ki, her iki ülkeden -sayıları az olsa da- bahsi geçen iş birliğini gerekli görmeyen katılımcılar da bulunmaktadır. "**İş birliğinin gereksizliği"**ni savunan bu katılımcıların, düşüncelerini ***"hukukun etikten üstünlüğü"*** temelinden yükselttiği görülmektedir. Zira **Türkiye**'den katılımcının savunusunda; *"etikle hukukun çatıştığı yerde yasaya uyma zorunluluğu"* düşüncesi öne plana çıkmaktadır. Bunun yanı sıra *"istisnalar dışında etikle hukuk arasında çok büyük fark olmaması"* dolayısıyla *"etikle hukukun aynı şeyi söylemesi"* ve bağlantılı olarak *"vakanın hukuki ve etik yönünün çelişememesi"* başlıca dayanakları oluşturmaktadır. Hukuk ve etiğin benzer yanlarına değinilse de gerek yasaya uyma sorumluluğunun ileri sürülmesinde gerekse hukukla etiğin "çelişmez"liği ibaresinde hukukun üstünlüğü düşüncesinin bulunduğu öne sürülebilir. Zira tıbbi malpraktis iddiasıyla üst mercie şikâyet edilmekten ya da dava açılmasından yakınan *"hekimin hukuken 'başım belaya girer mi?' kaygısı nedeniyle danışmanlık alması"* da hukuku önceleyen vurgunun bir işareti olarak değerlendirilebilir. Kısaca, katılımcının etiko-legal ve tıbbi-adli konu ve sorunların ancak

[248] **Metnin özgün hali:** "I think that'll be an excellent step taking in the right direction not only in psychiatric clinics, but also in many clinics in Canada and the United States. Actually, more and more places, we have started to work with clinical ethicists to take opinion regarding ethical aspects of the specific cases. And also to work together involves that they advise us and physicians on what to do in specific situations and cases. They actually help physician and us to solve ethical issues and not to create ethical violations, too."

hukukun buyruklarını önceleyerek, etiğin de bu buyruklara uyarak ele alınıp, çözümlenebileceğini ileri süren beyanı aşağıda sunulmuştur:

TAD_{12}: "Bence burada hatalı bir nokta var, şurası; bir vakanın hukuki ve etik yönü birbiriyle çelişmez; ikisi de aynı şeyi söyler. Hiçbir yerde aslında hukuki kurallarla etik ilkeler birbiriyle çelişmez. Zaten etiğe aykırıysa hukuka da aykırıdır veya tersi. Bence kavram kargaşası var. Mesela hukuki olarak cezası olmayan ama etiğe aykırı olan ya da etiğe uygun olup, hukuka aykırı olan bir örnek aklıma gelmiyor. Zaten etik kurallarla hukuk kurallarının ya da yasanın çatıştığı yerde yasaya uymak zorundasınız. Yoksa hukuksal sorumluluk doğar. Çünkü karşı taraf sizden *'hukuken başım belaya girer mi?'* diye danışmanlık alıyor. Yoksa *'ben etiğe uygun hareket etmek istiyorum'* diye danışmanlık almıyor."

Ancak katılımcının iş birliğinin gerekli olmadığına ilişkin önermesinin etikle hukuku karşı karşıya getiren yani *"yasanın olduğu yerde, etik olmaz"* düşüncesine değil, etik açıdan "iyi" ya da "kötü" olan eylemin aynı zamanda hukuki olarak da "doğru/yasal" ya da "yanlış/yasal olmayan" olduğu anlayışıyla temellendirildiği görülmektedir. Nitekim aşağıda yer alan beyanı bu çıkarımı destekler niteliktedir:

TAD_{12}: "Benim itirazım etikle hukukun bir araya gelmesinde değil. İtirazım; *'hukuki olarak suçtur'* denildiği zaman, siz etik olarak '*doğrudur'* fikrini tarafa verirseniz ve o da o fikir doğrultusunda hareket ederse, mağdur olur ve/veya ceza alır. Dünyanın hiçbir ülkesinde etik kurallarla hukuk kuralları birbiriyle çelişmez, sadece bir iki noktada tartışma çıkabilir."

Klinik etik ve adli danışmanlık iş birliğini gerekli bulmayan Kanadalı katılımcıların dayanaklarının Türk katılımcının yukarıda sunulan dayanaklarıyla koşutluk gösterdiği anlaşılmaktadır. Zira *"hukukun buyurduğu kuralın etik olarak da anlaşılır olması"* ve *"tıpta hukukun etiği desteklemesi"* ibareleri Türk katılımcının söylem örnekleriyle benzer niteliktedir. Bu bağlamda Kanadalı katılımcılardan birinin koşut ifadesine aşağıda yer verilmektedir:

CAD_{11}: "İnsanlar tıbbi uygulamalarda tıp etiği ve adli tıbbın bir şekilde bağlantılı olduğunu düşünüyor. Ama aslında, kişisel görüşüme göre aralarında çok az bağlantı bulunuyor. Yani, hukuk tıbbi uygulamalarla ilgili önemli etik ilkeleri barındırır ve her alanda olmasa da tıpta etiği destekler. Dolayısıyla hukuk, *'doktorların etik olarak hastaları ile bilgileri*

paylaşmak istemediklerini anlıyoruz, ancak yasa olarak bu bilgiyi vermeleri gerektiğini söyleyebiliyoruz ve yasa gereği onlar da paylaşıyor' diyebilir pekâlâ."[249]

Yukarıdaki alıntıdan, mesleğini icra ederken hekimin eylemini hukuk kurallarının belirlediği, etik açıdan kabul edilebilir olmasa da yasanın buyurduğu yönde eylemde bulunulduğu anlaşılmaktadır. Bu anlayışın temelinde hukukun, etikten üstünlüğü ve dahi, Türk katılımcının düşüncesinden farklı olarak, *"yasanın olduğu yerde, etik olmaz"* düşüncesinin bulunduğu ileri sürülebilir. Bu düşünce; tıbbi-adli vakaların çözümlenmesinde etik uzmanından yardım almanın gerekli olmadığı, ancak sadece klinik araştırmalarda etik komite iznine gereksinim duyulduğu ifadesinde dile getirilmiştir. Katılımcının bu düşüncesini ortaya koyan ifadesi şu şekildedir:

CAD_5: "Yıllardır hiçbir vakamda etik danışman desteği almadım, asla bu desteğe ihtiyaç duymadım. Ancak klinik bir çalışma yapacaksanız veya yeni bir ilacı test edecekseniz, etik yönergelere, kurallara veya ilkelere riayet ettiğinizden emin olmalısınız. Bu nedenle aslında deneysel çalışmalar yaparken sadece etik kurul onayı almanız gerekir, etik danışman yardımı değil. Ancak tıbbi uygulama hatasıyla ilgili vakalar açısından etik uzmanına danışmamıza hiç gerek duymuyoruz."[250]

Kanadalı katılımcıların bahsi geçen iş birliğine gereksinim duymadıklarına ilişkin savunularına *"adli bilimlerde esas görevin hukuka uygunluk olması"* dolayısıyla "*adli bilim uzmanının birincil görevinin tıbbi-adli görüş bildirmesi"* olduğu düşüncesi de dayanak oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra *"adli bilim uzmanının bireysel çalışmalarında zaten tıbbi, yasal ve etik kurallara uyması"* ile *"bilirkişi olarak çalışması için zaten gerçeği söyleyeceğine yemin ederek etiğe uygun davranması"*nı sağlayan etik bilgisine ve *"etik sorunları anlıyor ve çözümlüyor olma"* yetisine sahip olduğu anlayışı dile getirilmektedir. Katılımcıların söz konusu düşüncelerini ve anlayışlarını ortaya koyan söylemleri aşağıda sunulmaktadır:

CAD_9: "Mevzuat çoğunlukla etik ilkeleri destekler, ancak bazen etik ile hukuk arasında bir çatışma oluşur. İşte, bu noktada adli bilim uzmanları hukuku ve yasaları bilip, anladıkları

---

[249] **Metnin özgün hali:** "People think of medical ethics and legal medicine in medical practices as somehow being connected. But actually, in my personal view, there's very little connection between them. I mean, law involves some important ethical principles related to medical practice, and law supports ethics in medicine, but not in every area. So, law may well say, *'ethically, we understand that doctors don't want to share information about their patient, but as a law, we can say that you have to give out all that information, and they do that by law.*"

[250] **Metnin özgün hali:** "I've never once in all my years, received an ethics consultant support on any of my cases, it's just never arises. But if you're going to do a clinical study or to test a new drug, you have to make sure that you comply with the ethical guidelines, rules or principles. So, you have to obtain just ethics committee Approval but not to get ethics consultant help, when you're doing basically experimental procedures. But in terms of malpractice cases, we don't need consult an ethics expert ever."

için çatışmanın uzlaşıya dönüşmesinde yardımcı olur. Adli bilim uzmanları, aynı zamanda etik sorunların çoğunu da çözümler. Bu da adli bilim alanında varlık gösteren uzmanın bir başka görevidir."[251]

CAD $_{10}$: "Görevimiz; mesela yaraları belgelemek, yani hangi organların yaralandığını ve [vakanın] hukuki boyutunu değerlendirmektir. Vakalarımızı değerlendirirken ve raporlarımızı yazarken, vakanın tıbbi ve yasal yönlerini dikkate alıp belirtmemiz gerekir, etik yönünü değil. Yani, bu noktada bir etik danışmana gereksinim duymuyoruz."[252]

CAD$_{12}$: "Tüm ihmal iddialarına ilişkin görüşlerimizi bağımsız olarak değerlendirir ve ilgili paydaşa veya mahkemeye bildiririz. Bunu yaparken, yerel sağlık yönetim organı çerçevesinde belirtilen mesleki uygulamaların etik kurallarına uymamız gerekir. Ayrıca, bilirkişi veya tanıklara ilişkin Hukuk ve Ceza Muhakemeleri Usulü kuralları uyarınca gerçeği beyan edeceğimize dair yemin etmemiz gerekiyor. Yani, biz zaten hukuka, etik kurallara ve ilkelere uygun çalışıyoruz. Bu nedenle, etik danışmanla veya medeni hukuk/ceza hukuku alanında bir uzmanla ekip olarak çalışmamızın gerekli olmadığını düşünüyorum."[253]

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda klinik etik ve adli danışman iş birliğinin gerekli olmadığını savunan az sayıda katılımcının varlığına karşın, gerek Kanada'dan adli bilim uzmanı gerekse Türkiye'den adli tıp uzmanı olan katılımcıların gerekliliğini savunmuştur. Aralarında klinik adli danışmanlık (Kanada) ve tıbbi-adli danışmanlık (Türkiye) hizmeti sunanların da bulunduğu katılımcılar klinik etik danışmanla birlikte çalışmaya yukarıda belirtildiği üzere birçok nedenle gereksinim duyduklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca söz konusu birlikteliğin hasta, hekim, yargı sistemi, sağlık kurumu, bağlantılı olarak sağlık sistemi ve nihai olarak ülke açısından faydalı olacağına da dikkat çekmişlerdir. Bu bulgular, araştırma kapsamında geliştirilmesi hedeflenen klinik etik ve adli danışmanlık modelinde bahsi geçen iş birliğinin gerekliliğine de dayanak oluşturmaktadır.

---

[251] **Metnin özgün hali:** "Legislation mostly supports ethical principles but, occasionally, a conflict arises between ethics and law. And that's where the forensic science expert helps to negotiate from the conflict because they know and understand law and laws. But they also solve many of the ethical issues. So, it's another role for the expert in that space."

[252] **Metnin özgün hali:** "Our role is to document the injuries, for example, I mean, we have to assess what organs got wounded and what the legal aspects are. While we're doing our cases and writing our reports, we have to consider and state its medical and legal aspects, but not ethical aspect. I mean, we don't need an ethics consultant in that space."

[253] **Metnin özgün hali:** "We assess and report our opinions independently to the relevant stakeholder or the court regarding all negligence claims. By doing that, we have to conform with the ethical code of professional practices within the framework of the local health care governing body. And also, we must undertake an oath regarding statement of truth to comply with the Civil and Criminal Procedure rules on expert or witnesses. I mean, we have already worked in accordance with law, ethical code and principles. Therefore, I think that we do not need to work as a team with an ethics consultant or an expert in civil/criminal law."

4.1.4. Yeni Klinik Etik ve Adli Danışmanlık Modeline/Sistemine İlişkin Öneriler

Bugünün tıbbı kapsamında Türkiye'den klinisyen, Kanada'dan klinik etik danışman ve her iki ülkeden adli bilim/ tıp uzmanı katılımcıların, klinik etik ve adli danışmanlık hizmetine ilişkin talep ve beklentileri yöneltilen ortak soruyla saptanmıştır. Zira klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir nitelikte sunulabilmesi için uygun modeli geliştirmek araştırmanın nihai amacını oluşturmaktadır. Geliştirilmesi amaçlanan modelin genel çerçevesinin hem Kanada'da hem de Türkiye'de uygulanabilir olup olmayacağı, hizmetin sunum şeklinde küçük değişikliklerle de yerel değerlere ve koşullara uygun kılınıp kılınamayacağı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Klinik etik danışmanlıkla koşut ve aynı kurumda birlikte sunulan bir hizmetin ise yapılan araştırma dâhilinde sunulmadığı, bu tür bir yaklaşım ve uygulamanın bulunmadığı görülmektedir. Dolayısıyla bu modelin her iki ülkede olanaklılığının belirlenmesi ve her iki ülkede uygulanabilecek bir model geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, *[k]linik etik ve adli danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir bir şekilde verildiğini düşünelim. Sizce böyle bir danışmanlık sistemi faydalı olabilir mi ve sürdürülebilir olması adına nasıl verilmelidir; önerilerinizi paylaşabilir misiniz?"*[254] sorusuna yanıt aranmıştır.

Katılımcılardan alınan yanıtlar doğrultusunda **"yeni klinik etik ve adli danışmanlık modelinin/sisteminin yapısı ve işleyişi"** bağlamında edinilen bulgular belirlenmiştir. Bu bağlamda ana tema olarak da danışmanlık modelinin **"yapısı"** ve "**işleyişi"** saptanmıştır. Danışmanlık modelinin "yapısı" ana teması ***"nitelikleri"***, "işleyişi" ise ***"amaç ve hedefleri"***, ***"görevi"*** ve ***"çalışma şekli"*** alt temaları ile şekillendirilmiştir. Yeni klinik etik ve adli danışmanlık modelinin/sisteminin yapısı ve işleyişi ile ilgili bulgulara Tablo 4.23'te yer verilmiştir:

[254] **Sorunun İngilizcesi:** *"The ultimate aim of the research is to establish a 'consultation unit' in which clinical ethics and forensic/medico-legal consultation provided separately and together specific to the case. Could you share your recommendations and thoughts about the potential unit with us?"*

Tablo 4.23: "Yeni klinik etik ve adli danışmanlık modelinin yapısı ve işleyişi" ile ilgili bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar		
		Klinisyenler (TR)	**Klinik Etik Danışmanlar (CA)**	**Adli Bilimler ve Adli Tıp Uzmanları (CA-TR)**
Yapısı	**Nitelikleri**	• Bağımsız ve tarafsız olmalı • Ekip oluşturulmalı • Ekip; etik ve adli danışmanlar, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve farklı branşlardan hekimlerden oluşmalı • Çalışanların görev tanımı çok net yapılmalı • Multidisipliner olmalı • Karar da kararın sorumluluğu da paylaşılmalı • Danışman da kararda sorumlu tutulmalı • Sadece hekimin başvurabildiği bir yapı olmalı • Yoğun bakım, acil servis, kritik cerrahi kararlar ve özel hasta grubunda zorunlu tutulan bir yapı olmalı • Genetik hastalıklar, kafa travması ve çocuk hastalar gibi çok özel hastalarda zorunlu tutulan bir yapı olmalı • Danışmanlık birimine sevk edilecek vakalar net belirlenmeli	• Bağımsız olmalı • Ekip kurulmalı • Klinisyenler ve ilgili sağlık çalışanları sürece dâhil edilmeli • Tarafsız ve şeffaf olmalı • Farklı meslek ve disiplinlerle iş birliği yapan bir yapı olmalı • Hekim, hemşire ve hasta başta olmak üzere herkesin danışmanlık almasına olanak sağlanmalı • Hastane akreditasyonunda zorunlu tutulmalı • Merkezi birim olmalı ve il ölçeğinde bağlantı kuracak bir ağ oluşturulmalı • Merkez danışmanlık birimi olarak talepte bulunan bölge hastanelerine hizmet sunabilmeli • Hizmet önce ilçede, sonra ilde yaygınlaştırılmalı • Danışmanlık ücretli olmalı	• Bağımsız olmalı • Yeni bir yapılandırma altında sunulmalı • Enstitü/merkez kurulup, buna bağlı çalışılmalı • Ekip; danışmanlar ve sağlık hukuku uzmanından oluşmalı • Ekipteki etik ve adli danışmanın rolü net olmalı • Danışmanın sorumlulukları belli olmalı • Multi-disipliner yapıda olmalı • Danışmanlık istenen branştan biri vakaya dâhil edilmeli • Sadece hekime yönelik olmalı • Danışmanın çabasının maddi karşılığı olmalı • Zorunlu Sorumluluk Sigortasından veya sigorta benzeri yatırımla kendini finanse etmeli • Danışmanlık ücreti döner sermaye tarafından belirlenmeli • "Etiko-legal konsültasyon" olarak adlandırılmalı • Eğitim-araştırma, şehir ve devlet hastanelerinde sunulmalı
İşleyişi	**Amaç ve Hedefleri**	• Etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları çözmek. • Malpraktis şikâyet ve davalarını azaltmak/önlemek. • İletişim sorunlarını çözüp, hekimin işini kolaylaştırmak. • Şikâyet ve davaların önüne geçmek. • Eksik olan "sosyal triyaj"ı tamamlamak. • Hizmetin amaç ve hedeflerini yönetime ve hekime kanıtlayabilmek. • Dekanlık ve başhekimlik gibi	• Malpraktis nedenlerinin çözümlenmesine yardımcı olmak. • Malpraktis davalarının azalmasına katkıda bulunmak. • Hekimin etik ve tıbbi-adli sorunlarını çözmelerine yardım ederek, danışmanlığın değerini göstermek. • Hizmeti işlevsel kılmak; uzun vadede hastaya, hekime, hastaneye ve devlete faydasını haklı çıkarmak.	• Hastayı aydınlatıp, çözüm odaklı yaklaşımla şikâyetlerin önüne geçmek. • Klinisyenin işini kolaylaştırmak. • Klinisyenin rahat çalışmasını sağlamak. • Klinisyenleri ve hastane yönetimini danışmanlığın faydaları hakkında ikna edebilmek.

Tablo 4.23 (devam)

	"yönetim desteği"ni almak. • Etik ve tıbbi adli konularda eğitim vermek.	• Hastane yönetimine hizmetin faydalarını iyice anlatmak ve "üst yönetim desteği" almak.	
Görevleri	• Arabuluculuk; hasta/yakınlarıyla hekim arasında arabuluculuk yapmak. • Hakemlik; hekim, kurul ile hasta/yakını arasında hakemlik yapmak. • Hekimin zor kararlarında nasıl bir yol izleyeceğinin standartlarını belirlemek. • Tıbbi malpraktis ve etik sorunlarla ilgili hizmet içi eğitim vermek. • Algoritma geliştirmek. • Hasta/yakını ile görüşüp, iletişim kurmak. • Danışmanlığa hangi durumlarda başvurulacağını klinisyene açıklamak. • Kendi danışmanlık metodunu geliştirmek. • Başvuru koşul ve kurallarını belirlemek.	• "Çatışma arabuluculuğu" yapmak. • Hastadan kötü sonuçlar nedeniyle özür dilemek. • Hekim ve hemşirelere etik ve mediko-legal konularda eğitim vermek. • Klinisyenlerle iyi ilişkiler geliştirmek. • Hastalarla etkili iletişim kurmak. • Etik karar vermeyle ilgili eğitim programı oluşturmak. • Hekimin zor durumları yönetmesine yardımcı olmak.	• Taraflara etik ve mediko-legal sorunların çözümünde yardım etmek. • Hasta/yakınından "güvenli özür dilemek" • Konsültasyon sistemi geliştirmek. • Algoritma geliştirmek. • İç mevzuat hazırlamak. • "Klinik yönetişim"e katkıda bulunmak. • Danışmanlık sunulan taraflarla etkili iletişim kurmak. • Prosedürü okuma, hasta güvenliği, hastanın kişisel verilerinin korunması, kişisel mahremiyetin korunması gibi konularda eğitim vermek. • Ekipteki herkesin uymakla yükümlü olduğu kurallar, protokoller ve prosedürler geliştirmek. • Hizmet içi eğitim vermek.
Çalışma Şekli	• Hasta başında sunulmalı • 24 saat ulaşılabilir olmalı • Mesai saatlerinde ve icapçı veya nöbet usulü olarak çalışılmalı • Gerektiğinde telefonla görüşme yapılabilmeli	• Hasta başı hizmet sunulmalı • 24 saat ve telefonla ulaşılabilir olmalı • Klinisyen gibi çalışılmalı • Danışmanlığın doğasına uygun telefonla da ulaşılabilir olmalı • Klinikte bulunmalı	• Hasta başında olmalı • 7/24 hizmet verilmeli • Acil ulaşılabilir ve cevap verebilir olmalı • Anında müdahale edebilmeli • Hastanın ve vakanın mahremiyetini koruyabilecek mekanizmayla çalışmalı

Günümüz tıbbında yaşanan etik ikilem, etik ihlal, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümüne yardımcı olan klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin sunulduğu bir birimin kurulma olasılığına istinaden katılımcıların görüş ve önerilerine başvurulmuştur. Edinilen veriler ışığında bu birimin dolayısıyla hizmetin ve hizmeti sunanların hangi niteliklere sahip olması gerektiği belirlenmiştir. Hizmetin ve sunulduğu birimin nitelikleri ile hizmeti sunanlar olarak danışmanların nitelikleri yukarıdaki tabloda sunulmuştur. Geliştirilmesi amaçlanan danışmanlık modelin **"yapısı"** kapsamında, bu hizmetin sunulduğu bir birim kurulması ve bu

birimde görev alacak danışmanların mensubu oldukları "bölümden/anabilim dalından ***"bağımsız olması"*** gerektiği tüm katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Bunun sağlanması için de ***"enstitü veya merkez kurulup"***, bu ***"yeni yapılandırma altında"*** varlık göstermesi gerektiği ifade edilmiştir. Grup I, II ve III'ü oluşturan katılımcıların ortak görüşünü yansıtan söylem örnekleri aşağıda sunulmuştur:

K_{10}: "İki danışmanlık türünün birlikte verildiği bir yapı güzel olur. Bahsettiğiniz tartışmalı ya da karar vermede zorlanan olgularda üçüncü bir göz olarak, bir nevi çözüm sunan otorite olarak olaya yaklaşıp, aileyle olayı tartışıp çözüme götüren ama objektif, tarafsız ve bağımsız olan bir yapı çok güzel ve faydalı olur."

ED_8: "Bir klinik etik danışmanı olarak, akademisyen olarak çalıştığınız kurumdan değil ama bölümden kendinizi uzak tutmanın bir yolunu bulmalısınız. Bu tür bir bağımsızlığı kazanmanız iyi olacaktır. [Zira] bu şekilde sağlık kurumunun idari yapısı içinde kabul edilen bir politikanın veya alınan bir kararın uygun olmaması ya da sorunun kaynağının hekimin kararı olması durumunda ortaya çıkan sorunlarla ilgili çok açık ve tarafsız bir şekilde konuşabilirsiniz."[255]

TAD_8: "Bu tür bir hizmeti bağlı olduğunuz anabilim dalı, yani tıp etiği anabilim dalı ya da adli tıp anabilim dalı, altında vermek iş yükü ve yoğunluğundan dolayı hizmetin sürdürülebilir olmasını engeller. Bu nedenle yeni bir yapılandırma oluşturmalı ve bu yapılandırma altında sunmanızı öneririm."

CAD_6: "Adli konsültasyon verdiğimiz özel bir merkezimiz var, yani ilk önce bir enstitü ya da merkez kurmalısınız. Merkezde hepimiz aynı standartlarda çalışıyoruz ve polis bizi görevlendiriyor. En önemli olan unsur ise kendi ayaklarımızın üzerinde durmamız, bir diğer ifadeyle yani akademik birimden bağımsız olmamızdır".[256]

Tüm katılımcıları aynı noktada buluşturan ve öne çıkan bir diğer düşünce ise kurulması ve bağımsız olması salık verilen yapıda ***"ekip kurulması"***dır. Katılımcıların ekip hizmetine dair ifadeleri şu şekildedir:

---

[255] **Metnin özgün hali:** "As a clinical ethics consultant, you should find a way of keeping yourself arm's length from the department where your work as a scholar, but not in the institution. That kind of independence would be good. Thus, you can speak very openly and detachedly about problems that arise if some kind of policy accepted or a decision that was made within the administrative structure of the health care institution wasn't appropriate, or source of the problem is physician's decision."

[256] **Metnin özgün hali:** "We have a specific centre, where we provide forensic consultation, I mean, you should found an institute or a centre, at first. We all operate to the same standards at the centre and the police engage us. It's the most important that we stand on our own feet, I mean, we are independent from the academic unit."

K_4: "(…) bir ekip olmalı (…). Bence, klinik etik danışmanlık birimi de bu şekilde multidisipliner ve birime entegre özellikte olmalıdır."

K_{10}: "Bir kişi değil ama bir ekip olarak kurulabilir; o ekip içinde sizin yanınızda tedavi hakkında bilimsel bilgiye sahip biri olarak bir cerrah, çocuk hastanın haklarını savunabilecek biri olarak bir sosyal hizmet uzmanı, hukuki açıdan danışmanlık verebilecek bir tıp hukuku uzmanı ve danışmanlık yapabilecek bir adli tıp uzmanı olabilir."

ED_5: "Bu iş [danışmanlık] duygusal olarak çok zor olabildiği için duygusal yükünüzün bir kısmını gerçekten paylaşabileceğiniz ve sıkıntınızı bir şekilde dağıtmanıza yardımcı olabilecek bir ekibe ihtiyacınız var. Bir ekibinizin olması, yaşadıklarınızı paylaşabileceğiniz bir yapıya da sahip olduğunuz anlamına gelir. Bu şekilde düşünme ve hissetme konusunda ekip üyelerini desteklediğiniz ya da onlar tarafından desteklendiğinizde, edindiğiniz tüm duygusal yükü onlara yüklemiş olmuyorsunuz. Bu nedenle, sizin bu işi iyi yapan bir klinik etik uzmanı/danışmanı olabileceğinizi düşünüyorum."[257]

TAD_9: "Deneyimlerimden yola çıkarak öncelikle şunları önerebilirim: Danışmanlık, bireysel ve tek başınıza yapabileceğiniz bir iş olamaz. Bu, danışmanlıktan öte angaryaya dönüşür bu nedenle bir ekip kurmanız gerekir. Ekipte de danışmanlığı kimlerle vereceğinizi belirleyip, yazmanız ve belgelemeniz önemlidir."

Yine, özerk bir servis, birim, merkez veya enstitü çatısında oluşturulacak ekibin ""bu ekibin ***"multidisipliner"*** olması, yani "*farklı meslek ve disiplinlerle iş birliği yapması"* tüm katılımcıların ortak düşüncesi olarak dikkat çekmektedir:

K_2: "Bu servis ya da danışmanlık hizmeti de multidisipliner ve disiplinlerarası olmalıdır. Örneğin; bir servis olacaksa o serviste bir de sosyal hizmet uzmanı bulunabilir, özellikle çocuk ve yaşlı hastalar için."

ED_{13}: "İş birliği her zaman faydalıdır, özellikle de farklı meslek ve disiplinleri içeriyorsa. Bu nedenle, bir ekip oluşturmalısınız ve bu ekip, sizin ve klinik adli tıp danışmanının yanı sıra farklı alanlardan uzmanlardan oluşmalıdır. Demek istediğim, ekibinizin multi-disipliner olmasıdır."

---

[257] **Metnin özgün hali:** "You need a team to help to kind of dissipate some of that where you can actually share some of this burden because this work [consultation] emotionally can be very difficult. Having a team also means that you can have somewhere to share what is going. I think, once you support the team members or you are supported by them to do the thinking and the feeling in a way, it's not just putting all of the burden on them. So, I think that you can be one expert clinical ethicist/consultant do this work well."

TAD_1: "Öncelikle multi-disipliner olmalı, yani gerektiğinde o birim içinde de danışılabilecek insanlar olmalı. Herhalde klinik etikçinin de üzerinde düşünmesi gereken birçok şeyin olduğunu tahmin ediyorum. Her vaka kendine münhasır olduğu için klinik etikçiye de çatışmalı bir soru sorduğunuzda bir durup, düşünüyor. O yüzden multi-disipliner olmasında büyük fayda var."

CAD_8: "Ekibinizin; tıp hukuku, psikiyatri ve tıp gibi farklı alanlarda uzman çalışanlardan oluşması gerektiğini, yani multi-disipliner olması gerektiğini söyleyebilirim. Ancak, hâlihazırda hasta gören hekimleri, açık fikirli ve değişime açık insanları ekibe dâhil etmelisiniz."[258]

Katılımcıların çok disiplinli olması gerektiği noktasında hemfikir olduğu ekipte klinik etik ve adli danışmanların yanı sıra hangi alan uzmanlarının bulunmasına ilişkin ise farklı görüşler ileri sürülmüştür. Nitekim Kanadalı adli bilimler uzmanı katılımcının (CAD8), ekipte ayrıca tıp hukuku uzmanı, psikiyatri uzmanı ve aktif görev yapan bir hekimin bulunmasını salık verdiği görülmektedir. Kanada'dan klinik etik danışmanlar, farklı uzmanlık alanlarından hekimlerin ekipte yer alması gerektiğini önermektedir. Oysa Türkiye'den adli tıp uzmanı katılımcı danışmanların yanı sıra sağlık hukuku uzmanının, klinisyenler ise ağırlıklı olarak çocuk ve yaşlı hastalar için sosyal hizmet uzmanının ekipte bulunma gerekliliğine ağırlık vermektedir. Her iki ülkeden ve üç grupta yer alan katılımcıları ortak zeminden ayıran nokta olarak ekibin içeriği ile ilgili örnek ifadeler şöyledir:

K_4: "(…) adli danışmanlık yapabilecek adli tıp uzmanı ve klinik etik danışmanın yanı sıra psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve farklı branşlardan hekimlerden oluşmalıdır. Örneğin, geriatride kendimiz kısıtlı imkânlarla belirttiğimi gibi bir ekip oluşturmaya çalıştık; bu ekipte psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, laborant ve fizyoterapist bulunuyor."

ED_7: "Danışmanlığı tek başınıza yapmamanızı tavsiye ederim. Yani, danışmanlık hizmetini yalnız sunabilirsiniz ancak, bence, bir klinik etik uzmanının özellikle tıp gibi farklı alanlardaki farklı insanlardan alacağı desteğe, birbirine güvenerek fikir alışverişinde bulunmaya ihtiyacı var."[259]

---

[258] **Metnin özgün hali:** "What I would say that your team should be staff from different areas such as medical law, psychiatry and medicine, I mean the team should be multidisciplinary. But you need to include physicians, who are still seeing patients, and recruit people who are open minded and open to change."

[259] **Metnin özgün hali:** "I would advise you to don't do consultation alone. I mean, you can do the consultation alone, but I think, a clinical ethicist needs support from different people in different fields, especially medicine, to exchange ideas to rely on one another."

ED_{12}: "Çeşitli branşlardan hekim ve sağlık çalışanları ekipte yer almazsa, etik danışmanlık hizmetinin başarı şansı oldukça düşük olur."[260]

TAD_7: "(…) bence sağlık hukuku uzmanının bulunması gerekir bu yapıda. Çünkü adli tıp uzmanı/danışmanı, klinik etikçi ve sağlık hukukçusu bence şahane bir ekip olur. Siz psikiyatr olarak hastaya yaklaşmayacaksınız, siz danışman olarak insanların bilgi açığını ve açlığını gidermek zorundasınız. Kimse size *'bu ameliyatı A yöntemle mi, B yöntemle mi yapacağım?'* diye sormayacak. *'Bu ameliyatı yaptığım zaman ve hasta uyandığı zamanki kanuni sorumluluklarım ve etik yükümlülüklerim nelerdir?'* diye soracaklar. Böyle şeyleri soracaklar, çünkü herkes iyi kötü kendi mesleği ya da uzmanlık alanıyla ilgili tıbbi bilgiye sahiptir. Ama belirttiğimiz gibi konular ya da olgular genellikle bilinmeyen ya da doktorun o bilgi sahibi olmadığı hususlar oluyor; etik gibi, adli gibi, sağlık hukuku gibi…"

Öte yandan ***"kurulacak ekipte etik ve adli danışmanın rolünün net olması"*** ile ***"danışmanın sorumluluklarının belli olması"*** adli bilimler ve adli tıp uzmanı katılımcılar; ***"kararda sorumluluğun paylaşılması"*** adına ***"danışmanın da kararda sorumlu tutulması"*** gerektiği de klinisyenler tarafından öne sürülmüştür. Klinik etik ve adli hizmeti sunulacak oluşumda, çok disiplinli bir ekiple hizmet vermesi muhtemel danışmanların sorumluluklarının belli olması hatta karardan sorumlu tutulmalarıyla ilgili ifadeler şunlardır:

TAD_8: "Ekibinizde danışmanın sorumluluklarını ve sorumluluk alanını belirlemek de öncelikli olmalıdır.

TAD_{12}: "Başarılı olabilmek için ekipteki kişilere aşıladığınız sorumluluk bilincinin ardındaki argümanlar çok önemlidir. Bu argümanlardan yola çıkarak o kişilerin ne yapması gerektiğini açıklamak da... Bunun için de 'sorumluluk bilincini' yani 'hesap verme bilincini' oluşturmak gerekiyor. Daha sonra inisiyatif kullanabilmek… İnisiyatif kullanabilmemiz için de hukuk bize 'dürüstlük ilkesi'ni, Türk Medeni Kanunu da 'serbestlik kuralı'nı tanımış hukuk bize. Bunlarda da önemli olan verinin farkını fark edebilmektedir. Yani, o verinin 'hem gerekli, hem de yeterli' olup olmadığını görebilmektir. (…) Yani, hastanın bilmediği bir konuda onun yararına olanı, hastanın iradesiyle 'ortak-katılımcı hizmet'e dönüştürmektir ki zaten danışmanlık da budur!"

[260] **Metnin özgün hali:** "Unless the physicians and members of the health care in various areas are in the team, there's little chance of success for an ethics consultation service."

CAD_6: "Aslında burada bahsettiğim 'klinik yönetişim'dir. Yani, sorumlulukların belirlenmesi için öncelikle klinik yönetişim çerçevesinin oluşturulması gerekir. Dolayısıyla, sadece işi nasıl yaptığınız bağlamında klinik yönetişim çerçevenizin değil, aynı zamanda kimin sorumlu olduğuna ilişkin klinik yönetişimini de belirlemeniz ve açıklamanız gerekir. Ayrıca, hemşirenin rolünün, hekimin rolünün, klinik etik ve adli tıp danışmanının rollerinin ne olduğunu da belirlemeniz ve açıklamanız gerekir."[261]

Klinisyenler ise danışmanların "sorumluluğunun belirlenmesi"nin ötesinde, "sorumluluk paylaşımı"na gidilmesinin üzerinde durmuş, zira kararda danışmanın da sorumlu tutulmasının danışmanlığın değer ve önemini artıracağını vurgulamışlardır:

K_2: "Konsültan hekimden konsültasyon istediğimizde sorumlu oluyor çünkü konsültan hekim de tedaviye ilişkin bir karar veriyor ve karar varsa sorumluluk da oluşuyor. Bu, hem sorumluluğun paylaşımıdır hem de eğer etik ve adli konsültan yönlendirme veya öğüdüyle kararda belirleyici olacaksa, onlar da sorumlu tutulmalıdır. Çünkü konsültasyonların hepsi, öneridir. Etik ve adli konsültasyon da bir öneri olduğuna göre danışmanlar da sorumlu tutulmalıdır. Etik, etiko-legal ve/veya mediko-legal bir sorun çıkmış, bu sorunun çözümüne gidilmiş ve hekime öneride bulunulmuş, hekim zaten o konuda yetkin değil, yani kararda bir şekilde yönlendirici olmuş sayılır ki bu da sorumluluk doğurur. (…) Sorumluluk ayrıca etik ve adli danışmanlığı hem daha anlamlı ve resmi hem de daha işlevsel yapacaktır. Sorumluluğun paylaşılması çok önemlidir ki bu da çok disiplinli ve disiplinlerarası çalışmalarla gerçekleşir."

K_3: "Sorumluluk da karar da paylaşılmalıdır. Hastayı iyi aydınlatmak, hastanın ilgisini çekmek ve gerektiği hallerde uyarmak gerekir. Dolayısıyla karar da kararın sorumluluğu da tedavi ve bakımda görev üstlenen paydaşlarla paylaşılmalıdır. Bu durum, danışmanlığın değerini artırırken, tıbbi malpraktis iddialarında veya davalarında da azalma sağlayabilir."

Klinik etik ve adli danışmanlığın nitelikleri bağlamında adli bilimler/adli uzmanı ve klinisyenlerin dikkat çektiği bir diğer özellik ise danışmanlık hizmetinin salt hekimlere yönelik olmasıdır. Bu düşünce; etik, etiko-legal ve mediko-legal sorun yaşanması halinde hasta, hasta yakını ve/veya tedavi ekibi değil, sadece hekimin danışman desteğine başvurabileceği anlamına gelmektedir. Zira klinisyen katılımcının ***"sadece hekimin başvurabildiği bir yapı olmalı"***

[261] **Metnin özgün hali:** "Actually, I'm talking about here is 'clinical governance'. I mean, the clinical governance framework needs to be established to determine the responsibilities. So, not only do you have clinical governance at the at the level of how do you do the job, but you have to determine and explain the clinical governance of who is in charge? And also, you need to determine and explain what the role of the nurse is, what the role of the doctor is, what is the roles of the clinical ethics and forensic consultant."

ibaresi ile adli bilim uzmanı katılımcının ***"sadece hekime yönelik olmalı"*** ifadesi yukarıdaki açıklamayı destekler niteliktedir:

K_{14}: "Kurmayı düşündüğünüz yapı yani sadece hekimin değil, hasta ve yakınlarının da adli ve etik konsültasyon istemek amacıyla danışmanlık birimine başvurması ideal olandır. Ancak, bu yapının hasta ve yakınları tarafından tıbbi uygulama hatasının, tıbbi-adli sorunun veya etik ikilemin çözümünde yardımcı olarak karar vermelerini kolaylaştırmak amacından çok, hekimi, sağlık çalışanlarını ve kurumu şikâyet birimine dönüşmesi de olasıdır. Yani, *'poliklinikte çok bekledim'* yönünde şikâyetler, etik ikilem ve tıbbi-adli sorun olmasa da, bu birime bu şikâyetle başvurabilirler. Bu noktada kurulacak olan birimin/yapının ve sistemin hizmet yönteminin iyi belirlenmesi kadar gerek hasta ve yakınının gerekse hekim, sağlık çalışanları ve danışmanların haklarının, yani hak sınırlarının oldukça iyi belirlenmesi gerekir."

CAD_6: "Kurmanız gereken enstitü veya merkezde, 'etik ve tıbbi-adli danışmanlık/destek' olarak adlandırılan hizmetiniz hasta ya da yakınlarından çok, sadece hekimlere sunulmalıdır."[262]

Ne var ki klinik etik danışmanlar, kurulması amaçlanan danışmanlık biriminde ***"hekim, hemşire ve hasta başta olmak üzere herkesin danışmanlık almasına olanak sağlanması"*** gerektiğini beyan etmektedir. Klinik etik danışmanların bu yaklaşımı, Kanada'da klinik etik danışmanlığa klinisyenin yanı sıra hasta, hasta yakını, tedavi ekibinden herhangi bir kişinin başvurma hakkına sahip olmasıyla ilişkilendirilebilir. Bahsi geçen yaklaşımı temsil eden söylem örneği şu şekildedir:

ED_7: "Kanada'daki hastanelerde herkesin etik danışmanlık talebinde bulunabileceği açık bir şekilde belirlenmiştir ve bence bu çok önemlidir. Yani, kuracağınız birimde herkesin klinik etik ve adli tıp danışmanlığına başvurabilmesini olanaklı kılmalısınız. Danışmanlık talebinde bulunan kişi; hekim olabilir, hasta olabilir, hemşire olabilir ve hatta etik ve tıbbi-adli açıdan tartışmaya muhtaç bir konu olduğunu fark eden bir temizlik çalışanı da olabilir.[263]

Kanada'da, daha önceki bölüm ve başlıklarda belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerinde etik sorun yaşanan vakayla ilgili tüm paydaşlar hem sorunu çözmek hem de etik açıdan haklı

---

[262] **Metnin özgün hali:** "At the institute or centre that you should found, your service called 'ethical and medico-legal advice/support' should be provided just for the doctors, rather than for the patient or relatives."

[263] **Metnin özgün hali:** "At the hospitals in Canada, it's clearly determined that anybody can make the ethics consultation request, and I think that's very important. I mean, you should provide that anybody can apply to the clinical ethics and forensic consultation at the unit that you will found. The person, who will request consultation, could be the doctor, he could be the patient, he could be the nurse, and even he could be somebody who cleans the floors who sees something in ethical and medico-legal context that it needs to be discussed."

çıkarılabilir bir karar verebilmek amacıyla klinik etik danışmanlığa başvurabilmektedir. Klinik adli danışmanlığın yeni bir kimlikle ve klinik etik danışmanlıkla birlikte sunulması amaçlanan danışmanlık modelinde ise hedef kitlenin genişletilmesi salık verilmektedir. Buna göre, salt hekimin veya hasta, hasta yakını, hemşire gibi vakayla ilgili paydaşların değil, aynı zamanda vakayla ilgili etik, etiko-legal ya da mediko-legal sorun olduğunu düşünen ilgisi bir kişinin de başvurabileceği bir yapıya dikkat çekilmektedir.

Danışmanlık hizmetine ilişkin üzerinde durulan bir diğer husus ise danışmanlığın belirli kliniklere ve vakalara zorunlu kılınmasıdır. Sahada bizzat etik, etiko-legal ve/veya mediko-legal sorun yaşayan klinisyenler tarafından yapılan öneri şu şekildedir: *"**Genetik hastalıklar, kafa travması ve çocuk hastalar gibi çok özel hastalarda"*** ve ***"yoğun bakım, acil servis, kritik cerrahi kararlar ve özel hasta grubunda zorunlu tutulan bir yapı olmalı***"dır:

K_6: "Klinik etik ve adli danışmanlığın hastane içerisinde hangi durumlarda devreye gireceği, hangi durumlarda başvurulacağı noktasında kurallara ve bilgilendirilmeye ihtiyaç var. Mesela, *'şöyle şöyle hastaların, şu kararlarını verme sürecinde klinik etik danışmanlık istenebilir, bunlar da bir örnektir'* denebilir. (…) bu hizmeti çağırma ihtiyacı kişiye bırakılmamalı, hekimin inisiyatifine bırakılırsa işlevsiz kalır. Yani, danışmanlık talebi kurallara bağlanmalı ve standart olmalı. Mesela, preoperatif hastadan şu şu tesler, EKG, hemogram isteniyorsa aynı onun gibi çeşitli durumlar ve çeşitli özel gruplar için etik ve adli danışmanlık koşulu getirilebilir ve tanımlanıp, bu koşul standart hale getirilirse işlevsel olabilir. Kısaca, etik konsültasyon isteğe bağlı olmaktan çıkartılıp, koşula ve standartlara bağlanırsa ya da zorunlu tutulursa bence çok daha işlevsel olur. Adli danışmanlık ise özellikle acil servis, yoğun bakım ve acil cerrahi işlemlerde çok önemli ve gereklidir. Böylece malpraktis şikâyet ve davaları da önlenmiş veya azalmış olur. Ülkemizde en azından başlangıçta bu anlayışın oluşması ve yerleşmesi için bir kurala bağlanması gerekiyor."

K_7: "Klinik etik ve adli konsültasyona genetik hastalıklar, kafa travması yaşayan hastalar ve çocuk hastalar gibi çok özel hastalarda başvurulabilir. Bu tür durumlarda, bahsettiğim hastalarda ve hekim olarak vakalarda böyle bir danışmanlık biriminin faydalı olacağını düşünüyorum."

Türkiye'den klinisyen katılımcıların danışmanlığın belirli vaka ve kliniklerde zorunlu kılınması önerisinin, danışmanlık hizmetinin hem işlevsel, sistematik ve sürdürülebilir olmasında hem de benimsenmesinde faydalı ve önemli bir yöntem olacağı anlaşılmaktadır. Kanadalı klinik etik danışmanlar da bu zorunluluk koşulunun daha büyük ölçekte konulması

gerektiğini ifade etmişlerdir. Zira danışmanların önerdiği gibi klinik etik ve adli danışmanlığın ***"hastane akreditasyonunda zorunlu tutulması"*** kısa sürede benimsenmesinde ve yaygınlaşmasında da faydalı bir diğer stratejik adım olacaktır:

ED_9: "Kanada'da klinik etiğe ve danışmanlığa fazlasıyla yön veren unsurlardan birinin de akreditasyon olduğunu düşünüyorum. Yani, Kanada'da hastaneler ulusal bir kurul[264] tarafından akredite edilmektedir. Alberta'nın, tüm illeri kapsayan bir sağlık bölgesine dönüşen ilk eyalet olmasında temel unsur da aslında akreditasyondu. Dolayısıyla, artık, Katolik sağlık kurumları hariç Alberta'daki tüm sağlık hizmetlerini yöneten kapsamlı bir idari kuruluş var. Bu kuruluşun varlığından ötürü son yıllarda hastanelerin akreditasyonunda, zor vakaların yönetimine ve etik danışmanlığa erişime büyük önem verilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının, zorunlu olarak etik danışmanlığa başvurması gerekmektedir. Dolayısıyla, ilkesel olarak, coğrafi bölgemizdeki herkes klinik etik servisinden birine danışabilecektir. Demem o ki, sizin danışmanlık hizmetiniz de akreditasyonun zorunlu koşullarından biri yapılabilir."[265]

Sağlık kurumunun akreditasyon koşulları arasına klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin konulmasıyla hem danışmanlığın yaygınlaşacağı hem de hizmet verilen kurum ve bölgenin sağlık hizmetleri bağlamında gelişeceği anlaşılmaktadır. Danışmanlık hizmetinin benimsenmesi yolunda diğer önemli öneriler de kurulması amaçlanan danışmanlık biriminin ***"merkezi birim olması ve il ölçeğinde bağlantı kuracak bir ağ oluşturması"*** ve ***"merkez danışmanlık birimi olarak talepte bulunan bölge hastanelerine hizmet sunabilmesi"***, böylece ***"hizmetin önce ilçede, sonra ilde yaygınlaşması"***dır.

ED_{14}: "Etik danışmanlık hizmetini önce kendi ilçemizde sunduk, daha sonra diğer ilçelerle ağ kurup, il ölçeğinde merkezi etik danışmanlık olarak hizmet vermeye başladık. Zamanla sağlık yönetiminde bulunan kişiler etik hizmetinin bölge/eyalet geneline

---

[264] Kanada'da hastaneler, Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Kurulu (*"Canadian Council on Health Services Accreditation"*, CCHSA) tarafından akredite edilmektedir [See. Colton M. Canadian Council on Health Services Accreditation: Client-centred cancer staging standards. *Cancer Prev Control*, 1998;2(6):295-8.]. Ülkemizde sağlık kurumlarının akreditasyon süreci "Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü" tarafından yürütülmektedir (Bk. TÜSEB. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı*. Erişim tarihi: 2 Ağustos 2022, Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuska/).

[265] **Metnin özgün hali:** "I think that one of the things that actually is driven clinical ethics and consultation quite a bit in Canada is accreditation. I mean, in Canada, hospitals are accredited by a national body. Accreditation was actually the fundamental reason that made Alberta the first province to be a health region comprising of the entire province. So there's an overarching administrative organization that manages all of the health care in Alberta, except for the Catholic hospitals. Due to presence of the organization, the accreditation of hospitals in recent years has focused a lot of attention on the management of difficult cases, and the access to ethics consultation. And so, health care organizations have, by necessity, have to resort to ethics consultation. So, in principle, anyone in our geographical area will be able to consult someone from a clinical ethics service. I mean, your consultation service could also be one of the necessary conditions for the accreditation."

yaygınlaştırılmasını önerdi. Nihai olarak, eyalet yönetimi bize fon sağladı, biz de böylece artık tüm eyalette etik danışmanlık desteği sunabiliyoruz."[266]

Klinik etik danışmanlığın öznesi olan Kanadalı etik danışmanların yıllara dayalı bilgi ve deneyimleri ışığında yaptıkları bu önerilerin, hizmetin benimsenmesi ve yaygınlaşmasında doğrudan, sürdürülebilir olmasında ise dolaylı olarak önemli bir yol olacağı ileri sürülebilir. Bunun yanı sıra danışmanlık hizmetinin sistematik olarak sunumunda ve sürdürülebilir bir nitelik taşımasında ***"danışmanlığın ücretli olması"*** gerektiği belirtilmektedir. Danışmanlığın ücret karşılığında sunumunu savunan ve sundukları danışmanlık hizmetinden ücret aldıklarını bildiren klinik etik danışmanların söylem örnekleri şu şekildedir:

ED_3: "Kanada ve ABD'de bir klinik etik uzmanının yıllık maaşı 100 bin ile 120 bin Kanada doları arasında değişmektedir."[267]

ED_8: "Burada bizim durumumuzda çoğu hastanenin avukatı var ve onlar da mensubu oldukları kurum bünyesinde hukuk hizmeti sunuyorlar. Yani, bizimle birlikte çalışan avukatlar ya da tıp hukuku uzmanlarımız bulunmuyor, ancak bizim de incelememiz gereken yasal bir durum söz konusu olduğunda, bizimle çalışmaya hazır oluyorlar. Zaten, bildiğiniz gibi, Kanada'da adli tıp uzmanlığımız ve uzmanımız da bulunmuyor. Bu nedenle, iki danışmanlık hizmetini birleştirmesi ve ayrıca klinik adli tıp danışmanlığına farklı bir anlam kazandırması dolayısıyla geliştirmeyi düşündüğünüz modeliniz birçok açıdan benzersiz olacaktır. Dolayısıyla danışmanlık alan kişinin ödeme yaptığı tıp fakültesi veya hastanenin de size danışmanlık ücreti ödemesi gerekir. Burada, Ontario'da, klinik etik danışman olarak kabul edilen bizler aynı zamanda tam zamanlı akademisyeniz ve hepimizin tıp fakültesi ile bağlantısı bulunuyor. Bu, etik danışmanlık da sunsak da hizmet sunduğumuz sağlık kurumundan tarafımıza ücret ödenmediği anlamına geliyor. Fakat ödememiz bağlı olduğumuz tıp fakültesi tarafından yapılıyor çünkü etik destek verdiğimiz sağlık kurumu veya hükümet danışmanlık ücretini aslında tıp fakültesine ödüyor."[268]

---

[266] **Metnin özgün hali:** "We provided the ethics consultation service within our district at first, then we began providing the service as the central ethics consultation to region of the province by having network with the other districts. In time, people in health management recommended that the ethics service be extended to the whole province. Finally, that was the provincial government provided us funding, so that we can now provide ethics consultation support across the whole province."

[267] **Metnin özgün hali:** "The annual salary of a clinical ethicist in Canada and the USA varies between 100.000 and 120.000 CAD."

[268] **Metnin özgün hali:** "In our situation here, most hospitals have lawyers and they have legal services within their institution. So, we don't have lawyers or medical legal experts who work together with us, but they're available to us, if there's a legal situation that we have to look into. And then, as you know, we do not have forensic medicine specialty and expert in Canada. So, your model that you work developing will be unique in many respects, because of corporation of two consultation services and also putting a different complexion on the clinical forensic medicine consultation. So, you should be paid by the medical school or hospital that the person having consultation pays to them. Here, in Ontario, we, who are considered to be clinical

ED_9: "Eyaletlerdeki pek çok yasal işlem hekimleri hedef alıyor ve maruz kaldıkları bu davalar az çok rahatsız edicidir. Peki, klinik etik ve/veya adli tıp konsültasyonu almak, dava açan kişilere 5 bin Kanada doları vermekten ya da mahkemeye gitmekten daha mı pahalıdır? Hayır, kesinlikle hayır!.. Yani, danışmanlık alan hekim, emeğinizin karşılığını vermelidir. Bu sizi motive ettiği gibi danışmanlığı da sürdürülebilir ve çok daha önemli hale getirir."[269]

"Danışmanın çabasının maddi karşılığı olmalı" önerisi aynı zamanda adli tıp uzmanı katılımcılar tarafından da ifade edilmektedir. Bahsi geçen "maddi karşılığın", hekimin danışmanlık talep etmesi halinde ***"Zorunlu Sorumluluk Sigortasından veya sigorta benzeri yatırım"***dan sağlanabileceği söylenmektedir. Bir diğer katılımcı tarafından ise ***"danışmanlık ücreti döner sermaye tarafından belirlenmeli ve oraya ödenmeli"*** tavsiye edilmektedir. Türkiye'den adli tıp uzmanı katılımcıların danışmanlık ücretine dair ifadelerine aşağıda yer verilmektedir:

TAD_2: "Üniversitemizin döner sermaye işletmesinden bir liste çıkarttık. Bu listede adli psikiyatri, vesayet, hukuki ehliyet, velayet, cinsel suç ve madde bağımlılığı gibi her türlü konuda özel başvurular ya da hukuk mahkemelerinden gelen yani tarafların hukuk mahkemesine bilirkişi ücreti ödeyerek veya mahkeme aracılığıyla doğrudan bize ödeyerek yaptığı başvurular için ücretlendirmemiz belirlenmiş. Bu listede raporlar ve görüşler, hatırladığım kadarıyla, olgunun niteliğine göre 100 TL'den başlıyor, 5 bin TL'ye kadar çıkıyor. Burada genellikle üç adli tıp öğretim üyesi ve ilgili branştan iki hekimini rapor ekibimize alıyoruz ve en az üç, beş ya da yedi kişilik kurullar oluşturuyoruz. Kuruldaki her bir hocanın eline geçecek meblağ ortalama bin veya 2 bin TL olabiliyor. Örneğin; beş kişilik bir kurul rapor yazacaksa ve o raporda imzası bulunan her uzmanın eline bin TL geçmesini ön görüyoruz, yaklaşık %50 oranında vergilere de kesiliyor tabii. Böylece bin TL hocalara dağıtılıyor; o halde bu raporu talep eden kişinin döner sermayeye 10 bin TL yatırması gerekiyor. Buna %18 KDV de koyabiliyoruz, bu durumda da 11 bin 800 TL ödeme yapması gerekebiliyor."

TAD_5: "Öncelikle bu çabanızın bir maddi karşılığı olmalı. (…) Klinikte yaşanan mediko-legal ve etik sorunlar da bir çeşit sosyal felakettir. Eğer bir finans kaynağı bulunabilirse, maddiyatı ön koşul olarak ortaya koymak istemiyorum ancak kuşkusuz gerekli olan budur. Bu

ethics consultants, are also full time academics and we all have appointments with the medical school. It means that we provide our ethics services, even though we're not paid by the health care corporation. But, we're paid by the medical school because the health care corporation that we provide ethics support or the state actually pay to the medical school."

[269] **Metnin özgün hali:** "A lot of legal acts in the states are aimed at physicians, and they're more or less nuisance lawsuits that they're faced with all the time. Well, is it more expensive to have clinical ethics and/or forensic consultation than it is to give these guys 5.000 CAD or to go to court? No, absolutely not!.. I mean, physician having consultation should pay you for your efforts. This motivates you, and also makes the consultation sustainable and much more significant."

sistemde, insanlar emeklerinin karşılığını makro ya da mikro düzeyde alacaklarsa, yurt içinden hatta yurt dışından çok deneyimli kişiler de bu sistemin bir parçası olmak isteyebilirler. Maddi karşılık ve bu sistem bir gereksinimdir, en basit bir avukata gittiğiniz zaman bile danışmanlık ücreti şu kadar TL olarak karşınıza çıkar. Belki bu sistem, Hekimlerin Zorunlu Sorumluluk Sigortasından ya da belki de bir sigorta benzeri yatırımla kendini finanse edebilir."

TAD_8: "Verilecek danışmanlık hizmetinin gönüllü mü, belli bir maddi bedel karşılığında mı olacağını belirlemek gerekiyor. İnsanların verdikleri emek ve hizmetin az da olsa maddi karşılığının olması hem motivasyonlarını sağlar ve arttırır, hem de hizmetin sürekliliğini ve sürdürülebilirliğini sağlar. Aksi halde bir süre sonra o hizmet verilemez olur. Bunun, yani danışmanlık hizmeti verecek kişilerin maddi kazanımlarının ve kaynağın belirlenmesi gerekiyor."

Gerek Kanadalı gerekse Türkiyeli katılımcıların yukarıda alıntılanan sözlerinden danışmanlığın ücretli olmasının, hizmetin daha çok ciddiye alınmasında ve daha çok önemsenmesinde belirleyici bir etken olduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan danışmanın, hizmeti daha istekli yapmasını, zamanla bir "yük" olarak değerlendirip bırakmamasını ve daha çok klinik etik ve adli tıp uzmanı tarafından sunulmasını sağladığı çıkarımı da yapılabilir. Böylece danışmanlık hizmetinin sürekli kılınmasında, yani sürdürülebilir olmasında ve yaygınlaşmasında önemli bir rol oynadığı da ifade edilebilir. Ücret politikası ise katılımcılardan edinilen bilgiler ışığında belirlenebilir.

Adli tıp uzmanı katılımcıların dikkat çeken önerileri arasında, bahsi geçen danışmanlığın ***"etiko-legal konsültasyon/danışmanlık"*** olarak adlandırılması gerektiği bulunmaktadır. Aynı zamanda bu hizmete en çok gereksinimin en duyulan ***"eğitim-araştırma, şehir ve devlet hastanelerinde sunulması"***nın hizmeti çok daha işlevsel kılacağı ileri sürülmektedir:

TAD_3: "Onam kapasitesi olmayan, bilinci yerinde olmayan ya da alınan kararın çok riskli hatta bıçak sırtı olacağı kararlarda sorunun etiko-legal özelliğe dönüştüğünü görüyorum. Bu tür durumlarda aslında mediko-legal ile etiko-legal özellik iç içe geçmiş oluyor. Dolayısıyla belki başlığını *'etiko-legal'* olarak koyduğumuz konsültasyon sistemi Türkiye'de uygulanmalıdır. Çünkü hekimlerin buna çok ihtiyacı var ve her geçen gün artıyor bu ihtiyaç. Tıp ve hekimler ne kadar sofistike ve komplike vaka ile uğraşırsa, bu konudaki ihtiyaç da o kadar artıyor. Dolayısıyla bu danışmanlık sistemi de giderek artan bir ihtiyaç olarak görünüyor."

TAD_7: "Aslında üniversite hastanelerinde hekimlerin danışabilecekleri adli tıp uzmanı da etik uzmanı da mutlaka var, olacaktır. Burada önemli olan eğitim ve araştırma hastaneleridir çünkü oradaki hekimler çok daha sahipsizler, çok daha fazla hasta potansiyeline sahipler, daha fazla sayıdalar ve daha çok yatak kapasiteleri var. Bu nedenle eğitim ve araştırmalar hastanelerinde hekimlerin danışabileceği bir kürsü ya da hoca olmadığı için bana kalsa bu hastanelerde, şehir hastanelerinde ve devlet hastanelerinde adli tıp danışmanlığı ve etik danışmanlık vermeye çalışırım."

Yeni bir danışmanlık sistemi/modeli olarak geliştirilmesi düşünülen klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin yapısal olarak hangi niteliklere sahip olması gerektiğine ilişkin katılımcılar öneride bulunmuşlardır. Bu öneriler arasında bahse konu danışmanlık modelinin; bağımsız olması, enstitü ya da merkez gibi yeni bir oluşum çatısında sunulması, hizmetin multi-disipliner bir ekip tarafından sunulması, ekipte klinik etik ve adli danışmanların yanı sıra sosyal hizmet uzmanı ve/veya sağlık hukuku uzmanının bulunması ön plana çıkmıştır. Bunların yanı sıra danışmanlık hizmetinin maddi bir bedelinin/karşılığının olması ve sadece hekime yönelik olması ağırlıklı olarak dile getirilen öneriler olmuştur.

Söz konusu danışmanlık modelinin **"işleyişi"** ana temasını oluşturan alt temalardan biri olan "amaç ve hedefleri" arasında üç gruptan katılımcılar tarafından çoğunlukla ***"malpraktis nedenlerinin çözümlenmesine yardımcı"*** olarak, ***"malpraktis şikâyet ve davalarını azaltmak veya önlemek"*** dile getirilmiştir. Aynı zamanda ***"iletişim, etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları çözüp, süreci ve hekimin işini kolaylaştırmak"*** dolayısıyla ***"şikâyet ve davaların önüne geçmek"*** danışmanlığın başlıca ve öncelikli amaç ve hedefleri olarak vurgulanmıştır. Klinisyen, klinik etik danışman adli bilimler ve adli tıp uzmanı katılımcıların bu amaç ve hedeflere yönelik söylem örnekleri şu şekildedir:

K_4: "(…) hem hekim-hasta-hasta yakını arasındaki iletişim sorunlarının çözümünde ve mevcut anlaşmazlığın giderilmesinde, hem de malpraktis şikâyetlerinin ve etik ikilemin çözülerek etik karar verilebilmesinde adli ve klinik etik danışman/danışmanlık birimi yardımcı olabilir. Ancak bu noktada yöntem oldukça önemlidir, sürekli, işler ve uygulanabilir bir sistem oluşturulması gerekir."

K_{11}: "Klinik etik ve adli konsültasyon biriminin olması çok işlevsel olur ancak sınırların iyi belirlenmesi gerekiyor, kliniklere işlevinin iyi anlatılması gerekiyor, limiti belirlemek gerekiyor. Bizim sosyal açıdan triyajımız eksik, bunu tamamlamak gerekiyor. Bu birim,

özellikle etik sorunları ve iletişim sorunları çözüp, hekimin işini kolaylaştırıyorsa, yani hem hekime hem de hastaya faydalı olacaksa elbette kurulmalıdır ve gereklidir."

ED_9: "Kanada'da hekimlere karşı açılan davalar her yıl giderek azalmaktadır. Bunun nedeni; insanların sorun yaşamaması değil, ancak anlaşmazlık yaşayan insanlarla iletişim kurmanın çok dürüst ve açık yollarını geliştirmem, hekimlere hastayı bilgilendirme hususunda öneride bulunmam ve hatayı fark edip hastalar fark etmeden önce hatayı hastaya bildiren stratejiler geliştirmeye çalışmamızdır. Bu stratejilerin çoğu bir arada kullanıldığında, insanların genellikle hekimleri dava etme nedenlerini ortadan kaldırmaya ve azaltmaya gerçekten yardımcı oluyor. Bu nedenle, sizin danışmanlık modelinizin, hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarıyla dava edilmesini önlemeye yardım edeceğini düşünüyorum."[270]

ED_{14}: "Adli-tıbbi bir sorun ortaya çıktığında, hastanenin etik danışmanlık hizmeti almaktan kaçınmaması genellikle olumlu karşılanır. Örneğin; çalıştığım Newfoundland'de kanser tanılama sürecinde hataya yol açan bir durumla karşılaştık. Hastanenin laboratuvarı tanı testlerinde bazı hatalar yapmıştı. Böylece, kanser tedavisi görmesi gereken kadınlara bu tedavi için uygun olmadıkları söylendi. Bu nedenle, belli bir kanser tedavisi alması gereken bazı kadınlara tedavi sunulmadı, ancak tedavi görmemesi gereken diğer kadınlara tedavi sunuldu. Bu durum açığa çıktığında, nihayet hata da sona erdi ve aslında oldukça önemli bir adli-tıbbi sürece dönüşen kamu soruşturmasını başlattı. Bu önemli adli-tıbbi süreçte yapılan suçlamalardan biri, hatta ilki, hastanenin etik danışmanlık almamak da dâhil olmak üzere birçok yönden ihmalkâr davranmasıydı. Bunun üzerine hastaneler bir sorun yaşadıklarını anladıkları anda, etik danışmanlık alarak konuyu büyütmeden sessizce çözmeye çalışıyor. Yani, geliştireceğiniz yeni klinik ve adli danışmanlık sistemi, özellikle sürecin başında, etik ve/veya adli-tıbbi sorunu çözümünde destek sunabilirse, bu sistem kamu soruşturmasının yanı sıra malpraktis şikâyetlerini veya davalarını azaltmak ya da önlemekte oldukça işlevsel olabilir."[271]

---

[270] **Metnin özgün hali:** "In Canada, the lawsuit against physicians every year are declining and declining. Its reason is not that people don't face the problems, but I've developed very honest and open ways of engaging with people in disputes, recommending physicians to need to disclose information, and we are trying to develop strategies that recognize error and disclose error to patients before they know about it. A lot of these strategies in combination really help to dissipate and mitigate the reasons why people typically take physicians to court. So, I think, your consultation model will help the physicians not to be sued because of medical malpractice claims.

[271] **Metnin özgün hali:** "If a forensics issue arises, it generally is considered to be positive on the hospital's part that they didn't avoid in taking their ethics consultation service. For example, in Newfoundland where I work, we had a situation that arose a mistake in cancer diagnosis procedure. The laboratory for the hospital had made some mistakes in diagnostic tests. And so, women that were supposed to get the cancer treatment were told that they weren't eligible for that. So, some women that were supposed to get a particular treatment didn't get it, but others who weren't supposed to get it did get it. That ended when this finally came to light, and actually began a public inquiry that made quite a major forensic kind of process. One of the condemnations during the major forensic kind of process was that well, number one, the hospital was negligent in a number of ways including not having ethics consultation. At that, as soon as hospitals realize that they had a problem, they try to deal with

TAD_3: "Geçenlerde bir olguya girmiştik, hasta yakını hastasını kaybetme nedeniyle malpraktis davası açacağını söylüyordu. Biz de hasta yakınıyla toplantı yapıp, tüm bilgileri açıkladık ve doktor hatası olmadığına onu ikna ettik. Bunun üzerine hiçbir dava ya da savunmaya gerek kalmadan uzlaşıya varıldı. Düşünebiliyor musunuz bu olgunun davaya gittiğini ki 10 yıl sürebilirdi! Her bir tarafın davaya harcayacağı masraf 100 bin TL'nin altında olmazdı. Devletin bu davaya harcayacağı para da 100 bin TL'nin altında olmazdı ve bir sürü hâkim, savcı ve avukatı meşgul edebilecek bir olgu orada, masada, çözülmüş oldu. Yani, sizin gelecekte Türkiye'de kurup uygulayacağınız bu sistem, bu tür bir sonuç sağlar. Belki %50 rakamı düşük gelebilir ama yargı yükünün %50 hafifletilmesi çok önemli."

Hekim başta olmak üzere sağlık çalışanları ve sağlık kurumuna yönelik "şikayet ve davaları azaltıp, bunların önüne geçme" amacına ulaşabilmek için ayrıca klinisyenin ve kurum yönetiminin hizmetle ilgili aydınlatılıp, faydaları noktasında ikna edilmesi gerektiği üç gruptaki katılımcıların ortak fikri olarak öne çıkmaktadır. ***"Klinisyenleri ve hastane yönetimini danışmanlığın faydaları hakkında ikna edebilmek"*** hedefi ***"hekimin etik ve tıbbi-adli sorunlarını çözmelerine yardım ederek, danışmanlığın değerini gösterme", "hizmetin amaç ve hedeflerini yönetime ve hekime kanıtlayabilme"*** ve ***"etik ile hukuk arasındaki ortak alan sorunlarında birlikte danışmanlığın gerekliliğini kanıtlama"***yı da gerektirmektedir. Danışmanlığın sürdürülebilir olmasında da etkili olan "klinisyen ve üst yönetim desteği"ni alabilmek için ayrıca hizmetin ***"uzun vadede hastaya, hekime, hastaneye ve devlete faydasını haklı çıkarmak"*** da elzem görünmektedir. Bugünün tıbbı kapsamında derinlemesine görüşme yapılan katılımcıların ilgili söylemleri şöyledir:

K_{14}: "(…) idari açıdan da etik danışmanlık biriminin kabul görmesi gerekir ki dekanlık ve başhekimlik desteğini alabilsin ve başta eğitim olmak üzere çalışmalarını sürekli kılabilsin. Zira yönetsel destek görmedikçe bu birim de danışmanlık da bireysel bir çaba olmanın ötesine gidemez. Bunun yanı sıra akreditasyon hedef olmalı ki hem kurumsal açıdan varlığını sürdürsün hem de dünya standartlarına ulaşabilsin."

---

it on the quiet without making a big issue of it by having ethics consultation. I mean, if new clinical and forensic consultation system that you will develop, especially into earlier on in the process, can provide support to solve the ethical and/or forensic issue, the system can be quite functional to reduce or prevent malpractice complaints or litigations as well as the public inquiry."

ED_6: "Klinik danışmanlık hizmetine hastane ve tıp fakültesi yönetiminin desteğiyle temel düzeyde başlayın, üst yönetimin desteği başlamanıza ve kalıcı olmanıza yardımcı olacaktır."[272]

ED_8: "Deneyimlerime göre, başlamak için birincil ve en etkili yol, üst yönetimin desteğidir. Üst yönetim bu hizmetin kurumunuzda önemli bir rol oynayacağına ikna edilebilirse ve yönetimden destek alabilirseniz, başarı şansınız önemli ölçüde artar. Bu nedenle, sağlık kurumu üst yönetiminin sürece destek olması gerekmektedir."[273]

CAD_2: "Bildiğiniz gibi, bir şeye başlamak her zaman zordur çünkü insanlar genellikle yeni şeylerden haz etmezler. Bu nedenle, ilgili kişileri yeni bir sisteme başlamanın eskisinden ya da hiç olmayandan daha iyi olduğuna ikna etmeniz gerekiyor. Yönetim organını, klinik uzmanları ve herkesi bunun iyi bir fikir olduğuna ikna edebileceğinizi düşünüyorum ki bunun iyi bir fikir olduğundan ben de eminim."[274]

Anlaşıldığı üzere danışmanlık hizmetini bir sağlık kurumunda başlatmanın en önemli stratejik yollarından biri kurum yönetiminden destek alabilmektedir. Dolayısıyla yönetim desteğini almak danışmanlık hizmetinin hedeflerinden biri olarak belirlenmelidir. Başlangıç sürecinde yönetimin desteğini alabilmek için de hizmetin faydalarının açıklanması gerekmektedir. Desteğin sürekli kılınabilmesi içinse danışmanlık hizmetinin işlevinin yanı sıra kısa ve uzun erimde hastaya, klinisyene, kuruma bağlantılı olarak da devlete ve topluma faydalarının kanıtlanması gerekmektedir. Bu önermeyi haklı çıkarabilecek katılımcı ifadeleri aşağıda görülmektedir:

K_5: "İsterseniz, fizik olarak olmasa da, bizim sadece danışabileceğimiz birileri olsa ve biz onlardan randevu alarak danışsak da olur. Ama ben hekim olarak bileyim ki işe yarar ve faydalı bir hizmet veriliyor."

ED_5: "Danışmanlık hizmetinin çıktılarının, amaçlarının ve niçin böyle bir hizmet sunduğunuzun hekime ve sağlık kurumu yönetimine açıklanması önemlidir. Ayrıca bunları kısa

---

[272] **Metnin özgün hali:** "Start with clinical consultation service in a basic level with the support of the administration of the hospital and medical school, the support of the senior administration will help you to start and to be permanent."

[273] **Metnin özgün hali:** "My experience has been that number one, the most efficient thing to have to begin with, is support from senior administration. If the senior administration can be convinced that this service will play an important role within your institution and you can have the support from the administration, then your chances of success go up dramatically. So, the senior administration of the health care institution has to be supportive of the process."

[274] **Metnin özgün hali:** "As you know, it's always difficult to start anything because people usually don't like something new. So, you have to convince the relevant persons that you're starting a new system is better than the old or nonbeing one. I think, you could convince the managing body, clinical experts and everyone that this is a good idea, which I'm sure of that's a good idea, too."

ve uzun vadede haklı çıkarmanız gerekiyor çünkü bana öyle geliyor ki hizmetiniz bu hedefe bağlı olarak farkını kanıtlayacaktır."[275]

ED_{14}: "Hizmetin işlevsel ve sürdürülebilir olması gerekiyor, bunun için sizin de iyi hizmet sunmanız ve hizmetin hasta, hekim, sağlık çalışanı, hastane ve uzun vadede devlet için faydalarını haklı çıkarmanız elzem görünüyor."[276]

CAD_2: "Öncelikle klinisyenle birlikte çalışmanızın hastaların durumunu daha iyi hale getireceğini açıklamanız gerekir. İkinci olarak, yaşanan sorunların çözümünde yardımcı olarak klinisyenin işini kolaylaştıracağınızı açıkça anlatmanız gerekir."[277]

Öte yandan, klinik etik ve adli danışmanlıkla hekim ve sağlık çalışanlarına eğitim verilerek, etik ve tıbbi-adli konularda farkındalıklarını artırmanın da hizmetin amaç ve hedefleri arasında yer almasını salık vermektedir. Bu doğrultuda katılımcılar, ***"hekim ve hemşirelere özelleştirilmiş etik eğitimi vermek"*** ve ***"etik ve tıbbi adli konularda eğitim vererek, hekimde davranışsal farkındalık oluşturmak"*** gerektiğini, böylece ***"etik ve malpraktisle ilgili eğitim vererek, hekimin bu sorunları birbirinden ayırabileceğini"*** belirtmektedir. Grup I, II ve III'ten katılımcıların ortak düşüncesini temsil eden sözleri şu şekildedir:

K_{14}: "Etik sorunlar genellikle davranışsal olup, insanların kimliğini ve değerlerini de ortaya koymakta ve etik danışmanlıkta hedef sağlıkta kaliteyi artırmak olduğu için çalışmaların bu yönde yapılması gerekmektedir. Yani, öncelikle etik açıdan davranışsal gelişim sağlanabilmelidir bunun için de asistan hekimlerin, çalışanların ve hastaların doğru iletişim kurabilmesine yönelik ve değerlerle ilgili etik eğitimi verilmelidir. Yine, tıbbi-adli konuların neler olduğu, ne yaparlarsa tıbbi uygulama hatası olacağı gibi konularda eğitim ve çalışmalar yapılmalıdır."

---

[275] **Metnin özgün hali:** "It's important to clear to the physicians and administration of the health care institution about what the outcomes, the objectives of the consultation service, and why are you doing this? What is your intention in offering this service? And you need to justify them in short and long period because it seems to me that depending on that goal your service will prove its difference."

[276] **Metnin özgün hali:** "The service has to be functional and sustainable, so you have to provide good service and justify its benefits for the patient, for the physician, for the health professional, for the hospital and the government in long term."

[277] **Metnin özgün hali:** "You should clearly explain that at first, the patients will be better off if you're working together. And second, you will make the clinician work easier because you will help to solve the problems arising, if you're working together, thus they have less work."

ED_9: "Kuracağınız danışmanlık birimi hekim ve hemşirelere özel etik eğitimi de vermelidir. [Zira] hekim ve hemşirelerin eğitimi özelleştikçe, etik üzerine düşünmeleri de giderek artıyor ve daha yaygın hale geliyor."[278]

CAD_{11}: "Hekimler mediko-legal ve etiko-legal konularda eğitim almadıkça, bazı zorluklar yaşarsınız. Yani, klinik adli danışmanlık kendi içinde bir alan olduğu ve hekimlerin etik sorunları tıbbi-adli sorunlardan ayırt etmeyi bilmesi gerektiği için onları gerçekten eğitecek birine ihtiyacınız var. Demek istediğim, hekimlere etik ve adli tıp konusunda eğitim vermek hedeflerinizden biri olmalıdır."[279]

Geliştirilmesi amaçlanan yeni danışmanlık modelinin/sisteminin, katılımcıların önerileriyle, amaç ve hedefleri bu çalışmanın yola çıkış amaç ve hedefleriyle koşutluk göstermektedir. Zira çalışmanın amaçları öncelikle danışmanlık hizmetinin etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları çözmesi, şikâyet ve davaları azaltması hatta engellemesi, böylece hekimin ve kurumun yükünü hafifletmesi, sağlık hizmetinin niteliğini ve hasta memnuniyetini artırması olarak belirlenmiştir. Uzun dönemde ve dolaylı olarak dava giderlerini azaltmasını, mahkemelerin yükünü hafifletmesi, devletin sağlık giderlerinin azalması ve kaynakların adil kullanılması hedefleri oluşturmaktadır. Hedefler arasında hekimin etik, etiko-legal ve mediko-legal konularda bilgi ve farkındalıklarını artırmak da bulunmaktadır ki eğitim hedefi de katılımcıların önerileri ile aynı düzlemde yer almaktadır.

Belirlenen ve önerilen bu amaç ve hedefler aynı zamanda klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin görevlerinin de neler olması gerektiğine işaret etmektedir. Dolayısıyla hizmeti sunan danışmanların **"görevleri"** arasında paydaşlar arasında yaşanan ***"etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümünde yardım etmek"***, bir diğer ifadeyle çatışmaları çözerek, ***"çatışma arabuluculuğu"/arabuluculuk"*** ve ***"hakemlik"*** yapmak öne çıkmaktadır. Bunların yanı sıra ***"hasta/yakınından özür dilemek", "algoritma ve politika geliştirmek"*** ile ***"eğitim vermek"***, kısaca ***"klinik yönetişim"***i sağlayacak çalışmalar yapmak danışmandan beklenen görevleri oluşturmaktadır. Klinisyen, klinik etik danışman ve adli bilimler/adli tıp uzmanı katılımcıları aynı düzlemde buluşturan bu görevlerden, ilgili taraflar arasında uzlaşı sağlamayı ihsas eden arabuluculuk ya da hakemlik ile ilgili söylemler şu şekildedir:

---

[278] **Metnin özgün hali:** "The consultation unit that you will found should also provide the specialized ethics training for the physicians and nurses. As training of physicians and nurses becomes more specialized, it's becoming more and more common that they think about ethics."

[279] **Metnin özgün hali:** "Unless doctors are trained what is medico-legal and ethico-legal, you will have some difficulties. I mean, because clinical forensic consultation is a field in and of it and doctors need to know how to discriminate ethical issues from medico-legal issues, you really need somebody to train them. I mean, providing training for the doctors about ethics and forensic should be one of your goals."

K_4: "Acil durumlarda her şeye karşın hekim olarak hastanın yararına olan kararı verip, sorumluluğu alıyor ve gerekli müdahalede bulunuyoruz. Ancak sonrasında hasta yakınlarının malpraktis davaları ile adli süreç başlayabiliyor. İşte, bu doğrultuda hem süreci kolaylaştırmak, hem sorunları çözmek ve gereksiz davaların önüne geçmek, hem de sürecin baştan planlanması için hasta/hasta yakınları ve hekimle **arabuluculuk** yapan, insan psikolojisi, iletişim ve etik bilgisine veya adli-tıbbi bilgiye sahip danışmanlara ya da danışmanlık birimine gerek vardır."

K_6: "Hastaya yaşam desteklerinin verilmesi ve kararın açıklanması noktasında da danışmanlık birimine başvurulabilir. Bir diğer örnek de uzuv kaybında verilebilir çünkü geri dönüşümsüz ampütasyon kararlarının bazen hızlı verilmesi gerekiyor. Genelde bir kurul toplanıp, vermeye çalışır bu kararları; bir ortopedist, bir damar cerrahı ve dâhili branşlardan hekimlerden oluşur bu kurul. (…) Bu noktada bir **hakem**e ihtiyaç var çünkü hekim, hastanın çoklu ameliyatta çekeceği zahmeti, ekonomisini, ailesini birçok şeyi düşünüyor. Ama bu durum %100 mü? Şayet %99 ise de hastaya o yüzde 1'lik kısmı sunmak lazım. Yani istatistiği hastaya uygulamanın doğru olmadığını düşünüyorum, o ayrı bir şey! İşte, bu noktada **hakem** olarak klinik etik ve/veya adli danışmana ihtiyaç olacaktır, danışmalık desteği çok faydalı olacaktır."

K_{14}: "Adli ve klinik etik danışmanlık birimi ya da danışman, klinisyene elbette yardımcı olabilir. Özellikle de **hasta-hekim-hasta yakını arasında arabuluculuk** ederek, iletişim sorunlarının giderilmesinde önemli rol oynayabilir, etik ve tıbbi-adli sorunların çözümünde olduğu kadar."

ED_1: "Asıl amacınız **çatışma arabuluculuğu** ise, danışmanlık hizmetini başlatabileceğinizi düşünüyorum. Felsefe, hukuk, iletişim konularında eğitim aldıysanız, bir argümanı nasıl geliştireceğinizi ve bir argümandaki yanlış öncüllerin neler olduğunu bilirsiniz ki bunlar çatışma arabuluculuğunda elzem koşullardır."[280]

TAD_7: "(…) hastanın da gidip '*ben bu doktoru, şu nedenle şikâyet etmek istiyorum'* diyebileceği danışmanlık birimi olabilmeli her devlet hastanesinde bence. Bu birimdeki danışmanlar da önce hastaya ya da hekime en doğru bilgiyi verebilmeli, örneğin *'sizin başınıza gelen hekim kusuru değil,'* şayet değilse tabii, *'buna ne yaparsanız yapın sonucu değişmeyecek'* gibi bir nevi **arabuluculuk** gibi yaklaşımlar olabilir. Yani, klinik etik ve adli tıp danışmanlığı

[280] **Metnin özgün hali:** "I think, you can start the consultation, if your main purpose is **conflict mediation**. If you have training in philosophy, law, communication, you know how to get form an argument and what are false premises in an argument, those are necessary conditions for the conflict mediation."

klinikte her iki taraf için de çok çok işe yarar bence. Hem yararlarını doktor, hasta, şikâyet ve davaların azaldığı yönetim görürse, hizmetiniz de sürekli olur."

Klinik etik ve adli danışmanın başlıca göre hasta, hasta yakını, hekim ve tedavi ekibi arasında oluşan iletişim çatışmaları, yaşanan etik ikilem, etiko-legal ve/veya mediko-legal sorunlarda arabuluculuk yapmaktır. Arabuluculuk ya da tarafsız hakemlik, taraflar arasında uzlaşı sağlanmasında ve sorunun çözümünde önemli bir yöntem olarak da görünmektedir. Bir diğer yöntem de ***"hasta/yakınından özür dilemek"*** olup, bu Kanada ve Türkiye'de son yıllarda başvurulan yöntem, hem klinik etik danışman hem de adli danışman tarafından önerilmiştir. Her iki ülkeden ve her iki alandan danışman tarafından önerilmesi de "özür dileme" uygulamasının faydalı olduğuna da işaret etmektedir:

TAD_3: "Yaşamın son dönemindeki hastaların karşılaştığı tüm komplikasyonlar ve ölümün dava edilme sıklığının, diğer olgulara göre çok yüksek fark ettik. (…) Dolayısıyla bu tür bir hasta olduğu zaman ya da bir konuda bir şikâyet geldiği zaman ve direkt hastanenin hasta şikâyet yönetimi birimlerine yapılan başvurularda, uzlaşma ve arabuluculuk müessesinden önce iyi hazırlanmış bir ekiple başlığını ***'güvenli özür dileme'***[281] diye koyduğumuz bir çalışmayı yürütüyoruz burada. Ülkemiz için yeni bir çalışma ki dünya için yeni değil bu uygulama."

ED_9: "Artık hastaya sadece yapılan hatalarla eksiksiz bir açıklama yapmayı değil, aynı zamanda hastadan **özür dileyerek** de klinisyenleri desteklemeye başladık. Hastaya ya da yakınına gerekli tüm bilgileri açıklıyor ve tüm olumsuz sonuçlar için özür diliyoruz. Bu, Kanada'da uygulanan yeni yöntemdir.[Nitekim] 20 yıl önce, Kuzey Amerika'da hiçbir zaman hiçbir şey için özür dilememiz geleneksel olarak önerilmekteydi çünkü özür dilememiz, bir şey için suçlu olduğumuzu kabul etmemiz anlamına geliyordu."[282]

Hasta ve/veya yakınından özür dileme uygulamasında; özrün ortada bir hekim ya da sağlık kurumu hatası olduğu anlamına gelmediği, komplikasyon da olsa yaşanan tüm olumsuz sonuçlardan duyulan üzüntüyü ifade ettiği çıkarsanabilir. Zira bu uygulamayla hasta/yakını salt tıbbi durumuyla ilgili aydınlatılmış olmaz, aynı zamanda bir yanlış anlama, iletişim sorunu ya da değerlerin anlaşılmaması nedeniyle oluşan farklı değerlendirmelere de açıklık getirilmiş olur. Böylece birçok sorunun çözülmesine olanak sunulur.

---

[281] "Güvenli özür dilemek" ile ilgili ayrıntılı bilgi, "Tıbbi-Adli Sorunların Yargıya İntikal Etmeden Çözümüne İlişkin Yaklaşımlar" başlığında sunulmuştur.

[282] **Metnin özgün hali:** "We now we started to practice not only a position of full disclosure about the errors, but also support clinicians making apologies. We explain all necessary information to the patient or his relatives, and apologize for all poor outcomes. This is a new method applied in Canada. 20 years ago, in North America, traditional advice was that we never apologized for anything because that did mean like admitting that we were guilty for something."

Danışmanlık hizmetinin yukarıda incelenen başlıca görevlerinin yerine getirilmesinde, hukuki kimlik kazanmasında ve işlevselliğinde belirleyici olan ***"algoritma ve politika geliştirmek"*** üzerinde durulmuştur. Danışmanlığın görevleri arasında olması gerektiği söylenen algoritma ve politika geliştirmenin önemi, üç gruptan katılımcılar tarafından dile getirilmesinden de anlaşılmaktadır. Zira bunlar; *"kendi danışmanlık metodunu geliştirmek", "hekimin zor kararlarında nasıl bir yol izleyeceğinin standartlarını belirlemek", "danışmanlığa hangi durumlarda başvurulacağını klinisyene açıklamak"* ve *"işleyişinde hizmet yöntemini belirleme"*yi içerir. Üç grupta yer alan katılımcıların algoritma ve politika geliştirmekle ilgili düşüncelerini temsil eden ifadeleri şöyledir:

K_3: "(…) ayrıca bizler metodoloji yoksunuyuz, sizin kendi danışmanlık metodunuzu geliştirmeniz de önemli olacaktır."

K_8: "Bence zor kararlarda hastanın aydınlatılmasından itibaren ya da hastayla sıkıntıların başladığı durumlarda hekime yardımcı olacak bir adli ve etik danışmanlık birimi kurulabilir. Ama böyle bir birimin faydalı olabilmesi için birincisi hekimin zor kararlarda nasıl bir yol izleyeceğinin standartlarının da belirlenmesi gerekir. Buna dair algoritmaların oluşturulup, kitapçıkların ve kılavuzların hazırlanması gerekir çünkü hekim o noktada nasıl davranacağını bilemiyor. O noktada ne yapacağını bilemediği için de kendi şahsi, sosyal, kültürel, ekonomik ya da bulunduğu ortamdaki değerlendirmelere göre hareket ediyor."

K_{14}: "(…) kurulacak olan birimin ve sistemin/işleyişin, hizmet yönteminin iyi belirlenmesi, gerek hasta ve yakınının haklarının gerekse hekim, sağlık çalışanları ve klinik etik danışmanın haklarının, hakların sınırlarının oldukça iyi belirlenmesi gerekmektedir."

ED_6: "Etik karar verme algoritmasına da ihtiyacınız var çünkü bazen insanlar sadece kendi değerlerine göre karar verecekler ve doktorlar *'bunu yapmak istemiyorum. Bunu kabul edemem. Bunu yapabileceğinizi düşünmüyorum'* diyecekler. Bu nedenle, bir karar verme algoritması seçebilir ya da kendiniz yeni bir algoritma geliştirebilirsiniz."[283]

TAD_4: "Algoritma dediğimiz şey önemli, o algoritmanın oturmuş olması gerekir ki Türkiye'de böyle bir algoritma hâlihazırda bulunmuyor. Türkiye'de bir algoritma geliştirip, oturtabilirsek ancak bir yere doğru ulaşabiliriz ve bunu yapmak da belirli bir zamanı gerektiriyor. Neden derseniz, çünkü sistemin oturması lazım ki şu anda sistem yok ve bireylerle

[283] **Metnin özgün hali:** "You need also an ethics decision making framework because sometimes people will decide just on their own values, doctors will say, *'I don't want to do it. I cannot accept that. I don't think you can do that.'* So, you could choose a decision making framework or develop a new one."

yürüyoruz ve bireylerle de yürüdüğümüz için de sıkıntı yaşıyoruz. Ancak bunun da zaman içinde düzeleceğini düşünüyorum."

TAD_9: "Bahsettiğiniz danışmanlık sistemi için önce kendi içinizde bir iç mevzuat geliştirmeniz/hazırlamanız gerekir. Çünkü olmayan bir şey yaratıyorsunuz ve olmayan bir şey için kurallar kurmanız gerekir ki bu kuralları da siz geliştirip, yaratacaksınız. Bu noktada da size hukuk yol gösterir, yani Türk Medeni Kanunu, Madde 1."

Algoritma ve politika geliştirilerek, verilecek danışmanlık hizmetinin standart hale getirilmesi, içeriğinin ve kapsamının belirlenmesi, hekimin hangi vakalarda başvurabileceğini göstermesi ve işleyişinin belirli kurallara bağlanması olanaklı görülmektedir. Yine, hizmet alan ve sunanların eylem sınırlarının çizilmesi ve haklarının belirlenmesinde de belirleyici rol üstlenmektedir. İlaveten, sorunun belirli bir çerçevede sunulmasını böylece tarafsız ve nesnel kararlara ulaşılmasını sağladığı anlaşılmaktadır.

Algoritma ve politikaların, ***"klinik yönetişim"***in[284] hukuka ve etiğe uygun kılınmasına önemli katkı sağladığı ileri sürülebilir. Nitekim algoritma ve politika gibi "araç"ların yukarıda belirtilen faydaları klinik yönetişimin "mükemmeliyet" amacına da hizmet eder niteliktedir. Zira söz konusu araçlar; "*klinisyenlerle iyi ilişkiler geliştirme", "hasta/yakını ile görüşüp, iletişim kurma"* kısaca *"danışmanlık sunulan taraflarla etkili iletişim kurma"*ya da yardımcı olmaktadır. Tüm paydaşlar arasında iyi ilişkilerin kurulup, birlikte karar verilmesi de klinik yönetişimin omurgasını oluşturmaktadır.

K_2: "Amaç, sorunun çözümü olduğu için etik ve adli danışmanın hasta ya/ya da yakınıyla görüşmesi gerekir ki biz de bu görüşmeye ve konuşmalarına izin veririz."

K_3 "Burada önemli olan, hasta başı olmasıdır bu uygulamanın, yani danışmanın hastayı ya/ya da yakınını görmesi, onlarla da iletişim kurması gerekir. Bizde genellikle hasta ile kızı veya oğlu ilgilenir, bir süre sonra hastanın diğer çocuğu yurt dışından ya da şehir dışından gelip, *'neler oluyor, neler yapılıyor?'* diye sorar ve sürece müdahale eder. Bu durumlarda da etik sorun ortaya çıkar ki bu noktada da etik ve/veya adli danışmana ihtiyaç duyulur."

---

[284] **Klinik yönetişim:** Sağlık hizmetlerinde tıbbi ve tıbbi olmayan eylemlerin uyumlu, güvenlikli ve nitelikli; kararların ise tüm paydaşların ortak katılımına dayalı kılınması amacıyla hekime ve diğer sağlık çalışanlarına yardımcı olan yaklaşımı ifade etmektedir. (Bk. Cihangiroğlu N, Teke A, Uzuntarla Y. Hastanelerde klinik yönetişim ikliminin değerlendirilmesi: Bir eğitim hastanesi örneği. *Gülhane Tıp Derg*, 2016;58: 1-5).

ED_3: "Danışmanlığın değeri, klinik etik uzmanının hekim ve hastalarla diyalog kurmasına ve etkileşimde olabilmesine dayalı çalışmalarıyla belirlenir."[285]

ED_4: "Danışmanlığını sunduğunuz kişilerle etkin iletişim kurmanız gerekir. Etkili iletişim her zaman etik ve mediko-yasal tavsiyelerden önce gelir çünkü danışmanlığın kilit noktasıdır." için anahtar faktördür.[286]

Katılımcılar, klinik etik ve adli danışmanlıkta etkili iletişimin önemini, iletişimin anahtar rol oynaması ve danışmanlığın değerini belirlemesi ile ifade etmektedir. Zira hasta/yakını, hekim ve tedavi ekibi arasında yaşanan iletişim hatalarının da hem etik sorunlara hem de tıbbi-adli sorunlara yol açtığı bilinmektedir.[287] Kaldı ki, hem sorunu tanımlamak, hem "hastanın değer ve tercihleri"ni, hekimin gerekçelerini anlamak çatışmayı belirlemek için de etkili iletişim önem arz etmektedir.

Etkili iletişimin, klinik yönetişimde doğrudan rol oynayan bir bileşen olarak da addedilebilir. Dolaylı olarak etkili olan bir diğer bileşen ise hekim ve sağlık çalışanlarının etik ve tıbbi-adli konularda farkındalığını artırmak amacıyla ***"eğitim vermek"***tir. Her üç gruptan katılımcıların eğitimle ilgili önerileri arasında ***"etik karar vermeyle ilgili eğitim programı oluşturmak"*** ile ***"tıbbi malpraktis ve etik sorunlarla ilgili hizmet içi eğitim vermek"*** bulunmaktadır:

K_8: "Hekimin ve sağlık çalışanlarının da tıbbi malpraktis ve etik sorunlarla ilgili hizmet içi eğitim aldığı, hastaların da hekimin elindeki bilgilere göre hareket ettiği, bu imkân ve standartlar içinde bunu yapabileceği, daha fazlasını yapamayacağını bilmesi gerekir. (…) Bu danışmanlık biriminin verdiği eğitimlerle de hekimin ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesini sağlayacak aktif bir süreç ve işleyişi olursa, süper olur!"

ED_6: "Sağlık çalışanının etik karar vermeyle ilgili yeterliklerinin gelişmesini sağlayacak eğitim programları hazırlayın."[288]

TAD_9: "Eğitimci rolü de üstlenmek gerekiyor ayrıca. Yani, danışmanlık verirken bilgi aktarımı yapıp, bunu yaparken de monoton kalmadan kişilerde davranış değişikliği geliştirmek,

---

[285] **Metnin özgün hali:** "The value of consultation is determined by the works of clinical ethicist that comes down to the conversations and being able to interact with physicians and patients."

[286] **Metnin özgün hali:** "You should effectively communicate with the persons that you provide consultancy. Effective communication always comes before from ethical and medico-legal recommendations because it's the key factor for consultation."

[287] İletişim hataları nedeniyle yaşanan sorunlar, "Etik ikilem ve sorunların nedenleri" ile "Tıbbi-adli (mediko-legal) sorunların nedenleri" alt başlıklarında ayrıntılı olarak sunulmuştur.

[288] **Metnin özgün hali:** "Establish training programs to provide to develop the health care professional competencies in ethical decision making."

rol model olmanız da gerekiyor. Yine, hizmet içi özel eğitimler vermeniz gerekiyor. Bu amaçla bilginin akılda kalmasına yönelik eğitim yöntemleri belirlemelisiniz. Örneğin; verdiğim eğitimlerde prosedürü okumayı, denetimi, hasta güvenliğini, hastanın kişisel verilerinin korunması gerektiğini, kişisel mahremiyetin korunması gerektiğini öğretiyorum. Eğitimciden eğitilene aktarılan bir sinerji ile eğitim verilmeli bence. Yine, hastane yönetiminin de eğitimde ve hizmet sürecinde rol model olması eğitim kalıcılığını sağlar. Sizin de bunu sağlamanız gerekiyor."

Danışmanlık sisteminde danışmanların yukarıda ayrıntılı olarak sunulan görevlerini nasıl yerine getirecekleri de yine katılımcıların beyanlarıyla belirlenmiştir. Katılımcılar; klinik etik ve adli danışmanlık biriminin **"işleyişi"**ne ve danışmanların **"çalışma şeklini"**ne ilişkin ***"hasta başı hizmet sunma"*** ile ***"7/24 ulaşılabilir olma"*** kodları öne çıkmıştır. 7/24 ulaşılabilirlik bağlamında klinisyenler, kliniğin doğasına uygun olarak ***"acil ulaşılabilir olma"*** ve ***"anında müdahale etme"***yi sağlayacak çalışma saati önerilerinde bulunmuştur. Bu öneriler; ***"mesai saatlerinde ve icapçı veya nöbet usulü olarak çalışabilme"*** ve ***"gerektiğinde telefonla görüşme yapılabilme"***kten oluşmaktadır. Bu önerilerden hastanede fiziki olarak bulunma saatleri farklılık gösterse de gün boyu ulaşılabilirliğin esas olduğu anlaşılmaktadır. "Danışmanlığın doğası" gereği gereksinim duyulduğu an danışmana ulaşılabilmesi, vakanın acilliğine göre yanıt alınabilmesi ve hasta başı hizmet sunması gerektiği vurgulanmaktadır. Grup I, II ve III'ü oluşturan katılımcıların danışmanların çalışma saatlerine dair söylem örnekleri aşağıda verilmektedir:

K_2: "Bahsettiğiniz danışmanlık birimi 24 saat ulaşılabilir olmalıdır, ayrıca çözüm uzaktan değil yerinde olmalıdır, yani hizmetin hasta başında sunulması ve her zaman ulaşılabilir olması gerekir."

K_3: "Bu birim ya da servis 7/24 on-call çalışsın isteriz ama olmasa da en azından 8/20 ya da 9/21 çalışabilir olsun. Burada önemli olan hasta başı olmasıdır bu uygulamanın (…)."

K_4: "Fakültemizde belirttiğim nedenlerle adli ve klinik etik danışman ya da danışmanlık biriminin kurulması klinisyen olarak bizlere, hasta ve yakınlarına yardımcı olacaktır. Ancak bu birim, mesai saatlerinde mutlaka ulaşılabilir olmalıdır. Biz klinisyenler olarak 7/24 olmasını isteriz ama bu saatler danışmanlar için insani olmayabilir. Bu durumda, icapçı gibi çalışabilir. Aslında önemli olan, hasta başında, yani hasta ve yakınıyla görüşerek çözümü gerekli acillikte sunabilmesi ve gerekli sürede öneride bulunabilmesidir. Danışmanlık ikna temelli olduğundan

uzaktan, somut ve mutlak ölçütlerle yapılamayacağından hasta ve yakınlarıyla görüşülmesi önemlidir."

K_6: "Nöbet usulü de verilebilir, mesai saatleri içinde 8/17 (08.00-17.00) olmasının yanı sıra hizmetin amacına istinaden mesai saatleri dışında icapçı olarak çalışabilir. Gece hızlı karar vermek gerektiğinde uzaktan da telefonla karar verebilecek bir uygulama olabilir. Gün içinde hastayı da görüp değerlendirebilecek ama gece özellikle acil vakalarda değerlendirme yapıp, hızlı karar verebilecek uzaktan da olsa danışmanlık verebilecek şekilde çalışılabilir bu birim."

ED_6: "Klinisyenler gibi çalışabilirseniz, onlara yardımcı olabilirsiniz. Yani, hastaya ve klinisyene yardım edebilmek için hasta başı danışmanlık sunmanız gerekir. Dolayısıyla, orada [klinikte] olmalısınız, hasta başı danışmanlık sunmalısınız ve klinisyene iyi karar vermesinde yardımcı olmalısınız."[289]

ED_7: "Şayet klinik etik danışmansanız, gece de dâhil olmak üzere tüm gün telefon görüşmesine açık olmalısınız. Danışmanlığın doğası budur!"[290]

TAD_3: "Anında müdahale çok önemli çünkü ülkemizde klinik etik danışmanlıktan çok adli tıp danışmanlığının olmasının nedeni, sahada adli tıp uzmanlarına etikçilerden daha kolay ulaşılır olmasından ve onların da olguya anında müdahale etmesinden kaynaklanıyor."

TAD_6: "Bence kritik olgularda adli tıp uzmanına danışabilir hekimler ve sizin kurmayı hedeflediğiniz danışmanlık sistemi hayata geçirebilirse çok iyi olur. Ancak bu sistemde çalışan danışmanların 7/24, gerektiğinde telefonla da ulaşılabilir olması ve acil yanıt sunabilmesi gerekir."

CAD_5: "Geliştireceğiniz danışmanlık sisteminde, danışmanlık verdiğiniz hasta, doktor ve vakanın mahremiyetini korumanız gerektiğinden güvenli bir kayıt sistemine sahip olmanız elzemdir. Diğer yandan çağrı üzerine danışmanlık yapmanız, yani ilgili paydaş danışmanlık talep ettiğinde tüm gün ulaşılabilir olmanız gerekir. Ayrıca, mümkünse hasta başı danışmanlık sunmalısınız."[291]

---

[289] **Metnin özgün hali:** "If you can work like clinicians, you can help them. I mean, you should provide bedside consultation to help the patient and clinician. So, you should be there, you should consultation bedside, and you should assist the clinician in making a good decision."

[290] **Metnin özgün hali:** "If you are a clinical ethics consultant, you should be open to a phone call all day, at night too. That's the nature of consultation!"

[291] **Metnin özgün hali:** "On the consultation system that you will develop, you need to have a secure record system because you need to be able to maintain patient, doctor and case privacy that you provided consultation. On the other hand, you should provide on-call consultation, I mean the relevant stakeholder can reach to you all day. And also, if possible, you should provide bed-side consultation."

Katılımcıların yeni klinik etik ve adli danışmanlık modelinin/sisteminin yapısına ve işleyişine dair önerileri kısaca şu şekildedir: 7/24 ve telefonla da ulaşılabilir olması, hasta başı hizmet sunumu olması, vakayla ilgili paydaşlarla etkili iletişim kurulması, acil ve anında yanıt verebilir nitelikte olması ve süreklilik adına hizmetin cüretli olması. Yine, belirli klinik ve vakalarda zorunlu tutulması, sadece hekime yönelik olması, şehir, devlet ve eğitim araştırma hastanelerinde de sunulması üzerinde önemle durulmuştur. Görevleri arasında öncelikle etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları çözmek, bu amaçla paydaşlar arasında uzlaşı sağlamaya yönelik arabuluculuk yapmak ve gerektiğinde tüm olumsuzluklar için hasta/yakınında özür dilemek öne çıkmıştır. Bunların yanı sıra hizmetin işleyişini içeren ve düzenleyen politikalar hazırlamak, kendi karar verme algoritmasını geliştirmek, hekim ve sağlık çalışanının etik ve mediko-legal konularda farkındalığını artırmak amacıyla hizmet içi eğitim vermek, böylece "klinik yönetişim"e katkıda bulunmak. Kurulma aşamasında ve hizmet sürecinde ise sağlık kurum yönetimini ve hekimi faydaları konusunda ikna etmek ve bu faydaları zaman içinde haklı çıkarmak gerektiği salık verilmiştir.

4.2. GELECEĞİN TIBBI KAPSAMINDA EDİNİLEN BULGULAR

Araştırmanın ikinci kısmını oluşturan **"geleceğin tıbbı"** ile ilgili bu bölüm; Kanada ve Türkiye'de görev yapan, "geleceğin tıbbının tasarımcı"ları olarak addedilen, biyomedikal mühendisleriyle gerçekleştirilen derinlemesine görüşme verilerinin incelemesine dayanmaktadır. Görüşmelerde; katılımcıların yakın ve uzak geleceğin kliniklerinde ne tür biyomedikal ürünlerin kullanılabileceğine, bu ürünlerin faydalarına ancak kullanımından doğabilecek olası risklerine, bu doğrultuda potansiyel hasta, hekim, hastalık ve tıbbi yaklaşıma, bu yönde oluşan beklenti ve kaygılarına ilişkin fikirlerinin saptanması hedeflenmiştir. Ayrıca biyomedikal teknolojilerin insana yardımdan "insanın geliştirilmesi"ne (*human enhancement*) evrilen felsefesinin zamanla yeni bir türün "yarat"ılmasına ve insanlığın varoluşsal zarar görmesine yol açacağına dair distopik dünya tasarımı hakkında düşüncelerinin belirlenmesi önem arz etmiştir. Nitekim bu teknolojinin düşün alanındaki karşılığı olan "trans-hümanizm"e yöneltilen en büyük eleştiri ve ontolojik kaygı yukarıda kısaca belirtilen distopik düşünceyle temellendirilmektedir. Ancak önlenemez derecede ilerleyen teknolojinin insana dair birçok şeyi dönüştürdüğü hakikati, tıbbın hümanist temelli kadim yaklaşımında da dönüşümü kaçınılmaz kılmaktadır. Bu bağlamda geleceğin tıbbında da yaklaşımın aynı kal(a)mayacağı ön kabulü ve yeni yaklaşımın trans-hümanizm olacağı savı, bu yöndeki düşüncelerinin belirlenmesini

gerektirmiştir. Dolayısıyla katılımcıların çalışmalarının ve gelecek tasarımlarının, bahsi geçen ontolojik kaygıyı haklı çıkarıp çıkarmayacağının tespiti de önem arz etmiştir.

Nihai olarak, bu araştırmanın, biyomedikal teknolojilerin hâkim olacağı geleceğin kliniklerinin değişimine koşut olarak tıbbi yaklaşımın da trans-hümanizme dönüşeceğine ilişkin savı temellendirilmeye çalışılmıştır. İlaveten, bu sava dayanak oluşturan trans-hümanist tıptan post-hümanizme götüren sınırların aşılmayacağı ve antikiteden günümüze uzanan değerlerin yok edilmeyeceği ancak bunlara yenilerinin ekleneceği fikrinin de tanıtlanmasını gerektirmiştir. Zira bu "yenilik"le yeni değerler oluşurken, yeni etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların yaşanacağı, dolayısıyla yeni etik ve yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği düşüncesi kanıtlanmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda nihai amaç, geleceğin tıbbında da klinik etik ve adli danışmanlığa gereksinim duyulacağı ön kabulünü ve önermesini doğrulamak olmuştur.

Yukarıda belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda her iki ülkeden biyomedikal mühendisleri ile yapılan derinlemesine görüşme dökümlerinden hareketle bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcılardan alıntılanan söylem örnekleriyle kanıta dayalı olarak açıklanan kodlamada Türkiyeli biyomedikal mühendisleri **"TBM"** koduyla, Kanadalı biyomedikal mühendisleri ise **"CBM"** koduyla anonimleştirilmiştir. On üçü (13) Kanada'dan, on üçü (13) de Türkiye'den olmak üzere toplam yirmi altı (26) biyomedikal mühendisi araştırmaya katılım göstermiştir. İki ülkeden araştırmaya katkı sunan katılımcılara yöneltilen soruların aynı olmasına dikkat edilmiştir.

4.2.1. Biyomedikal Teknolojilerin Mahiyeti ve Etkilerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya Kanada ve Türkiye'den katılmayı kabul eden biyomedikal mühendislerine öncelikle görünen anlam olarak bu teknolojilerin onlara ne ifade ettiği, alt anlam olaraksa bu teknolojilere hangi değeri yüklediklerinin belirlenmesine gidilmiştir. Bu doğrultuda *"[b]iyoteknoloji ve/veya biyomedikal teknolojiler ve gelişmeler size ne ifade ediyor, bir metafor veya analoji aracılığıyla açıklayabilir misiniz?"*[292] sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıtlardan biyomedikal teknolojilerin mahiyeti ve etkilerine ilişkin bulgular saptanmıştır. Bu yönde saptanan bağlam, ana tema, alt tema ve kodlar Tablo 4.24'te sunulmuştur:

[292] **Sorunun İngilizcesi:** *"What does biotechnology, biomedical technology or biomedical advancement mean to you, could you explain its meaning by means of a metaphor or an analogy?"*

Tablo 4.24:"Biyomedikal teknolojilerin mahiyeti ve etkileri" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Mahiyeti	**Sağlık hizmetleri**	• Tele-tıp • Giyilebilir teknolojiler	• İnsanlara yardım eden "kahraman" • Teknoloji ve tıbbi faaliyetlerin kesişim alanı • Germ hattı ve genetik tedavi
	Bilim kurgu-sal çağrışım	• Bilim kurgu film ve kitapları • Avatarlar • Yapay sistemler	• Yaşlanmaya ve ölüme karşı koyması • İnsan gelişimini ve dönüşümünü desteklemesi • Geleceği ön görülemez kılması • Kontrol edilemez olması
Etkileri	**Yenilikçilik**	• Yenilikçi yaklaşıma sahip olma • Geniş yelpazeye sahip olma • "Piramit" metaforu • Biyoteknoloji ve biyomedikal teknolojilerin farkı	• Genetik çalışmalarının güçlenmesi • Laboratuvar cihazlarının detaylı biyolojik çalışmalara olanak tanıması • İnsan sağlığını güçlendirecek çalışmaların desteklenmesi • Geleceğin şekillendirilmesi
	Veri devrimi	• Veri devriminin yaşanması • Büyük veriyle mücadele	• Biyoteknolojide gelişmiş bilgi işlem süreçlerine olanak tanıması
	Toplumsal dönüşüm	• Sınırların olmayışı • Teknolojinin her zaman var olsa da hep gelişmesi	• Sosyal normların ve değerlerin değişmesi • Yaşama dair her şeyin değişmesi

Katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerin ilk aşamasında biyomedikal teknoloji kavramı üzerinde durulmuş ve mahiyeti belirlenlenmeye çalışılmıştır. Ancak katılımcıların verdikleri yanıtlardan bu teknolojilerin sadece mahiyetine değil, etkilerine de değindikleri görülmüştür. Zira **"biyomedikal teknolojilerin mahiyeti ve etkileri" bağlamı**nda sadece mahiyetine işaret eden *"sağlık hizmetleri"* ve *"bilim kurgu-sal çağrışım"* alt temaları değil, aynı zamanda toplumsal ve tıbbi açıdan etkilerini de ifade eden *"yenilikçilik", "veri devrimi"* ve *"toplumsal dönüşüm"* kavramları da öne çıkmıştır. Gerek Kanada'dan gerekse Türkiye'den katılımcıların odaklandıkları bu kavramlar arasında **Türkiye**li katılımcılar ***"sağlık hizmetleri"*** kapsamında *"tele-tıp"* ve *"giyilebilir teknolojiler"* gibi uzaktan sağlık hizmetlerini vurgulamışlardır. Biyomedikal teknoloji ana temasının ilk alt teması uzaktan sağlık hizmetleri konusunda olup, konuya ilişkin bir katılımcının söylemi örnek seçilmiştir:

TBM_4: "Biyomedikal teknolojilerden bahsedilirken zihnimde canlanan ve analoji kurabildiğim şey; uzaktan sağlık hizmetleri, yani tele-tıp ve giyilebilir teknolojilerle hastanın

nabız, tansiyon, kolesterol gibi birçok verisinin hastaneye gitmesine gerek kalmadan alındığı teknolojilerdir."

Bir diğer katılımcı da "biyoteknoloji" ve "biyomedikal teknoloji" kavramlarının birbirinden farkına vurgu yapmıştır:

TBM_5: "Biyoteknoloji' kavramının içerisinde yaşam bilimleri, gıda, tarım, biraz da tıp alanları var. Genelde biyoteknoloji üzerine çalışan kişiler daha çok biyoloji, biyokimya, moleküler-biyoloji ve genetik ağırlıklı olur. 'Biyomedikal teknoloji' dendiği zamansa insan sağlığını, tıbbı ve klinik sahayı içeren teknolojiler akla gelmektedir."

Biyomedikal teknolojilerle bağlantılı olarak biyomedikal mühendisliğinin çalışma alanı açısından geniş bir yelpazeye sahip olduğu şu şekilde vurgulanmıştır:

TBM_7: "Biyomedikal mühendisliği aslında çok geniş yelpazeye sahip, her şeyden biraz biraz var içeriğinde. Yani ister bir aile sağlığı merkezi olsun, ister büyük bir hastane, isterse küçük bir diş kliniği olsun bir kliniği ya da sağlık tesisini, ölçeği önem arz etmeksizin, teknolojik açıdan ayakta tutan, güvenilir ve verimli şekilde çalışmasını sağlayan mühendislik bilimi olarak tanımlanabilir."

TBM_3: "Örneğin, çok basit bir doğum kontrol yöntemi olan prezervatif de bir biyomedikal mühendislik ürünüdür, milyonlarca dolarlık PET cihazı, *gama knife*'lar da biyomedikal mühendislik ürünüdür. Çok geniş bir yelpazeyi kapsıyor."

Biyomedikal teknolojilerin katılımcılarda **"bilim kurgu-sal çağrışım"**a yol açtığı da görülmüştür. Zira Türkiyeli katılımcılar, düşüncelerini ***"bilim kurgu film ve kitapları", "avatarlar"*** ve ***"yapay sistemler"*** anolojisiyle dile getirmişlerdir. İnsansı teknolojik varlıkların dünyayı doldurabileceğini, yapay sistemlerin yardımcı teknolojiler olarak insan yaşamını destekleyebileceğini, bilim kurgu eserlerinin de bu etkileri destekleyebileceğini varsayan katılımcıların söylem örnekleri şöyledir:

TBM_2: "Zihnimde insandan uzak, avatarlar gibi insansı robotlar ve varlıklarla dolu bir dünya canlanıyor. Hem zihnimde canlanan hem korktuğum ise insandan arındırılmış bir yeni dünya…"

TBM_4: "Biyomedikal mühendisliği, kısaca *'biyo'nun mekaniği, çalışma prensipleri, yumuşak dokuların mekaniği yani modellenmesi'* anlamına geliyor. Bu teknolojiler nerelerde kullanılıyor, tasarım, insana yardımcı (*assistive*) teknolojiler ve yapay sistemler ilk aklıma gelenler olup, bunlarla analoji kurabiliyorum."

TBM_9: “Teknoloji ve özellikle biyomedikal teknolojiler dendiğinde analoji olarak ilk aklıma gelen imgeler; pek çok bilim kurgu filminde olan ögeler ve görüntülerdir. Şimdi hatırlıyorum mesela, çocukluğumda *Altı Milyon Dolarlık Adam* adlı bir film vardı. Bir uçak kazasında vücudunun büyük bölümünü kaybeden Albay Austin yeniden hayata döndürülür ancak vücudunun büyük bölümü mekaniktir. Bu nedenle ‘*Biyonik Adam Steve Austin’* denilir, günümüzün ‘*sayborg*’u olarak da adlandırabiliriz. Kazadan sonra ‘yeniden yaratılma’ sürecinde Austin’in gözlerinden birine zum ve kızılötesi görüş kabiliyeti eklenir, bacakları öyle kuvvetlendirilir ki otomobillerle yarışır hale gelir ve kollarından biri de buldozer kadar güçlü olur. Fakat eklenen bu özel güçlerin maliyeti milyon dolardır. Yani, ekonomi ve o dönemin biyomedikal teknolojik koşullarıyla paralel olarak mekanikleşen ve geliştirilen insanlar geliyor aklıma.”

TBM_{11}: “Zihnimde hemen bilim kurgu filmlerindeki görüntüler canlanıyor. Tabii ki bilim kurgu filmlerindeki gibi sınırların ötesinde değil, ama sınırlılıkların giderildiği ve olanakların daha çok olduğu, daha iyi bir dünya tasarımı aklıma geliyor.”

Öte yandan, Türkiye’den katılımcıların biyomedikal teknolojilerin **“etkileri”**ni ifade eden ***“yenilikçilik”*** kavramını önemsedikleri, “biyomedikal teknoloji” denilince bir yönüyle “denenmemişin seçimi” görüşünü benimsedikleri görülmektedir. Katılımcıların yenilikçilik alt temasını oluşturan düşünceleri; “*yenilikçi yaklaşıma sahip olma”, “geniş yelpazeye sahip olma”, “piramit metaforu”* ile *“biyoteknoloji ve biyomedikal teknoloji farkı”* kodlarıyla içeriklendirilmiştir. Bu konuda bir katılımcı düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

TBM_6: “Zorlukları da oluyor bunun çünkü bazı şeyleri sizin sıfırdan başlatmanız, kurmanız gerekiyor. Kısaca, aklıma gelen ilk kelime veya analoji ‘yenilikçilik’ diyebilirim.”

Biyomedikal teknolojileri; mühendislik, klinik, biyoloji, hasta, hekim ve diğer paydaşları içine alan, yükselen ve sonu olmayan bir “piramit”e benzeten katılımcının ifadesi ise şu şekildedir:

TBM_1: “Biyomedikal teknolojiler dediğimiz alan; mühendislik, klinik, biyoloji, hasta, doktor hepsini içine alan, yükselen ve sonu olmayan bir ‘piramit’ gibi düşünülebilir. En temelinden uygulamaya geçmesi ve saydığımız tüm paydaşları içine alması beni en büyük cezbeden unsur. Çünkü hem insanlarla etkileşiminiz çok iyi olmaktadır, hem de sorunu temel bilimlerle en baştan algılayıp, onlara mühendislikle çözüm getirip, daha sonra kliniğe götürüp ihtiyaca göre şekillendirmek mümkün olabilmektedir. Aslında böyle katman katman, temel

bilim, mühendislik, ihtiyaç, uygulama ve klinik olmak üzere birçok alanı içerisine alması beni en büyük cezbeden ve motive eden unsurdur, yaptığım işte."

Katılımcıların teknolojide yaşanan gelişmeler bağlamında **"veri devrimi"** yaşandığını ve bunun ***"toplumsal dönüşümü"*** desteklediğini düşündükleri izlenimi edinilmiştir. Teknolojinin ve bilgi işlem sistemlerinin gelişmesiyle birlikte biyomedikal mühendislerinin veri, özellikle ***"büyük veri"*** (*big data*), ile başa çıkmaya çalıştıkları ve bu konuya yoğunlaştıkları aşağıdaki örnek ifadeden görülmektedir:

TBM_5: "Günümüzde internetin bu denli yaygın kullanımı ki ben bu dönemi *'veri devrimi/çağı'* olarak adlandırıyorum… Ancak bu çağda bilginin ulaşılabilirliği artarken, doğrulanabilirliği azaldı! Biz de bu çağın getirdiği büyük verinin ne anlama geldiğini anlamaya çalışıyoruz."

Biyomedikal teknolojinin gelişmesiyle birlikte toplumda bir değişim ve dönüşümün yaşanabileceğini, aslında yaşanmaya başlandığını ve yol alındığını düşünen biyomedikal mühendislerinin konuyla ilgili görüşleri *"teknolojinin her zaman var olması"* ve *"sınırların olmayışı"* kodlarıyla ilişkilendirilmiştir. Konuyla ilgili görüşlerden seçilen söylem örneklerine aşağıda yer verilmiştir:

TBM_5: "Aslında *'biyomedikal teknolojiler'* denildiğinde de zihnimde canlanan, doğrudan sağlık hizmetinin icrasında teknolojinin bulunmadığı hiçbir çağın olmamasıdır. Bu tanımı itibariyle teknoloji hayatımıza yeni girmedi; teknoloji, bilimden daha eski bir kavram ama biz ilk taşı yontmaya başladığımızda teknolojiyle ilgilenmeye başladık. Dolayısıyla ilk hasta bakıldığında da bir teknoloji vardı, farklı olan tek şey kullanılan yöntemlerin değişmesi ve kullanılan teknoloji ürünlerinin gelişmesidir. Doktorlar, geçmişte hastanın idrarını tadarak şeker hastası olup olmadığını belirlerken, günümüzde laboratuvarda yapılan inceleme sonucu karar veriyorlar. Ama geçmişte kullanılan da bir teknikti, bugün kullanılan da bir tekniktir. Yani, mutlak anlamda teknoloji hep vardı. Ama bugün biyomedikal teknolojiler dediğimizde, artık gelişimi hızlanmakta olan teknolojinin çok daha yoğun kullanıldığı bir tıp hizmeti aklıma geliyor."

TBM_{12}: "(…) Teknolojinin yükselişinin en hızlı olduğu bu zaman diliminde, geçiş nesli olan bizlerin aradaki farkı daha kavrayarak, gözlemlediğimize inanıyorum. Bu nedenle çocukken zihnimizde canlandıramayacağımız olayların ve icatların ileri yaşımızda gerçekleştiğini görebilen nesil olarak özellikle içinde bulunduğum biyoteknoloji ve biyomedikal teknolojilerde sınırların olmadığına inanıyorum. İnsanlar, beyninin yaklaşık

%5'ini kullanabilirken, trans-hümanizm akımının hedeflerinden biri bu seviyenin çok çok üzerine çıkmaktadır. Bunun da biyomedikal teknoloji ve moleküler biyoloji ile gerçekleştirilebileceği iddia edilmektedir."

Kanada'dan araştırmaya katkıda bulunan katılımcıların söylemlerinde, biyomedikal teknolojilerin mahiyetine ilişkin **"sağlık hizmetleri"** kapsamında *"insanlara yardım eden 'kahraman", "teknoloji ve tıbbi faaliyetlerin kesişim alanı", "germ hattı ve genetik: tedavi ve gelişim"* ile *"yaşlanmaya ve ölüme karşı koyma"* kodları ön plana çıkmaktadır. Biyomedikal teknolojileri, engelli ve hasta insanlara yardım eden "kahraman" olarak değerlendiren katılımcının ifadesi şu şekildedir:

CBM_{11}: "Biyomedikal teknoloji, engelli ve hasta insanlara yardım eden ve yeteneklerini geliştiren bir 'kahraman'a benzer. Kesinlikle kullanım amacı kişilere ve niyetlerine göre değişir, ancak asıl amacı insanlara yardım etmek ve onların yararıdır."[293]

Biyomedikal teknolojilerin geniş anlamda sağlık hizmetleri, dar anlamda tıbbi uygulamalarla ilişkisine değinen katılımcı, düşüncesini şu şekilde dile getirmiştir:

CBM_{9}: "Biyomedikal teknoloji, bence, 'teknoloji' ile 'tıbbi faaliyetler' arasındaki kesişim alanını kapsayan genel bir terimdir. Bu durum, terimi oldukça kapsamlı kılar, tıpkı canlıların, bitkiler ve hayvanlar olarak ayrılması gibi."[294]

Biyomedikal teknolojilerin sağlık hizmetlerinde kullanımını, *"germ hattı ve genetik"* benzetmesi ile açıklayan katılımcının ifadesi şöyledir:

CBM_{4}: "Düşüncemi, germ hattı ile genetik analojisini kullanarak açıklamak isterim. Böylece gen terapileri ve gen tasarımı, yani tedavi ve geliştirme, arasında ayrım yapmanın önemine de değinmiş oluyoruz. Ama aynı zamanda, bu farklı iki şeyin giderek birbirine yaklaştığını ve aralarındaki çizginin bulanıklaştığını da düşünüyorum."[295]

Kanadalı katılımcılar **"bilim kurgu-sal çağrışım"** ana temasına atıfta bulunarak, bu teknolojilerin *"yaşlanmaya ve ölüme karşı koyma"* ile*"insan gelişimini ve dönüşümünü*

---

[293] **Metnin özgün hali:** "Biomedical technology is like a 'hero' to help people disabled and sick, and develop their abilities. Exactly, its intended purpose would vary by people and their intent, but its main aim is to help people and for their benefits."

[294] **Metnin özgün hali:** "Biomedical technology, in my opinion, is a collective term which covers intersection between 'technology' and 'medical activities'. This makes the term very broad something like dividing the living world into plants and animals".

[295] **Metnin özgün hali:** "I would like to explain my opinion using the analogy germline and genetics. And so that speaks to the importance of making distinction between gene therapies and gene designing, I mean, treatment and, and enhancement. But also I think the lines that are being brought closer and closer together and blurring that can take place between these things that are distinct, there are different."

*desteklenmesi"*ne rağmen,*"geleceği ön görülemez kılması" ve "kontrol edilemez olması"* özellikleri üzerinde de durmuştur. Biyomedikal teknolojileri, bilim kurgu filmlerinde işlenen insanın ölümsüzlük arayışı ve ölümsüzlüğe ulaşması temasıyla koşut kılan katılımcı, bu koşutluğu "ölümsüzlük otobüsü" imgesiyle şöyle açıklamaktadır:

CAD_{12}: "Yaşlanma ve ölüme karşı bilim aktivizmi yolculuğunun bir göstergesi olan 'ölümsüzlük otobüsü' benzetmesini kullanabilirim. Ölümsüzlük otobüsü aslında yaşlanmaya ve ölüme karşı bilim yanlısı bir direnişin sembolüdür. Bu direnişin bir parçası olarak, Kuzey Amerika ve ABD'de gelecek insan hakları tartışmasını ateşlemek amacıyla 40 metrelik bir 'mobil tabut' kullanıyoruz. Binlerce yıl boyunca, insanların ölümden ve mezardan kaçamayacağı varsayıldı. Ancak 21. yüzyılda, dünya çapında milyonlarca insan, modern bilim ve biyomedikal teknolojinin insan ölümlerinin üstesinden gelebileceğini ve hatta yaşlanmayı tersine çevirebileceğini fark edebildi."[296]

Katılımcının yukarıda alıntılanan ifadesinden, ölümsüzlük arayışının bilim kurgunun yaşama geçilirmiş simgesi olarak değerlendirilebilen "ölümsüzlük otobüsü" ile somut kılındığı anlaşılmaktadır. "Bilim kurgusal çağrışım" alt teması kapsamında daha "gerçeğe yakın" değerlendirme yapan katılımcıların ise insanın gelişimi üzerinde durduğu görülmektedir. Katılımcıların, bilim kurgu çalışmalarında vurgulandığı gibi, biyomedikal teknolojilerle insanın gelişimine ve buna özdeş biçimde yaşamın değişmesine ilişkin sözleri şu şekildedir:

CBM_7: "Biyoteknoloji için sıklıkla başvurduğumuz metaforlardan biri 'bilgisayar kullanımı'dır. Bu nedenle, eminim daha önce duymuşsunuzdur bu metaforu. Ancak şu anda biyomedikal teknolojiye bakış açımız, dünyayı değiştiren ve 80'lerin başında bilgisayar kullanan genç insanların yaşamlarını şekillendiren güçle aynı olduğudur. Yani, biyomedikal teknolojinin etkisi bilgisayar kullanımına çok benziyor. Bilgisayar kullanımı yaşamımızdaki her şeyi kesinlikle değiştirdi, örneğin, dijital teknoloji ve bilgisayar kullanımındaki ilerleme olmasaydı şu anda konuşamaz ve yüz yüze görüşemezdik. Bu nedenle biyomedikal teknolojinin gelecekte de aynı derecede önemli olacağına inanıyorum. Her şeyi değiştirecek ve daha kolay, belki daha iyi bir yaşam formuna dönüştürecek."[297]

---

[296] **Metnin özgün hali:** "I can use the analogy of 'immortality bus' that is a sign of the journey of science activism against aging and death. The immortality bus is actually a pro-science symbol of resistance against aging and death. As the part of the resistance, we use a 40-foot 'mobile coffin' to ignite the next civil rights debate the North America and the USA. For millennia, it was assumed humans could not escape death and the grave. Yet, in the 21st century, millions around the globe could realize that modern science and biomedical technology may soon be able to overcome human mortality and even reverse aging."

[297] **Metnin özgün hali:** "One of the metaphors we often use for biotechnology is 'computing'. So, I'm sure you've heard this one before the metaphor. But the way we see biomedical technology right now is that it has the same power to change the world and shape young people's lives that computing had in the early 80s. So, the impact of biomedical technology is very similar to

CBM_8: "Biyomedikal teknoloji, teknolojiyle bağlantılı biyolojiye ağırlık vermektir, bu nedenle çok çeşitli teknolojileri kapsayan geniş bir alandır. En önemli husus ise biyomedikal teknolojinin, niteliklerini geliştirmek amacıyla insanları dönüştürme ve değiştirme amacını taşımasıdır."[298]

Biyomedikal teknolojilerin insanı geliştiren ve yaşamı kolaylaştıran niteliklerine karşın, "geleceği ön görülemez kılması" ve "kontrol edilemez olması" gibi özellikleri de aşağıda vurgulanmıştır:

CBM_{10}: "Biyomedikal teknolojinin neleri içerdiğini, neye yol açtığını ve neye dönüşeceğini tahmin edemediğimiz için siyah ve karanlık bir fanusa benzediğini düşünüyorum. Bu nedenle, bu karanlıktan ve bilinmezlikten endişe ediyorum. Belki gelecekte aydınlatılır ve insanlığa fayda sunar, ancak şimdi benim için büyük bir soru işareti."[299]

CBM_{13}: "(…) biyomedikal teknolojilerin kullanım amacını ve kullanımını kontrol edemezsiniz. Bu nedenle, etik ve yasal sistemlerin neyin kabul edilebilir, neyin kabul edilemez olduğunu kontrol edebilecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerekir."[300]

Biyomedikal teknolojilerin gelecek ve geleceğin tıbbı bağlamında "bilinmezlik" taşıması ve "kontrol edilemez" olması Kanadalı katılımcıların kaygı duyduğu özellikleri olup, pozitif ve negatif yönleriyle, çift yönlü değerlendirme yaptıkları görülmektedir. Ayrıca, kaygı duydukları özelliklerinden ötürü hukukun ve etiğin devreye girmesi ve sınırları çizmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Türkiye'den katılımcıların ise biyomedikal teknolojilerin negatif özellikleriyle ilgili beyanda bulunmamaları, nispeten iyimser yaklaşımlarına örnek teşkil etmektedir.

Kanadalı katılımcıların söylemlerinden biyomedikal teknolojilerin **"etkileri"**ne dair ***"yenilikçilik"*** kapsamında *"genetik çalışmalarının güçlenmesi"* ve *"laboratuvar cihazlarının detaylı biyolojik çalışmalara olanak tanıması"* sayesinde *"insan sağlığını güçlendirecek çalışmaları desteklemesi"*, böylece *"geleceğin şekillendirilmesi"* kodları öne çıkmaktadır.

computing. Computing changed absolutely everything in our lives, for example we wouldn't be able to speak and be video face to face right now without digital technology and without the advancement of computing. So, I believe that biomedical technology will be just as important in the future. It's going to change and convert to an easier, maybe a better, life."

[298] **Metnin özgün hali:** "Biomedical technology focuses on biology related technology, so it's broad field that encompasses a wide range of technologies. It's the most important biomedical technology has the objective on modifying or altering humans to enhance their characteristics."

[299] **Metnin özgün hali:** "I think, biomedical technology does resemble a black and dark bell jar because we cannot predict what it involves, what it leads to, and what it will turn into. So, I do worry about this darkness and erraticism. Maybe, it would be lighted in the future and so it presents benefits to humanity, but now it is a big question mark to me."

[300] **Metnin özgün hali:** "(…) you cannot control the intended purpose and use of biomedical technologies. So, ethical and the legal system should be regulated again such to control what is acceptable and what isn't."

Yine,"biyomedikal teknolojide bilgi işlem süreçlerinin gelişmesi"nin de "**veri devrimi**"ni yaşatacak unsurlardan biri olduğu belirtilmektedir. Dikkat çeken husus ise biyomedikal teknolojilerin belirtilen etkilerinin sadece insanda değil, toplumda da değişime yol açmakta olduğudur. Bu doğrultuda **"toplumsal dönüşüm"** kapsamında ***"sosyal normların ve değerlerin değişmesi"*** ile ***"yaşama dair her şeyin değişmesi"*** olasılığı ileri sürülmektedir. Biyomedikal mühendislik, tıp ve toplum arasında birbirini değiştirme açısından döngüsellik söz konusu olsa da bu noktada katılımcılar arasında farklı görüşler dile getirilmiştir. Kanadalı katılımcılardan biri, bu değişimi tetikleyen alanın biyomedikal mühendislik; diğeri ise tıp olduğunu belirtmiştir. Değişimin kaynağına tıbbı koyan katılımcıya göre tıbbi yaklaşım ve uygulamalar sürekli değişmekte, bu değişim biyomedikal mühendislik ve teknolojileri değiştirmekte, bunlara koşut tepki gösteren insanların davranışı ve zamanla anlayışı değişmekte, değişen anlayışa özdeş olaraksa toplumsal değer ve kurallar değişmektedir. Değişimin kaynağına biyomedikal teknolojileri koyan katılımcı ise bu teknolojilerin doğrudan tıbbı, dolaylı olarak da yaşamı dönüştürdüğünü savunmaktadır. Katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmiştir:

CBM_9: "Tıpta her şey sürekli değişiyor, dolayısıyla tıp değişip geliştikçe, mühendislik ve biyomedikal mühendisleri de değişiyor ve değişecektir. Aslında her şey değişiyor ve değişecek, toplumsal değerler ve normlar da dönüşüyor ve değişecek. Hiçbir şey kalıcı değil!"[301]

CBM_{13}: "Tıp ve tıbbi yaklaşım, biyomedikal teknolojiler ve biyomedikal gelişmelerle şekilleniyor, ki bu kaçınılmazdır! Tanı ve tedavi yöntemleri değiştikçe, hasta hakları ve tıp felsefesi de değişiyor. Böylece değerler ve yaklaşımlar değişiyor ve değişecektir. Tıbbın; kadim değişmez değerlerine karşın, gereksinimler ve biyomedikal teknolojilerin kullanımından doğan tıbbi, yasal ve etik sorunlarla şekillenen yeni değer ve yaklaşımları da olacaktır. Biyomedikal teknoloji aynı zamanda toplumsal değer ve kuralları, dolayısıyla toplumu da değiştiriyor."[302]

Yukarıda alıntılanan ifadelerden tıp ve biyomedikal teknolojilerde değişimin kaçınılmaz olduğu, birbirini dönüştürüp değiştiren bu iki alanın toplumsal değer ve kuralların

[301] **Metnin özgün hali:** "Things constantly change in medicine, so, as medicine changes and evolves, engineering and biomedical engineers change and will do. In fact, everything changes and will change, social values and norms convert and will change as well. There's nothing permanent!"

[302] **Metnin özgün hali:** "Medicine and medical approach are formed by biomedical technologies and biomedical advancements, that is inevitable! As diagnostic and treatment methods change, patient rights and philosophy of medicine change, too. And so, values and approaches change and will change. Despite the ancient unchangeable values, medicine will have new values and approaches formed by needs and medical, legal and ethical issues arising from the use of biomedical technologies. Biomedical technology also changes social values and rules, and thus the society."

değişiminde de belirleyici olup, toplumsal boyutta da değişime yol açtığı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla toplumsal dönüşümün belirleyici unsurlarından biri olan biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbını ne yönde değiştireceğine ilişkin katılımcıların ön görüleri de önem arz etmektedir.

4.2.2. Geleceğin Tıbbı ve Tıbbi Yaklaşımlarına İlişkin Ön Görüler

Kanada ve Türkiye'den araştırmaya katkıda bulunan biyomedikal mühendislerinin; gelecekte hastayı ve hekimi nelerin beklediğine, hastalıkların neler olabileceğine, tanı-tedavi yöntemlerine ve tıbbi yaklaşımlara ilişkin ön görülerinin saptanmasına gidilmiştir. Zira gelecekte tıbbın nasıl bir dönüşüm geçireceğinin ve bağlantılı olarak mahiyetinin -olasılık dâhilinde- belirlenmesi, yaşanması muhtemel etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara dair akıl yürütmeye de olanak sunmaktadır. Bu doğrultuda her iki ülkeden katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerde, "*[g]eleceğin potansiyel hastası, hekimi, hastanesi, hastalıkları, tedavi yöntemleri ve/veya tıbbi yaklaşımları hakkında düşüncelerinizi paylaşabilir misiniz? Yani, geleceğin tıbbıyla ilgili nasıl bir tablo çizersiniz?"*[303] sorusuna yanıt aranmıştır. Katılımcıların verdiği yanıtlardan **"geleceğin tıbbında hâkim yaklaşımlar"** ile **"geleceğin tıbbının mahiyeti"** ana temaları saptanmıştır. Geleceğin tıbbında ***"kişiselleştirilmiş tıp"*** ve ***"teletıp"*** uygulamalarının hâkim olacağı ağırlıklı olarak belirtilmiştir. **"Geleceğin tıbbının mahiyeti"** ana temasında ise ***"tıbbın evrimi",*** bir diğer ifadeyle muhtemel dönüşümün kaçınılmazlığı ve ön görülebilir olduğu vurgulanmıştır. Kısaca, yukarıda bahsi geçen ana tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.25'te ayrıntılı olarak yer verilmiştir:

Tablo 4.25: "Geleceğin tıbbı ve tıbbi yaklaşımlarına ilişkin ön görüler" bağlamındaki bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Geleceğin Tıbbında Hâkim Yaklaşımlar	**Kişiselleştirilmiş tıp**	• Kişiye özel tedavi • Kişiye özgü ilaç geliştirilmesi • Kişiye özel yapay organ üretimi • Koruyucu hekimlik • Hastaya özel bakım	• "Hassas tıp" • Tedavinin, hastanın genleri, çevresi ve yaşam biçimine göre planlanması • Doğru tedavinin, doğru zamanda, doğru hastaya uygulanması • Hastalar arasındaki farklılıkları önemseyen anlayış • Daha fazla yaklaşımın, hastaya özel kılınması
	Teletıp	• Hekimle online görüşme • Uzaktan hasta takip sistemleri	• Hastaya uzaktan tedavi sunulması • Hizmetin, "mekân bağımlılığı"nın azalması • Hastanelerin ortadan kalkması

[303] **Sorunun İngilizcesi:** *"Could you explain your opinion on the potential patient, physician, hospital, disease, treatment methods and/or medical approach in the future? I mean, how to draw a picture regarding the future medicine?".*

		• Uzaktan sağlık hizmeti verilmesi • Evden teşhis konulması • Ameliyatın uzaktan simüle edilmesi	• Hastane algısının değişmesi • Hastanın evinden tedavi olması
	Yapay zekâ ve otonom cihazların hâkimiyeti	• Yardımcı sağlık çalışanları yerine, robotların hizmet vermesi • Akıllı robotların hasta takibi yapması • Yapay zekâ tabanlı "tıbbi karar destek sistem"lerinin hekime yardım etmesi • Ameliyatın cerrah kontrolünde otonom robotlar tarafından yapılması • Nanorobotların yaygınlaşması	• Hastalıkların yapay zekâ sistemleri veya robotlarla erken tanılanması • Tedaviyi robotların yapması • İnsan kaynaklı tanı ve tedavi hatalarının azalması/yok olması • Tanı ve tedavinin hızlanması ve kolaylaşması • Hastaya ilişkin verileri kaydeden sistemler gibi hekime yardımcı sistemlerin artması
Geleceğin Tıbbının Mahiyeti	**Tıpta dönüşüm**	• Yaşam süresinin uzaması • Yapay organların üretilmesi • Robot cerrah/doktorların hizmet sunması • Organ nakli hastalarının ve ölüm oranlarının azalması • İnsanın geliştirilmesine ağırlık verilmesi • Nanotıbbın yaygınlaşması • 3D baskı sistemlerinin yaygınlaşması • Biyomedikal mühendisliğin tıpta belirleyici olması • İnsandan arındırılmış ve "soğuk" sağlık hizmeti sunulması • Tıbbın mekanikleşmesi • Tıbbın ticarileşmesi • Fırsat eşitsizliğinin artması • Yeni hastalıkların oluşması • Kronik-geriatrik hastalıkların artması • Aşırı tanı anlayışı	• İnsan ömrünün uzaması • Yapay organların üretilmesi • Robot cerrah/doktorların hizmet sunması • Yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi • Gen/genom düzenleme çalışmalarının yaygınlaşması • Genetik çalışmalarla hastalıkların yok edilmesi • Sentetik biyolojinin geleceğin çalışma alanı olması

"Geleceğin tıbbı ve tıbbi yaklaşımlarına ilişkin ön görüler" bağlamında hâkim olması beklenen tıbbi yaklaşımlar arasında ***"kişiselleştirilmiş tıp"*** dikkat çekmektedir. Bahsi geçen yaklaşımı, **Türkiye**'den katılımcıların "*kişiye özel tedavi ve bakım", "kişiye özgü ilaç geliştirilmesi"* ve *"kişiye özel yapay organ üretimi"* kodlarıyla tanımladıkları görülmektedir. Bu kapsamda üzerinde durdukları bir diğer husus ise "kişiselleştirilmiş tıp" uygulamalarında salt hastaya özel tedavi ve bakımın sunulması olmamış, aynı zamanda hastanın olası hastalıklardan korunması ve sağlıklı yaşamasını ifade eden *"koruyucu hekimlik"* de olmuştur. Türk katılımcıların, hastanın özel kılındığı bu yaklaşımın geleceğin tıbbında yaygın ve "hâkim" olmasına yönelik sözleri şu şekildedir:

TBM_1: "(…) *'kişiselleştirilmiş tedavi'* ya da *'kişiselleştirilmiş tıp'* dediğimiz, hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre tedavinin şekillendiği tıp anlayışının gelişeceğini düşünüyorum geleceğin tıbbında."

TBM_7: "Bundan 20 sene sonra tetkikleri yapay zekâ ve robotun yapacağı kesin. Ama soruları doktor soracak hastaya ve arka planda yapay zekâ, hastanın tüm verilerini toplayıp, ayırıcı tanıyı koyup, sonra da hastanın gen yapısına, hücre yapısına, aile geçmişine göre bir tedavi önerecek. Yani, hastaya özel bir tedavi önerecek ki bu da kişiselleştirilmiş tedavi olacak."

TBM_8: "Öncelikle gelecek kavramını iyi belirlememiz gerekir. Yakın gelecek; bugünden itibaren 20-30 yıllık süreç iken, uzak geleceğe dair ön görüde bulunmak biraz zor görünüyor. Bu nedenle yakın geleceğin tıbbı ve yaklaşımları çok ciddi derecede kişiye özel olacaktır ki örneğin, kişiye özel organlar üretilecektir. Kişinin kök hücresiyle kendine ait organların üretilmesi mümkün olacaktır. Ayrıca nanorobotik yapılar yardımıyla dokuya, yani kişiye özgü ilaç geliştirilmesi de kanıksanacaktır. Bu doğrultuda tedavi yaklaşımı olarak belki de eczacılar kişiye özel ilaç üretecektir."

TBM_{13}: "Geleceğin doktoru, hastanın bağırsağındaki bakteriye bakıp *'senin şunları yemen lazım, şunlardan kaçınman lazım'* diyen bir doktor olacaktır. Yani, sadece hasta olduğu zaman başvurulan ve ilaç yazan profesyoneller olmayacaklardır. *'Kişiselleştirilmiş tıp'* denilen tıp anlayışı uygulanacaktır. Sağlıklı yaşam için önerilerde de bulunan, yemenizden içmenize bunları planlayan bir yapı ve anlayış baskın olacaktır gelecekte."

Türk katılımcılara koşut düşünceler ileri süren **Kanada**lı katılımcılar da ***"kişiselleştirilmiş tıp"*** yaklaşımını; *"hassas tıp", "tedavinin, hastanın genleri, çevresi ve yaşam biçimine göre planlanması"*, bir diğer ifadeyle *"hastalar arasındaki farklılıkları önemsemesi"* ve *"doğru tedavinin, doğru zamanda, doğru hastaya uygulanması"* kodlarıyla açıklamıştır. Kısaca, *"daha fazla yaklaşımın hastaya özel kılınması",* yani tedavi yöntemlerinin kişiye özel kılınması ve bunun yaygınlığına yapılan vurgunun yanı sıra kişiye özel sağlıklı yaşam planı ve hastalıktan korunma ibareleriyle de "koruyucu tıp" üzerinde durdukları görülmektedir. Kanada'dan araştırmaya katkı sunan biyomedikal mühendislerinin, geleceğin tıbbını belirleyen yaklaşımlardan biri olarak kişiselleştirilmiş tıpla ilgili söylem örneklerine aşağıda yer verilmiştir:

CBM_8: "Daha fazla tedavi yaklaşımı her bir hastaya yönelik olarak kişiselleştirilecektir, örneğin, hastanın kök hücrelerinin en uygun ilaç tedavisini bulmak amacıyla kullanımı gibi."[304]

CBM_{12}: "Kişiselleştirilmiş tıp, bireyler arasındaki farklılıkları daha az dikkate alan, 'ortalama bir hasta' için geliştirilen günümüzün tedavi ve hastalık önleme stratejilerinin karşıtı bir yaklaşımdır. Yani, [bugünün tıbbında] çoğu tıbbi tedavi, hastaların sadece bir kısmında başarılı olabilen ortak yaklaşım olarak 'ortalama hasta' için tasarlanmaktadır."[305]

CBM_{13}: "Geleceğin tıbbında çok daha önemli ve hâkim yaklaşım 'hassas tıp', yani 'kişiselleştirilmiş tıp' olacaktır. Kişiselleştirilmiş tıp; her bir hastanın geni, çevresi ve yaşam biçimindeki bireysel değişkenliği dikkate alan, hastalıkların tedavisine ve önlenmesine yönelik gelişmekte olan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, hekim ve araştırmacılara belirli bir hastalık için hangi tedavi ve korunma stratejilerinin, hangi hasta grubunda faydalı olacağına ilişkin daha doğru tahminde bulunma olanağı sunacaktır."[306]

Yukarıda alıntılanan ifadeler, her iki ülkede biyomedikal mühendislik alanında varlık gösteren katılımcıların gerek geleceğin tıbbında yaygın olacağı düşünülen tıbbi yaklaşım, gerek bu yaklaşımın içeriklendirilmesi noktasında benzer düşüncelere sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Bu benzerlik, yerel farklılıklara karşın, geleceğin tıbbında ve biyomedikal mühendislik alanında bölgesel sınırların aşıldığı bir anlayışa da işaret etmektedir.

Adı geçen iki ülkeden katılımcıların düşünce benzerlikleri, geleceğin tıbbında yaygın olarak başvurulacağı ön görülen bir diğer yaklaşım olan **"teletıp"**ta da görülmektedir. Araştırmaya **Türkiye**'den katkıda bulunan katılımcılar, teletıp uygulamalarına *"hekimle online görüşme", "uzaktan hasta takip sistemleri", "uzaktan ve minimize tıbbi uygulamalar", "evden teşhis konulması"* ve *"ameliyatın uzaktan simüle edilmesi"* gibi *"uzaktan sağlık hizmeti verilmesi"* ile içerik kazandırmışlardır. Geleceğin tıbbında hastaya özel tıbbi yaklaşımın yanı sıra uzaktan sağlık hizmetlerinin hâkim olacağını belirtilen Türk katılımcıların düşüncelerini temsil eden ifadeleri şöyledir:

---

[304] **Metnin özgün hali**: "More approaches to treatment will be personalized to each patient, for example, a patient's stem cell might be used to find the optimal drug treatment."

[305] **Metnin özgün hali**: "Personalized medicine is in contrast to disease treatment and prevention strategies developed for the "average patient" with less consideration for the differences between individuals today. I mean, most medical treatments are designed for the "average patient" as a one-size-fits-all-approach, which may be successful just for some patients."

[306] **Metnin özgün hali**: "In the future medicine, 'precision medicine', I mean 'personalized medicine' will be much more important and will be prevailing approach. It is an emerging approach for disease treatment and prevention that takes into account individual variability in genes, environment, and lifestyle for each patient. This approach will allow doctors and researchers to predict more accurately which treatment and prevention strategies for a particular disease to work in which groups of people."

TBM_1: “Şu anda zaten birçok değişim görülebilir, ki online [çevirimiçi] randevu sistemi buna örnek olarak verilebilir. Hastaneye gitmenizi gerektiren çok ciddi anlamda bir sağlık probleminiz yoksa hekimle online görüşme de düzenleyebiliyorsunuz, şu an yaygın olmasa da. Bu, basit düzeyde bir hastalıkta hastanın şikâyetinin size yönlendirilmesini sağlayan ve fiziksel olarak orada bulunmanızı gerektirmeyen yeni bir yaklaşımdır. Yine, kalp ritmini ölçüp, kaydeden cihazlar ya da akıllı saatler gibi sağlık durumunu uzaktan takip eden sistemler de kullanılıyor. Ya da Parkinson hastalarının atak dönemlerini uzaktan takip edebilen bazı sensörler ya da takip sistemleri bizim *‘point of care’* dediğimiz, yani ‘anında, olduğunuz yerde, gerçek zamanlı olarak, hastaneye gitmek zorunda kalmadan, kilometrelerce ötede olan, uzaktan tedavi alma’ da söz konusu. Gelecekte de aynı şekilde hastanın uzaktan tedavi almasını sağlayacak sistem ve yaklaşımın yaygın olacağını düşünüyorum.”

TBM_3: “Pandemiyle birlikte birçok tıbbi çalışma uzaktan yapılmaya başlandı, örneğin teletıp uygulamaları… Hatta insanlar, *‘biz bunu neden daha önce yapmadık?’* diye de düşünebilir. Hayatı kolaylaştırıcı ve süreci kısaltıcı bir mekanizma olmasının yanında gereksiz hasta yükünü azaltan, insanın hayat kalitesini artıran ya da bunlara yardım eden bir uygulama oldu teletıp uygulamaları.”

TBM_6: “Uzaktan ve minimize olacaktır bazı yaklaşım ve uygulamalar, örneğin, evden tahlil verilip, laboratuvara gitmeye gerek kalmayabilir ama bir ameliyat için bu mümkün olmayacaktır. Yine, MR görüntüleme için hastaneye ya da benzeri yapılara ihtiyaç olacaktır. (…) Hastane benzeri yapılara gereksinim olacaktır ama özellikle teşhis kısmında ve özellikle de biyokimyasal teşhis ağırlıklı olarak uzaktan olabilir, belki de her evde ya da her binada buna yardımcı cihazlar olabilir. Bir damla kan alınıp, birçok şey tespit edilebilecektir.”

Katılımcılar, teletıp uygulamalarının hastaya sağladığı kolaylık ve rahatlığın yanı sıra hasta yükünü azaltması bağlamında sağlık hizmeti sunanlara ve sağlık kurumuna da faydalı olduğunun/olacağının üzerinde durmuşlardır. Benzer şekilde **Kanada**lı katılımcılar da teletıp uygulamalarının başta “hayat kurtarmak” olmak üzere faydalarına ağırlık vermişlerdir. Ancak onlara göre uzun erimde *“hastane algısının değişmesi”* ile *“hastanelerin ‘mekân bağımlılığı’nın yok olması”,* dolayısıyla *“hastanelerin ortadan kalkması”* söz konusu olacaktır. Kanadalı katılımcıların uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin ön görüleri şu şekildedir:

CBM_1: “Biyomedikal teknolojinin hastanelere etkisine, özellikle uzaktan sağlık hizmetine değinmek isterim. Gelecekte hasta, hastaneye gitmemeli, yani uzaktan takip edilmeli;

tedavi ve bakımı evde sunulmalıdır. Dolayısıyla, hastaneler mekâna bağımlı olmaktan kurtarılmalıdır."[307]

CBM_5: "Geleceğin hastanesi, bugünkü hastanelerin uzantısı olmalıdır. Yani, sistem temelde evden başlamalıdır. Sistemi [sağlık hizmetini] evden yürütebilir, uzaktan değerlendirme yapabilir ve evden karar alabilirseniz, çok sayıda vakada hayat kurtarabilirsiniz. Düşünmeye başlamamız gereken şey, budur!"[308]

CBM_7: "Gelecekte hastanelerin olmayacağını düşünüyor ve umuyorum. Evde taramalarımızı yapabilecek ve bize yardımcı olabilecek teknolojilere sahip olabileceğimizi düşünüyorum. Kesinlikle, insan dokunuşunun olması güzel, ancak pandemi sürecinde yaptığımız gibi görüntülü görüşme de yapabiliriz. Görüntülü görüşme yapmakta herkes çok başarılı olabilir. Diğer yandan, hiç kimse hastaneye gitmek istemez çünkü bunun her zaman duygusal bir bedeli vardır. Hasta olmanın yanı sıra *'hastanedeyim, çevremdeki herkes hasta, bu hastaneden çıkabilecek miyim?*' gibi duygusal sıkıntılara da yol açar. Yani, hastaneye gitmek yerine, hastane size gelebilir!"[309]

Kanadalı katılımcılar her ne kadar bugünkü hastane anlayışının değişmesi, hatta hastanelerin olmaması gerektiğini savunsa da Türk katılımcılar bunun yakın gelecekte mümkün olamayacağını düşünmektedir. Ancak katılımcıları aynı düzlemde buluşturan temel düşüncenin, uzaktan sağlık hizmetlerinin yani teletıp uygulamalarının yakın ve uzak gelecekte yaygınlaşacağı ve tüm paydaşlar açısından faydalı olacağıdır.

Öte yandan, uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumunu da olanaklı kılan temel unsurun yapay zekâ ve bilişim teknolojileri olduğu aşikârdır. Dolayısıyla gerek uzaktan gerek yerinde sağlık hizmetlerinde yapay zekâ ve yapay zekâyla donatılmış teknolojilerin varlığı yadsınamaz olup, gelecekte bunların hâkimet kazanacağı da ileri sürülmektedir.

"Yapay zekâ ve otonom cihazların hâkimiyeti" kapsamında katılımcıların çoğunlukla hekimi yönlendirerek, yardımcı olan otonom sistem ve robotlar üzerinde durdukları

---

[307] **Metnin özgün hali:** "I would like to say the effect of biomedical technology on hospitals, especially health care at distance. In the future, the patient should not go to the hospital, I mean, he should be monitoring at distance, treated and cared at home. So, hospitals should be freed from being dependent on space."

[308] **Metnin özgün hali:** "The future hospital should be an extension of today hospitals. I mean, the system should basically start from home. If you can do it from home, do remote sensing and take decisions from home, you could save lots of lives. That's what we need to start thinking on!"

[309] **Metnin özgün hali:** "I think and hope that in the future, there're no hospital. I think just that we can have the technologies to do our scans and to help us at home. Absolutely, it's nice to have the human touch, but we can also have video calls, we have done during the pandemic. Everyone can be very well in doing video calls. On the other hand, hospitals, no one wants to go to the hospital because it' leads to always an emotional toll: On top of being sick, have the emotional difficulties *'I'm in the hospital, everyone around me is sick, I will I ever get out of this hospital?'* So, what instead of going the hospital, the hospital could come to you!"

görülmektedir. Az da olsa özellikle tıbbi sekreter ve hemşirelerin yerine, tam otonom robotların çalışabileceği de dile getirilmektedir. Bu düşünce, her ne kadar cerrahi gibi önemli müdahelelerde hekim kontrolü olsa da, özerk karar verebilen ve yönlendirmeye gereksinim duymayan tam otonom robotların/cihazların belirli meslekleri ele geçireceği kaygısını da beslemektedir. Yine de, yapay zekâ ve robotların geleceğin tıbbında hâkimiyet kurmasının çoğunlukla hastanın ve hekimin işini kolaylaştıracağı, tanı ve tedavide insan hatasını azaltacağı ve insani niteliklerin üstünde bir hizmet sunulmasını sağlayacağı ön görülmektedir.

Türkiye'den katılımcılar tarafından yakın ve uzak gelecek ayrımı yapılarak, uzak gelecekte *"yardımcı sağlık çalışanları yerine, otonom cihazların/robotların hizmet vereceği", "akıllı sağlık robotlarının hasta takibi yapacağı"* ve *"ameliyatın cerrah kontrolünde otonom robotlar tarafından yapılacağı"* dile getirilmektedir. Yakın gelecekte ise *"nanorobotların yaygınlaşacağı"* ve *"yapay zekâ tabanlı tıbbi karar destek sistemlerinin hekime yardım edeceği"* ifade edilmektedir. Türk katılımcıların, faydalı ve yardımcı niteliklerini vurguladıkları yapay zekâ ve otonom robotların geleceğin tıbbında kullanımına ilişkin ifadeleri şöyledir:

TBM_3: "(…) muayene/klinik hekimliği dijital platformlarla desteklenecek. Örneğin, IBM kanser hastalarında tüm bulguları değerlendirip, doktorun fark edemediği hastalıkları ve özellikleri belirlemeye başladı. Çünkü insan olarak doktorların gözünden kaçan şeyler olabiliyor. Bu tür *'yardımcı tıbbi karar destek hizmetleri'* dediğimiz cihazlar daha çok kullanılmaya başlanacak; cihaz-hekim birlikte tahlil sonuçlarına karar verecek. Tüm bunlar radyolojide var zaten, kullanılmaya da başlandı tıbbın her alanında. Ya da dijital yardımcı merkezler olacak ve oradan da ikinci görüş alınacak. Tabii bunları geliştiren de kullanan da insanlardır sonuçta. 5-10 sene adaptasyon süreci olacak, faydalı olanlar kullanıma devam edecek, faydasız olanlar kullanılmayacak."

TBM_6: "Robotik sistemler aracılığıyla insan sayısı azaldıkça –örneğin, on iki kişilik ameliyat ekibi yerine, iki kişilik bir ekip olacak- mekân da küçülecektir. Yani, daha az bir şekilde doktor görme gibi uygulamalar olacak ve ara süreçte insanlar değil de robotik sistemler ya da teknolojik ara yüzeyler kullanılacaktır. Örneğin, hastanın değerlerinden yapay zekâ ara yüzey, hastayı *'doktora gidiniz'* gibi komutlarla yönlendirecektir."

TBM_7: "Yapay zekânın sağlık hizmetlerinde kullanılmasını konuşurken, yanlış bir yere odaklanıyoruz ve zannediyoruz ki insan formunda olacak, cerrahı ittirecek, geçecek ameliyat masasının başına ve alacak neşteri eline, başlayacak ameliyat yapmaya. Ama bizim görebileceğimiz bir gelecekte böyle bir şey olmayacaktır. Peki, ne olacak? Mesela, cerrah

ameliyata girerken, yapay zekâ da hastanın öz geçmişini, soy geçmişini, aldığı ilaçları, yaşam biçimini, yaşam alışkanlıklarını dünyadaki örnekleri ile karşılaştıracak. Cerraha, *'bu hastanın gen bilgileri, hücre bilgileri, protein bilgileri şunlardır. Sizin de bu hastaya şu teknikle, şu anestezik maddeyi vererek, ameliyat yapmanız daha uygundur,"* diyecek. Bunun yanı sıra cerrahın bir pilot ameliyat yapma, yani yapılmamış olan ameliyatı simüle etme şansı olacak yapay zekâ sayesinde. Önümüzdeki 40-50 senede yapay zekânın tıpta, özellikle cerrahi branşlarda kullanımı bu şekilde olacaktır, kanımca."

TBM_{10}: "Yakın zamanda olmasa da gelecekte her evde akıllı sağlık robotlarının olacağını, evde yaşayan kişilerin fizyolojik sinyallerini anlık olarak takip edeceğini, ameliyat gerektirmeyen durumlar için kişilerin tedavilerini anında evden yürüteceklerini düşünüyorum. Ayrıca temizlik çalışanlarının, tıbbi sekreterlerin, asistan doktorların ve bazı hemşirelerin yerine robotlar çalışacaktır. Ameliyatlar da uzman doktor kontrolünde robotlar tarafından yapılacaktır."

Türkiye'den araştırmaya katılım sağlayan biyomedikal mühendislerinin düşüncelerine koşut olarak **Kanada**lı katılımcılar da yapay zekâ ve otonom robotların *"hastaya ilişkin verileri kayederek, hekime yardım eden"* destekleyici niteliği üzerinde durmuşlardır. Bunun yanı sıra geleceğin tıbbında yapay zekâ ve robotların kullanımının faydalarını öne çıkardıkları görülmektedir. Şöyle ki, "*hastalıkların yapay zekâ sistemleri veya robotlarla erken tanılanması", "insan kaynaklı tanı ve tedavi hatalarını azaltması/yok etmesi"* dolayısıyla *"tanı ve tedaviyi hızlandırması ve kolaylaştırması"* ön görülmektedir. Kanada'dan araştırmaya katılım sağlayan biyomedikal mühendislerinin konuyla ilgili söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

CBM_1: "Teknolojinin bize daha iyi bir gelecek sunabileceğine inanıyorum. Yapay zekâya dayalı daha büyük tıbbi teknolojiden bahsedersem, genel olarak gördüğüm şey, çok daha iyi ve gelişmiş tıbbi yardımın herkese eşit şekilde sunulacağıdır. Ayrıca, yüksek maliyetler olmadan, yeni cihazlar kullanarak sağlık durumumuzu takip etmeye daha fazla olanağımızın bulunacağıdır. Sağlık durumumuzla ilgili bilgiler de bu tıbbi cihazlar tarafından periyodik olarak hekime iletilecek, böylece bazı riskleri azaltacağız."[310]

[310] **Metnin özgün hali:** "I believe that the technology can give us a better future. If I refer to that larger medical technology based on artificial intelligence, what I see is broadly, so better and improved medical assistance will be presented to everybody, equally. And also without any major cost, we will have more opportunities to monitor our health, using new devices. Our information will also be periodically transmitted to a medical doctor by these medical devices, thus we will minimize some risks."

CBM_2: "Gelecekte yalnızca belirli hastaların insan-hekime başvurabileceği otomatik triyaj sisteminin olacağını düşünüyorum. Açıkçası, bu dönemde bir bilgisayarın, psikiyatrist olarak hizmet verdiğini göremiyorum, ama belki gelecekte… Ancak, bir bilgisayarın size kolunuzdaki benin alınması gerekip gerekmediğini kolayca söyleyebildiğini görebiliyorum. Yani, otonom bir robot insan müdahalesine gereksinim duymadan o beni çıkarabilir. Aslında, bilgisayarlar görüntü analizi nedeniyle örüntüyü tanımada hekimlerden daha iyi olacaktır, ancak, her şeyden önce, sorumlulukla ilgili sorunlara mahal vermemek adına robotun yanında bir insan hekimin bulunması gerekir. Hasta ve hekim arasındaki ilişki zamanla teknoloji tarafından daha fazla yönlendirilecek, ancak hasta belirli bir süre sonra teknolojinin hekimle aralarında bulunmadığı bir noktaya gelecek. İşte bu noktada insan hekime görünecek çünkü, sonuçta, bilgisayar programlarının önümüzdeki 1000 yıl içinde insana özgü sezgileri taklit edemeyeceğini düşünüyorum."[311]

Alıntılanan ifadelerde genel olarak yapay zekâ ve otonom robotların yardımcı niteliklerine değinilmektedir. Ancak katılımcılardan birinin (CBM2) hastaya ve hekime yardımcı niteliğinin yanı sıra tam otonom robotlara ve bu robotların "insan-hekim" olmadan da tıbbi müdahalede bulunabileceğini de vurgulamıştır. Bu durum ise kliniklerde tam otonom robotların varlığının klinik etik ve tıp hukuku açısından tartışmalı konularından olan "sorumluluk" ve bağlantılı olarak "kişi" kavramlarını gündeme getirmektedir. Zira tam otonom robotun ("robot-hekim"), hastaya zarar vermesi durumunda kimin sorumlu tutulacağı hâlihazırda belirlenmemiş sorunlardandır.

Teletıp yaklaşımından anlaşılacağı üzere geleceğin tıbbına biyomedikal teknolojiler hâkim olacaktır. Dolayısıyla tıbbın görünür tarafı olan uygulamaları "mekanik"leştirirken, etkilerinin ve sonuçlarının, tıbbın içeriğinde ve felsefesinde de değişime yol açacağı öne sürülebilir.

Gerek Kanada'da gerekse Türkiye'de çalışan biyomedikal mühendislerinden oluşan katılımcılar **"geleceğin tıbbının mahiyeti"** kapsamında **"tıpta dönüşüm"**ü vurgulamıştır. Katılımcıların tıpta dönüşüme götüren süreçte yaşanması muhtemel gelişmelere dair benzer düşüncelere sahip olduğu; özellikle *"yaşam süresinin/insan ömrünün uzaması", "yapay*

[311] **Metnin özgün hali:** "I think that there's going to be an automated triage system in which only certain patients will get to see a human doctor in the future. Obviously, I cannot see a computer being a psychiatrist at the moment, but maybe in the future… But I can easily see a computer telling you, if a mole that you have on your arm needs to be removed. I mean, an autonomous robot can take that the mole away without any need for human intervention. In fact, the computers will be better than the physicians to recognize the pattern because of image analysis, but foremost, there has to be a human physician there for liability issues. The interaction between patient and physician will be more and more mediated by technology, but then they will get to the point in which the technology no longer. Here, at that point, the patient will get to see a human physician because, at the end, I think that computer programs cannot simulate the intuition of the human within the next 1000 years."

organların üretilmesi" ve "robot cerrah/doktor" ile ilgili aynı görüşleri paylaştıkları görülmektedir. Ne var ki, Kanadalı katılımcılar bu dönüşümde yaşanması muhtemel olumsuzluklara değinmemiş olsalar da Türkiyeli katılımcılar *"tıbbın mekanikleşmesi", "tıbbın ticarileşmesi ve fırsat eşitsizliğinin artması", "yeni ve farklı hastalıkların oluşması"* ile *"geriatri ve kronik hastalıklarının artması"* gibi olumsuz sonuçlara da değinmişlerdir.

Türk katılımcıların söylemleri arasında *"biyomedikal mühendisliğin tıpta belirleyici olması"* nedeniyle *"insandan arındırılmış ve 'soğuk' sağlık hizmeti",* bağlantılı olarak *"tıbbın mekanikleşmesi", "tıbbın ticarileşmesi ve fırsat eşitsizliğinin artması"* kodları dikkat çekmektedir. Hastalıklar açısından ise *"yeni ve farklı hastalıkların oluşması",* yaşam süresinin uzaması nedeniyle *"geriatri hastalarının"* ve *"kronik hastalıkların artması"*, dolayısıyla *"aşırı tanı (overdiagnosis) anlayışının"* oluşması katılımcılara muhtemel görünmektedir. Katılımcılar bu konuda ön görülerini şu şekilde beyan etmiştir:

TBM_2: "Şu anda tıptaki uygulamalar ve yaklaşımlar 'soğuk' ama gelecekte daha daha da teknikleşecek ve soğuyacaktır. Özellikle uzak gelecekte insandan arındırılmış olacağı için çok soğuk olacaktır. Eskiden 'sus' işareti yapan hemşire fotoğrafı olurdu her hastanemizde. O fotoğraf, '*burada hasta var, sessiz ol; burada doktor çok önemli bir iş yapıyor; doktor, hastanın derdini anlama ve çözme çabasında, sessiz ol!'* anlamına geliyordu. Şimdi ise hastane duvarlarında *'cep telefonunuzu kapatınız!', 'dikkat manyetik alan!', 'yüksek gerilim!..'* gibi uyarılar var. Sadece teknik uyarı, insana dair bir uyarı yok artık. Mesleki anlamda bu kadar teknolojiye aşina insanlar olsak da geleceğin tıbbında sağlık hizmetlerindeki teknikleşme bizi de korkutacak."

TBM_6: "Hastalıklar değişecektir. (…) Ayrıca geriatrik hastalıklar artacaktır çünkü insan ömrünün uzamasıyla birlikte yaş artacak, yaşlı nüfus artacak ve buna bağlı olarak yaşa bağlı hastalıklar da artacak, ama ölümcül olmayacaktır. Sonuçta, insan ömrünün uzatılması, ömrün 150 yıl uzatılması örneğin, mümkün olacaktır. Ama bu ömür ne kadar sürdürülebilir ve bu ömür kimler için uzatılacak, dünya genelinde mi, yoksa sadece zengin topluluklar için mi?"

TBM_8: "Hastalık açısından ise yeni kanser ve hastalık türleri karşımıza çıkacaktır. Öte yandan, antibiyotik direnci en büyük sorunlardan biri olacaktır."

TBM_9: "(…) teknoloji, onun sosyal boyuttaki karşılıkları ve kullanımı bugün de bir problem hatta çok ağır bir problem, yarın çok daha bir büyük problem olacaktır. Çünkü eşitsizliğin derinleşmesi ve korkunçlaşması olasılık dâhilinde görünüyor. Bugün bile ülkemizdeki en ünlü özel hastanelerde 5 yıldızlı otel seviyesinde her türlü ileri teknolojilerle

sağlık hizmeti alan insanlar da var, devlette ya da taşrada bu olanaklara ulaşamayan daha çok insan da. Yani, mücadele verilmezse yakın ve uzak gelecekte insanlar ve hastalar arasındaki fırsat eşitsizliği çok daha derin olacak. Kısaca, faydaları yadsınamaz olan biyomedikal teknolojilerin sosyoekonomik karşılıkları ve bu karşılıkların yol açacağı eşitsizlik bence en önemli risklerden biri."

TBM_{11}: "Bence yakın gelecekte hastalıklar çeşitlenecek, bildiğimiz hastalıkların insidansı artacak, yeni tanı-tedavi araç ve yaklaşımları gelişecek. O kadar çok tanı imkânları olacak ki hastaya 'aşırı tanı' (*overdiagnosis*) uygulanacak. *Overdiagnosis* ile de sağlık hizmetinin yükünün ve sağlık hizmeti verenlerle toplum arasındaki trafiğin daha da artacağını düşünüyorum."

TBM_{13}: "Özellikle kronik hastalıkların gelecekte çok çok artacağını söylüyoruz. En büyük sorun bu olacaktır."

Anlaşılacağı üzere geleceğin tıbbında biyomedikal teknolojilerin hâkim olması nedeniyle öznesi insan olsa da insan sayısı ve etkisi azalacak, bu nedenle insanın hâkim olduğu bugünün tıbbı gelecekte "mekanik" ve "soğuk" bir yapıya dönüşecektir. Yine, yüksek maliyetli cihazların kullanımına ağırlık verilmesi nedeniyle hastalar arasındaki "fırsat eşitsizliği" artacaktır. Öte yandan, bugünün tıbbında tedavisi olanaksız olan hastalıkları tedavi edebilecek yöntemlerin geliştirilmesine karşın, "kanser türleri" gibi yeni hastalıklar ortaya çıkacaktır. Ayrıca, ortalama yaşam süresinin uzaması nedeniyle de kronik hastalıklarda ve ileri yaş hasta oranında artış görülecektir.

Geleceğin tıbbında biyomedikal teknolojilerin hâkimiyetinin yukarıda belirtilen muhtemel olumsuzluklarına karşın, olumlu etkilerinin de göz ardı edilemez nitelikte olduğu anlaşılmaktadır. Zira **Türkiye**li katılımcılar, "*3D baskı sistemleri ve nanotıbbın yaygınlaşması"*ndan *"yapay organların üretilmesi"*ne, *"organ nakli hastalarının azalması"*ndan *"ölüm oranlarının düşmesi"*ne ve *"yaşam süresinin uzaması"*na kadar çeşitli faydalarını dile getirmektedir. Bahsi geçen faydaları arasında yer alan, kısaca insanın doğal sınırlarının genişletilmesi ve sınırlılıklarının giderilmesi anlamına gelen, *"insanın geliştirilmesi"* (*human enhancement*) kodları, trans-hümanizm bağlamında dikkat gerektirmektedir. Katılımcıların konuyla ilgili düşüncelerini temsil eden ifadeleri şu şekildedir:

TBM_{3}: "Organ nakli bekleyen hastalar için 3D basılabilen yapay organlar üretilecektir, bundan ümidim var. Yani, sentetik kan ve yapay organları bekliyoruz çünkü insandan insana nakil çok problemli bir işlem ve her zaman istendiği gibi sonuç vermiyor. Kalp, karaciğer,

pankreas gibi çeşitli organların üretilmesiyle bunlardan faydalanmaya başlayacağız ve nakil hastaları azalacak. Teknolojinin kullanımına bu şekilde geçiş oldukça, bence fark idrak edilemeyecek. Yani, artık *'bende yapay şu var, sende şu var'* sorgulanmayacaktır; kimin ihtiyacı neye varsa, neyi tercih ediyorsa o kullanılacaktır. Belki de bunlar makyaj ya da kozmetik ürünleri gibi tercihe bağlı olacaktır. Örneğin; gözlük takıp, lens takmamak gibi ya da lens takmadığında kimse tarafından kınanmamak gibi olacaktır. Bireyler, bu ürünleri kendi yaşam tarzlarına göre tercih edeceklerdir. Ayrıca daha uzun yaşanacaktır, yavaş yavaş insan ömrü uzuyor zaten. Yaşam süresi uzadıkça, örneğin, by-pass'ı iyi yapmak yerine, by-pass yapacak hastalığı önlemek yani 'koruyucu hekimlik' veya 'destekleyici hekimlik' gelişecektir."

TBM_6: "Üç boyutlu (3D) baskı sistemleri çok önemli olacak, çünkü siz hammaddeyi daha uygun koşullarda sağlayıp, gereken cihaz ya da aleti 3D sayesinde istediğiniz zaman baskı yaparak üretebilirsiniz."

TBM_8: "Yakın gelecekte özellikle erken tanı ve nanoteknoloji hayatın içine yerleşecektir."

TBM_{10}: "Organ yetmezliği ve kalıtsal hastalıkların yapay organ üretimi ve kök hücre tedavisi ile tedavi edilebeceği kanısındayım."

Biyomedikal teknolojilere yönelik en önemli ontolojik eleştiri ve kaygının kaynağı olan insansı robotların tıpta kullanımının salt faydaları da vurgulanmaktadır. Zira "robot-hekim/cerrah"tan korkulmaması gerektiği, insana özgü hata ve sınırlılıkların onlarda görülmeyeceği, bu nedenle "daha doğru" değerlendirmeler yaparak, hastaya erken tanı ve doğru tedavi olanakları sunacakları, böylece daha çok faydalı olacakları üzerinde durulmaktadır:

TBM_9: "(…) biyomedikal teknolojiler ve sağlık bilişimi gibi konular artık sağlık sistemini etkileyen hatta şekillendiren boyutta, gelecekte daha da artaracaktır. (…) Doktorluk mesleğinin, tıbbın ve akademisinin kendisini idealize ettiği, dönüp dolaştıracağı ve değiştireceği; doktorluğun da hiçbir zaman aynı şekilde kalmayacağı kesin. Bu nedenle robot cerrah ya da robot doktorların da üretilebileceğini düşünüyor ve hiç korkmuyorum. Bundan sonraki süreçte bu robotların başında ille bir insan olması gerektiğine de inanmıyorum. Cerrahinin de mutlaka bir insan tarafından yapılması gerektiğini düşünmüyorum, tıpkı teşhis koyan doktorun mutlaka bir insan olması gerektiğini düşünmediğim gibi. Mesela, göz muayenesinde pataloji saptanması ve meme ya da diğer tetkiklerde patolojik kesitlerin incelenmesinde çok daha doğru, kesin ve hızlı sonuç alınması açısından insansı robotları, yani robot cerrah ve robot doktorları faydalı buluyorum.

Kanada'dan katılım sağlayan biyomedikal mühendislerinin, geleceğin tıbbında hâkim olacağı ve bugünün tıbbına nazaran evrim niteliğinde dönüşüm gerçekleştireceğini ön gördükleri gelişmeler, Türkiye'den katılımcıların ön görüleri ile koşutluk göstermektedir. Yukarıda da belirtildiği üzere tüm katılımcıların özellikle *"insan ömrünün uzaması", "yapay organların üretilmesi"* ve *"robot cerrah/doktor"* konularında benzer ifadelerde bulundukları görülmektedir. Farklı olarak Kanadalı katılımcılar *"sentetik biyolojinin geleceğin çalışma alanı olması", "gen/genom düzenlemenin yaygınlaşması"* ve *"genetik çalışmalarla hastalıkların yok edilmesi",* kısaca *"yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi"*ni öne çıkarmışlardır. Katılımcıların aşağıda sunulan söylem örnekleri bahsi geçen benzerlik ve farklılıkları ortaya koymaktadır:

CPM_1: "Hayvanlar ve insanlar üzerinde yapılan araştırmalarda kısmen hayvanın, bazen de insanın yerine kullanılabilecek bazı yapay organların yaygın olarak üretileceğini düşünüyorum."[312]

CPM_2: "(…) genom düzenlemenin çok büyük faydaları bulunmaktadır. Örneğin; kas distrofisi hastalığınız varsa, genom düzenlemesine karşı çıkmazsınız zira bu tedavi yöntemiyle iyileşebilirsiniz ancak bu yöntem uygulanmazsa yaşamınızı kaybedebilirsiniz. Yani, gelecek olan, hücrede yeni işlevlerin oluşmasını sağlayarak etkisini gösterecek düzenleyici programlar inşa eden sentetik biyoloji alanıdır. Böylece, çok da uzun olmayan bir süre sonra, vücuda yerleştirilebilir küçük organlar üretebileceğimizi düşünüyorum."[313]

CBM_5: "Biyomedikal teknoloji, yeryüzündeki tüm insanların yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla insanı geliştirmek üzere sunulan bir olanaktır. Yarını, bugün olduğumuzdan daha iyi kılmaya çalıştığımız yaşam döngüsüyle, bugünün üzerine inşa etmeye devam ediyoruz. Bu, insanların yaşam kalitesini yükseltmeye ilişkin sonsuz tutkusudur. Bu nedenle geleceğin tıbbında yaşamı kurtarma ve hastalıkları tedavi etmenin yanı sıra yaşam süresini uzatmak ve insanı geliştirmek için de çalışacağız."[314]

---

[312] **Metnin özgün hali:** "I think, some artificial organs that can replace animal partially animal and sometimes human experiments will commonly be produced."

[313] **Metnin özgün hali:** "(…) genomic editing has huge benefits. For example, if you have muscular dystrophy, you are not going to be opposed to genomic editing, because if we can get it done, you are cured with this treatment method, but you may die without it. I mean, what's coming up is the field of synthetic biology, which is essentially build regulatory circuits that will impact the new functions on the cell. So, I think, we can create implantable mini organs, eventually not too long from now."

[314] **Metnin özgün hali:** "Biomedical technology is an opportunity to enhance human for making the quality of living better for everybody on the Earth. We continue to building upon today with having the cycle of life where we try to keep better tomorrow than we are today. It's the everlasting ambition of people to enhance their quality of living. So, we'll work to extent life and enhance human being as well as to save life and treat illness in the future medicine."

CBM_8: "(…) hücre tedavisi ve gen düzenleme gibi yöntemler çok çeşitli hastalıkları tedavi edebilen inanılmaz bir potansiyele sahiptir. Bu yöntemlerin başlıca özelliği, daha önce tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tedavi etmenin yolu olmaktır."[315]

CBM_{10}: "Genel anlamda insan doktorların yerini, robot doktorlar alacağı için hastanın robot doktorlara başvurmak zorunda kalacağını düşünüyorum. Yani, biyomedikal teknolojiler tıbbın geleceğini şekillendirerek, belirleyecektir."[316]

Doğrudan alıntılanan söylem örneklerinden de anlaşılacağı üzere, geleceğin tıbbında bugüne kıyasla gen düzenlemesi ve sentetik biyoloji kapsamında yer alan uygulamalar gibi daha "radikal" tedavi yöntemlerinin yaygın kullanımı ön görülmektedir. Bu bağlamda dikkate çeken husus ise bu yöntemlerle salt hastalıkların tedavi edilmesi değil, insana dair sınırlılıkların giderilmesi ve doğal yetilerin geliştirilmesidir.

Diğer ifadeyle, günümüz insanının mevcut doğal sınırlarının genişletilmesi ve "insanın geliştirilmesi"dir. Bu anlayışla tıbba sağaltıcı mahiyetinin üzerinde "geliştirici" bir nitelik atanacağı, bağlantılı olarak hasta, hastalık ve hekim algısının değişeceği çıkarımı yapılabilir. Dolayısıyla mahiyeti değişen ve anlayış değiştiren geleceğin tıp felsefesinin dönüşümü de kaçınılmaz görünmektedir. Zira bir tarafta hastayı biyopsikososyal varlık olarak özel kılıp, tedavi ve bakımı bu yönde sunan hümanist bir yaklaşım, diğer tarafta makine ve cihazların hâkim olduğu, "insan unsuru"nun azaldığı ve insanın doğal sınırlarının aşılmaya çalışıldığı trans-hümanist yaklaşımdan bahsedilmektedir.

Ön görüldüğü üzere teletıp, gen düzenlemesi ve sentetik biyoloji gibi insan gelişimini amaçlayan yöntem ve teknolojiler trans-hümanist tıbba işaret etse de bu noktada esas olanın "tıbbın dönüşümü" olduğu söylenebilir. Nitekim bu dönüşüm insan doğasının ve "yaşam döngüsü"nün bir parçası olup, Kanadalı katılımcının da ifade ettiği gibi, insanın "yaşam kalitesini yükseltmeye ilişkin sonsuz tutkusu" ve "yarını, bugünden daha iyi kılma" çabasından kaynaklanmaktadır.

[315] **Metnin özgün hali:** "(…) methods like cell therapy and gene editing hold amazing potential to treat a wide variety of diseases. Their main feature is to be the way of treating disease that were not previously possible."
[316] **Metnin özgün hali:** "I think that patient will have to apply to the robot doctors because they will replace human doctors in general sense. I mean, biomedical technology will determine the future of medicine forming it."

4.2.3. Biyomedikal Teknolojilerin Geleceğin Tıbbında Hâkimiyeti: Olası Risk ve Faydaları; Kaygı ve Beklentiler

Araştırmanın bu bölümünde, biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbına hâkim olacağı ön kabulünden hareketle muhtemel risk ve faydaları saptanmış, edinilen bulgular katılımcıların konuyla ilgili kaygı ve beklentileri üzerinden teyit edilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda Kanada ve Türkiye'den derinlemesine görüşme yapılan biyomedikal mühendislerine yönelik iki soru hazırlanmıştır. Sorulardan biri, geleceğin tıbbında biyomedikal teknolojilerin kullanımının yol açabileceği riskler ve sunabileceği faydalar hakkında katılımcıların düşüncelerini ortaya çıkarma hedefiyle sorulmuştur. Diğeri ise "geleceğin tıbbını inşa eden" paydaşlardan olmalarına karşın, geleceğe ilişkin kaygılarını ve mesleki varoluşlarına bağlı olarak beklentilerini saptama hedefiyle yöneltilmiştir.

Sözü geçen sorularda nihai amaç; risk ve kaygılardan geleceğin tıbbında yaşanması muhtemel etik ve tıbbi sorunlara ilişkin çıkarımda bulunabilmektir. Örneğin; biyomedikal teknoloji ürünlerinden belirli zümre ya da ülkelerin yararlanması anlamına gelen "fırsat eşitsizliğinin artması" riskinin etik ve yasal açıdan irdelenip, uygun çözüm önerilerinin sunulmasına kaynaklık etme amacı gibi. "Mahremiyetin ihlali" ve "kötü niyetli kullanım" riskleri ile "kullanımda sınırların yitimi", "insanın teknoloji tarafından yönetilmesi" ile "mevcut etik anlayışın anlam ve etkisini kaybetmesi"ne yönelik kaygılar için de aynı amaç geçerlidir. Faydalardan oluşabilecek gereksinimlere, beklentilerden ise katılımcıların geleceğin tıbbına ilişkin istek ve planlarının belirlenerek, etik ve yasal açıdan açıdan ele alınmasına zemin hazırlamak amaç edinilmiştir.

"Biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında hâkimiyeti: olası risk ve faydalar; kaygı ve beklentiler" bağlamında alınan yanıtlar; "negatif ön görüler" ve "pozitif ön görüler" olmak üzere iki ana temaya ayrılmıştır. **"Negatif ön görüler"** kapsamında biyomedikal teknolojilerin kullanımına ilişkin *"riskler"* ve *"kaygılar"* alt temaları; **"pozitif ön görüler"** kapsamında ise bahsi geçen teknolojilerin sunabileceği *"faydalar" ve "beklentiler"* alt temaları saptanmıştır. Yapılan kodlama ile ilgili ayrıntılar ve kodlar Tablo 4.26'da sunulmuştur:

Tablo 4.26: "Biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında hâkimiyeti: olası risk ve faydalar; kaygı ve beklentiler" bağlamındaki bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Negatif Ön Görüler	**Riskler**	• Kötü niyetli kullanım • Fırsat eşitsizliğinin artması • Klinikte kullanım ve işleyişin ihlallere çok açık olması • İnsan varlığına müdahale edilmesi • Genetiği ile oynayarak "yeni bir insan" "yarat"ılması • Tıbbi cihazların güvenliğinin ihlal edilmesi • İnsanın sınırları aşma isteği • Humanoid ve android'lerden yeni toplum oluşturulması • Radyasyonun artması • Tıbbi atıkların artması • Enfeksiyon riskinin artması • Siber güvenliğin sağlanamaması	• Kötü niyetli kullanımı • Mahremiyetin ihlal edilmesi • İnsana zarar verecek şekilde kullanılması • "Sipariş ve tasarım bebekler" ile ötjeni uygulamaları • İnsanın, "Tanrı'yı oynama"ya başlaması • Segmentasyonla belirli şirketlerin/ülkelerin büyük pazar payına sahip olması • Pazar payı büyük olan şirketin/ülkenin üstünlük kurması ve karar verici olması • İnsanlığın yararına olan çalışmaların "ticari meta"ya dönüşmesi • Ekonomik yönünün, insani yönünü aşması
	Kaygılar	• Kullanımda sınırların yitimi • Üretimde sınırlandırmaya gidilmemesi • İnsanın teknoloji tarafından yönetilmesi • Doğal kaynakların azalması • Mevcut etik anlayışın anlam ve etkisini kaybetmesi • Kâr ve çıkar uğruna kontrolsüz güce izin veren sistemlerin oluşması • İnsan varoluşunun teknolojiyle belirlenmesi • İnsanlığın zararına kullanılabilir olması	• Biyomedikal teknolojilerin kötü niyetli kişiler tarafından kötü amaçlarla kullanılması • Kişisel çıkarlara hizmet edecek kullanıma açık olması • Kamu yararına kullanıma engel olunması • Gelecek neslin yanlış yönlendirilmesi • Kılavuz niteliğinde etik ve yasal düzenlemelerin olmaması • Yaşlanmanın bir hastalık olarak kabul edilmemesi" • Yaşlanma ve ölümün bir (trans)insan hakları sorunu olarak kabul edilmemesi
Pozitif Ön Görüler	**Faydalar**	• Hızlı teşhis ve tedavi • Ölüm oranının düşmesi • Yaşam süresinin uzaması • İnsanın birçok engelinin giderilmesi • Birçok hastalığın nedeninin saptanması ve tedavisinin bulunması • Yaşam kalitesinin artması • Sağlıklı yaşam sunması • Teletıp uygulamalarıyla uzaktan hizmet alınabilmesi • Hastalıklardan korunma yaklaşımının benimsenmesi	• Erken tanı ve tedavi olanaklarının artması • Ölüm oranının azalması • Daha uzun yaşanması • İnsanın biyolojik sınırlarının aşılması ve yeteneklerinin geliştirilmesi • Daha önce tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavi edilmesi • İnsanın, yaşlanma ve çoğu ölümcül riske dayanıklı "trans-hüman"a dönüşmesi • "Trans-hümanist özgürlükçü" görüşün hâkim olması • "Morfolojik özgürlük" ilkesinin benimsenmesi

Tablo 4.26 (devam)

	Beklentiler	• Günümüzde tedavisi olmayan hastalıklara çare bulunması • İnsanın fiziksel ve mental engellerinin giderilmesi • Hastalıkların ve hastalanmanın önlenmesi • CRISPR gen teknolojisinin ucuzlayıp, yaygınlaşması • Optimizasyon süreçlerinin daha fazla sisteme entegre edilmesi • Biyomedikal mühendisi-doktor ilişkisinin artması	• Geleceğin etik ve etik kurallar çerçevesinde inşa edilmesi • Bilim insanları, biyomedikal mühendisleri ve etik uzmanlarının iş birliği • Tehlikeli ve zor görevleri sadece robotların yapması • İnsanın geliştirilmesine yönelik teknolojilerin yaygınlaşması • İnsanlığa büyük fayda sunacak yeni trans-hümanist bilimin savunulması • "Sınırsız yaşam hakkı"nın evrensel olarak benimsenmesi • "Sınırsız yaşam hakkı"nın önemli medeni ve siyasi haklarından olması

Yukarıdaki tablodan, biyomedikal teknolojilerin yol açabileceği olası **"riskler"**le ilgili Kanada ve Türkiye'den katılımcıların benzer düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Özellikle *"kötü niyetli kullanım", "insanın, 'Tanrı'yı oynama'ya başlaması", "genetiği ile oynayarak 'yeni bir insan yarat'ılması", "sipariş ve tasarım bebekler' ile öjeni uygulamaları"*, kısaca *"insan varlığına müdahale edilmesi"* konularında koşut beyanda bulunmuşlardır. Bunun yanı sıra katılımcıların ifadeleri farklı olsa da *"ekonomik yönünün, insani yönünü aşması"* bağlamında yakın anlamlı görüşleri de bulunmaktadır. Şöyle ki, Türkiyeli katılımcıların söz konusu teknolojilerinden belirli bir zümrenin yararlanması anlamına gelen *"fırsat eşitsizliğinin artması"* ibaresi ile Kanadalı katılımcıların *"segmentasyonla belirli şirketlerin/ülkelerin büyük pazar payına sahip olması", "pazar payı büyük olan şirketlerin/ülkelerin üstünlük kurması ve karar verici olması"* ibareleri yakın anlamları içermektedir. Belirtilen benzerliklerden "kötü niyetli kullanım" ile ilgili ifadeler şöyledir:

TBM_7: "Risk konusu, kullanım niyeti ile ilgilidir. Birine kötülük yapmak için de bu teknolojileri kullanabilirsiniz elbette. Tabii ki hack'lenme ihtimali tüm kullandığımız dijital araçlarda var ama bir taraftan da insanoğlu bu risklere maruz kaldıkça onun çözümünü buluyor. Risk sadece cerrahi aletlerin ya da robotiklerin güvenliğinin ihlali için değil, 2050 senesinde üretileceğini düşündüğümüz 1 trilyon cihazın güvenliği için de var. Yani, mesele niyet meselesi." gelmişişşştittttre

TBM_8: "(…) en büyük risk, bilim ve teknolojinin kötüye kullanımı. Einstein izafiyet teorisini geliştirdiğinde bunun atom bombası üretiminde kullanılması için yani kötüye kullanım amaçlı geliştirmedi çünkü bilim insanı nötrdür. Yani, kötüye kullanımı ya da nasıl kullanılacağı

bilim insanın işi değil, hukuk, etik, sosyoloji gibi ilgili alanların ve alan uzmanlarının işidir. Bilim insanı üretir, nasıl kullanılacağı ya da kötüye kullanımı engellemek ise hukukçu ve etikçilerin işidir."

CBM_5: "Bence teknolojik bir ürün, kullanımına ve kullanım amacına göre risk ve faydaları aynı anda barındırır. Ancak riskleri azaltmak veya önlemek için öncelikle sorumluluğu [kimin sorumlu tutulacağını] belirlememiz gerekir."[317]

CBM_{13}: "İnsanlar, giderek daha kolay ulaşabildikleri bazı kişisel verileri kullanarak birine çok kolay bir şekilde kötülük yapabilir ya da ciddi bir zarar verebilir. Ve ne yazık ki, kötüye kullanıma engel olacak önlemlerimiz hâlihazırda bulunmamaktadır."[318]

Katılımcılar; insanın, elindeki olanaklarla hastalıkların tedavisi ve önlenmesinin ötesinde mevcut engellerini ortadan kaldırma ve sınırlarını aşma amacıyla mevcut yapısına ve doğasına müdahale etmeleri ve *"Tanrı'yı oynama"*ya başlamalarını da riskli bulduklarını şu şekilde dile getirmişlerdir:

TBM_4: "Genel olarak teknolojinin dünyada ve hayatımızda oynadığı rolle ilgili düşüncem şöyle; hayatımıza yardımcı olduğu ancak bunu hep bir yarış içinde kullanmaya yöneldiğimiz için oluşan zararların, yararlarını her zaman geçtiği ve o zararları azaltmak için yeni teknolojiler geliştirdiğimizdir. Özellikle genetiği ile oynayarak yeni bir insan oluşturmak ya da insan oluşumuna müdahale etmek de kuşkusuz çeşitli ve ciddi yan etkileri, riskleri oluşturacak bir çalışmadır. Ancak ne getireceğini yani neye mal olacağını şu anda bilmiyoruz biz. Muhtemelen en büyük yan etki de varlığına müdahale edilen insana olacaktır."

TBM_8: "Şu an var olan sınırları aşma isteği faydaları da riskleri de beraberinde getirecek. Günümüzde genetiği değiştirilmiş yapılar hayatımızın içinde bol miktarda yer alıyor ama derinlikli düşündüğünüzde zaten varlardı. Örneğin; aynı harflerle farklı dilden, farklı kelime ve cümlelerin yazılması ya da iki farklı köpek cinsinin çiftleştirilerek yeni bir cins elde edilmesi gibi. Tehlike ise bunların insanda uygulanması."

CBM_2: "Kuşkusuz çok büyük tehlikeler söz konusu. Örneğin; insanlar, çocuklarının sarışın ve mavi gözlü olmasını isteyebilir. Fakat zamanla mavi göz isteğini aşıp, o çocukların tüm hastalıklara karşı direnç göstermelerini tercih edeceklerdir. Yani, 'genetiği değiştirilmiş

[317] **Metnin özgün hali:** "I think, a technological product consists of risk and benefits at the same time depending on its use and aim while using. But, to reduce or prevent the risks, at first we have to determine responsibility."
[318] **Metnin özgün hali:** "People could assassinate somebody very or harm them badly, very easily, based on some of personal data which is becoming more and more easily achievable. And, unfortunately, we don't have measures yet to prevent the ill-usage."

bebekler' üretilecek. Bu 'tasarım bebekler'in yol açacağı öjeni ile de hastalıkların tedavisine ilişkin gelişmelerin sona erme olasılığı ileri sürülecek zira ortada bir hastalık olmayacak!"[319]

CBM_5: "İnsanların 'Tanrı'yı oynama'ya başlaması oldukça tehlikelidir. (…) Örneğin, organ klonlamak ve gerektiğinde bu organları insanlara 'sağlıklı organ' gibi sunmak amacıyla klonlama araştırdığımız konulardan biridir. Evet, fikir normal görünüyor ancak uygulamada kontrol kaybedilip, kötüye gidilebilir. Peki, şimdi klonlamaya izin verirseniz, kötü niyetle ve kontrolsüz uygulanmayacağından nasıl emin olabilirsiniz?"[320]

Kanada ve Türkiye'den katılımcıların risklere dair düşünce benzerlikleri, biyomedikal teknolojilerin ekonomik boyutu ve bu boyutun yol açacağı olası adaletsizlik noktasında da görülmektedir. Zira riskli bulunan; mikro ölçekte hastaların bu teknolojilere eşit erişiminin sağlanamaması, makro ölçekte ise bu teknolojileri üreten ülkelerin, üretmeyenler üzerinde güç ve hâkimiyet kurmasıyla oluşan adaletsizliktir. Bu riskin olası sonuçları; Türkiyeli katılımcılar tarafından "fırsat eşitsizliğinin artması", Kanadalı katılımcılar tarafındansa "segmentasyonla belirli şirketlerin/ülkelerin büyük pazar payına sahip olması", "pazar payı büyük olan şirketlerin/ülkelerin üstünlük kurması ve karar verici olması" dolayısıyla "ekonomik yönünün, insani yönü aşması" sözleriyle aşağıda açıklanmıştır:

TBM_1: "Mevcut ve geliştirilmekte olan biyomedikal teknolojilerin riskleri açısından baktığımızda en ciddi riskin, bu teknolojilerin hastalara eşit şekilde sunulmaması olabileceği söylenebilir. Yani, bu teknolojilerden belirli bir zümrenin faydalanması sağlanarak, eşitliğin bozulması ve adaletsiz bir sağlık hizmetinin sunulması olasıdır. Bence en önemli sorunlardan birisi budur çünkü sağlık hizmetlerinde kaynakların doğru şekilde kullanılıp, herkese eşit şekilde aktarılması gerekir. Kaynaklara erişimde uçurum oluşturmadan hizmet sunumunun yolları bulunmalıdır. Yani, bir taraf üstün teknolojiyi kullanarak tüm hizmet ve kaynaklardan faydalanabilirken, diğer taraf o teknolojilerin varlığından dahi bihaber olmamalıdır."

---

[319] **Metnin özgün hali:** "Of course, there are huge dangers. People would want that their kid is blond with blue eyes, for example. But in time they will go beyond the wish of blue eyes and go for that those kids can resist to all diseases. I mean, 'genetically-modified babies' will be produced. The 'designed babies' will bring up the possibility of eugenics to stop progress in treating the diseases because there will no disease!"

[320] **Metnin özgün hali:** "It's very dangerous that people start 'playing God'. (…) For example, cloning was one of the things that we have been looking into the cloning organs and using these clones to supply people with 'healthy organ's if need be. Yes, the idea seems normal, but the implementation can go south. So, now, if you allow cloning, how do you really make sure it doesn't go south?"

TBM_9: "(…) teknoloji ve onun sosyal boyuttaki karşılıkları ve kullanımı bugün de bir problem hatta çok ağır bir problem, yarın da çok daha büyük problem olacaktır. Çünkü eşitsizliğin derinleşmesi ve korkunçlaşması olasılık dâhilinde görünüyor."

CBM_1: "Bu teknolojinin nihai amacı çoğunlukla para kazanmaktır çünkü bu biraz da kapitalist sisteme içkindir. Yani, sonunda çok para kazanmak amacıyla bir tıbbi cihaz ya da ilaç geliştiren bir ülke, diğerlerine ezici güç uygulayabilir. Bu, bir sorun olabilir çünkü bu teknolojilerin ekonomik yönü, insani yönünü aşabilir."[321]

CBM_5: "Teknolojiye kimin sahip olduğuna odaklanmamız gerektiğini söyleyebilirim. Demem o ki, segmentasyon tehlikelidir çünkü diğerlerine nazaran çok ileri teknolojilere sahip olan belirli kişiler, şirketler ya da devletler segmentasyon aracılığıyla pazara hâkim olur ve bu, onları diğerlerinden daha güçlü kılar. Böylece, bugün kimin yaşayacağına güç sahibi olan bu kişiler, şirketler ya da hükümetler karar verir. Bu noktada gerçekten tüm insanlığın yararına olan nedir?"[322]

Söz konusu benzerliklerin yanı sıra **Türkiye**'den katkı sunan katılımcıların ağırlıklı olarak *"siber güvenliğin sağlanamaması", "klinikte kullanım ve işleyişin ihlallere çok açık olması"* ve *"tıbbi cihazların güvenliğinin ihlal edilmesi"* gibi güvenlik sorunlarına eğildikleri görülmektedir. İnsan kaynaklı güvenlik sorunlarına ilaveten bu teknolojilerin kullanımının sonucu olarak insan yaşamanı ya da sağlığını tehdit eden sorunlar da dile getirilmiştir. *"Radyasyonun, tıbbi atıkların ve enfeksiyon riskinin artması"*na değinen katılımcıların ilgili söylemleri şu şekildedir:

TBM_2: "Biyomedikal teknolojilerin klinikte kullanım ve işleyişinin ihlallere fazlaca açık olması en önemli risklerden biri bence. Elektronik veya X-ray (radyasyon) kullanımında yangın gibi riskleri oluşturan ihlaller, mühendislik kurallarının bu disiplinde söz sahibi olması açısından ihlaller var. Bu işleyişi disipline eden taraf, tıp tarafı, yani bu teknolojilerin işleyişi ve kullanımı hekim ve sağlık çalışanları tarafından yapılıyor. Zaten mühendislik tarafında kullanımı disipline edecek bir bilgi de yok, o mühendislik kuralını uygulatacak irade ve deneyim de yok. Yoksa Türkiye'de ne mevzuat açısından hukuki anlamında, ne de etik açıdan

[321] **Metnin özgün hali:** "The final purpose of this technology is mostly to make money because this is a bit intrinsic to the capitalistic system. So, a country that develops a medical device or medication finally to make a lot of money could break a butterfly on a wheel to the others. This could be an issue because the economical aspect can overcome the human one."

[322] **Metnin özgün hali:** "I would say focus of who owns the technology. I mean, segmentation is dangerous because certain people, companies or governments that have very advanced technologies compared to the rest dominate the market by means of segmentation, and that make them more powerful than others. So, they having power decide who to live on today. Here, what is really to the benefit of all humanity?"

mühendisler bu sürecin hâlâ tam olarak denetçisi değiller. Süreç yavaş yavaş değişiyor ama özellikle Kuzey Amerika, Kanada ve Avrupa'dan bu konuda uzak ara gerideyiz."

TBM_{10}: "(…) her teknolojinin getirdiği riskler de vardır. Radyasyon, tıbbi atıklar, enfeksiyon riskleri, siber güvenlik, yüksek doz ilaç veya ışınlar olup, bu riskleri çoğaltabiliriz."

İnsanların kaynaklı ya da bu teknolojilerin "yan etkileri" olan risklerin bir adım ötesinde insanlık için varoluşsal (ontolojik) riskine de Türk katılımcı tarafından dikkat çekilmiştir:

TBM_{13}: "Bence üretilen ve kullanılan biyomedikal teknolojilerin en büyük risklerinden biri, '*humanoid*' denilen 'insansı robotlar' olacaktır. (…) Sanki doğa, kendisine insanın verdiği zararlara karşı intikamını '*humanoid'* ve *'android*'ler diye adlandırılan robotik sistemler ya da tam otonom robotlarla alacak ve insandan alamayacağı geri kazanımı bu varlıklarla dengeleyecektir. Çünkü siz bir robot olarak düşündüğünüzde neye ihtiyaç duyarsınız; enerjiye ve üretildiğiniz malzemeye ihtiyaç duyarsınız. Bunun haricinde başka bir şeye ihtiyaç duymazsınız ki duyduklarınız da genelde cansız şeylerdir. Yani, robotlar ve android sistemlerin oluşturduğu toplumlar oluşabilir ki onlar daha az tüketici toplumlar olacaktır."

Kanadalı katılımcı ise *"mahremiyetin ihlal edilmesi"* ve *"insana zarar verecek şekilde kullanımı"* gibi etik ve tıbbi-adli açıdan sorgulanması gereken riskleri vurgulamaktadır:

CBM_{13}: "Günümüzde genel olarak en büyük sorunlardan biri, insanların teknolojiye daha fazla güvenmeleri hakikati ve bazı şirketlerin bilgiye daha kolay ulaşabilmesi gerçeğidir. Günün büyük bölümünde siz yakınlık sensörlü cep telefonu kullanıyorsunuz, biz de her gün nereye gittiğinizi ve kaç adım attığınızı tam olarak öğreniyoruz. Bu durum, tıbbi cihazlar için de geçerlidir. Yani, mahremiyetin ihlali genel olarak en büyük sorundur."[323]

Tüm katılımcılar biyomedikal teknolojilerin üretim ve kullanımındaki artış nedeniyle bu teknolojilerin geleceğin tıbbını şekillendirmesine dair çeşitli olası risklere dikkat çekmektedir. Ön gördükleri bu riskler; fırsat eşitsizliğinden insan varlığına müdahaleye, öjeniden robotlardan oluşacak yeni bir topluma, ekonomik yönünün baskın olmasından siber güvenliğin korunamamasına kadar farklı disiplinlerce irdelenmeyi gerektirmektedir. Dolayısıyla etik ve tıbbi-adli açıdan incelenmesinin yanı sıra ontolojik, sosyolojik, ekonomik

[323] **Metnin özgün hali:** "One of the big issues, in general nowadays, is the fact that people rely more in technology, and certain companies can easily access to information. Most of the day you are using a cell phone that has proximity sensors, we know exactly where you go everyday and how many steps you do. This seems for the medical devices, too. So, the big issue is the breach of privacy, in general."

ve siyasi açıdan da değerlendirmelere gereksinim duyulduğu ifade edilebilir. Katılımcıların risklere dair ön görülerini destekleyen kaygıları da bu gereksinime işaret eder niteliktedir.

"Kaygılar" kapsamında **Türkiye**'den katılımcıların söylemlerinde *"üretimde sınırlandırmaya gidilmemesi"* ve *"kullanımda sınırların yitimi"* nedeniyle *"insanın teknoloji tarafından yönetilmesi"* ve zamanla "*insan varoluşunun teknolojiyle belirlenmesi"* konuları öne çıkmaktadır. Bahsi geçen konuların aynı zamanda *"kâr ve çıkar uğruna kontrolsüz güce izin veren sistemlerin oluşması", "doğal kaynakların azalması"* ve *"mevcut etik anlayışın anlam ve etkisini kaybetmesi"*ne yol açabileceği ileri sürülmektedir. Dolayısıyla katılımcıların biyomedikal teknolojilerin amacını aşarak insanlığa faydasından çok, *"insanlığın zararına kullanılabilir olması"*ndan kaygı duydukları görülmektedir. Katılımcıların kaygılarını ifade eden söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

TBM_4: "Nasıl bir madde bağımlığında kişi kendisini kontrol edemeyerek, yüksek doz alıyorsa, aynı şey teknoloji için de geçerli. Bu durum tabii ki beni kaygılandırıyor. Bunların mutlaka kontrol edilmesi gerekiyor ki gelecekte de küresel ölçekte kontrol mekanizmalarının geliştirileceğini düşünüyorum. Başka türlü zaten dünyanın duvara çarpmaya doğru gittiğini gören birçok insan var. Dolayısıyla biyomedikal teknoloji de duvara çarpmamızda önemli bir bileşen. Bu noktada insan, teknoloji üzerinden yönlendiriliyor ki şu anda aslında tam tersinin olması gerekiyordu."

TBM_8: "Bu gelişmeler bir noktada hayatımızın standardı haline gelecek. Şu an var olan sınırları aşma isteğinin bu yönde kullanımı faydaları da riskleri de beraberinde getirecek. Örneğin 100-150 yıl önce organ nakli yapılamazken, şu an kolaylıkla yapılabilmesi ve tıbbın standart uygulamalarından biri olması gibi. Ancak bu durumda da mevcut etik kavramı anlam ve etkisini kaybedecektir ya da yer değiştirecektir ki bu da en ciddi kaygılarımdan biridir."

TBM_9: "Aslında hem kaygılanıp korkulacak şey var, hem de büyük beklenti ve umutlar... Ama esas mesele, 8-10 milyar insanın kendi varoluşunu veya yok oluşunu ne kadarını teknolojik gelişmelere, akıntıya teslim edeceği, ne kadarının üzerinde çalışıp kaderini belirleyeceğidir. (…) yani, tüm bunları gerçek anlamda toplumsal denetime açamayan, büyük kâr ve para uğruna iktidar odaklarının kontrolsüz gücüne izin veren sistemler oluşmaya devam ettiği sürece kaygımız hatta korkumuz devam etmeli."

TBM_{10}: "Bu tür teknolojilerin, yapay zekânın, derin öğrenmenin, robotların insanlık yararına kullanıldığı sürece devam etmesi gerektiğini, bundan faydalanmamız gerektiğini, bu alanlarda daha fazla çalışmalar yapmamız gerektiğini düşünüyorum. Maalesef, bu tür

teknolojileri kendi çıkarlarının doğrultusunda insanlık zararına kullanabilecek kişiler de çıkabilir ki bu da en büyük kaygılarımdandır."

Alıntılanan söylemlerden de anlaşılacağı gibi Türk katılımcıların kaygılarının temelinde biyomedikal teknolojilerin üretiminde ve kullanımında sınırlama ve denetimin sağlayacak mekanizmaların yokluğu/eksikliği bulunmaktadır. Dolayısıyla hukuki ve etik düzenlemelerle hem sınırlama ve denetime yönelik başvuru kaynakları hazırlamak hem de bu tür mekanizmaların geliştirilmesine kaynaklık etmek elzem görünmektedir.

Nitekim **Kanada**'dan bir katılımcı da "*kılavuz niteliğinde etik ve yasal düzenlemelerin olmaması"*ndan kaygı duyduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, katılımcıların bu teknolojilerin kötü niyetli kullanımına ve genel anlamda insanlığın yararına olmasından çok, bireysel yarara ve kişisel çıkarlara hizmet etmesini ağırlık verdikleri görülmektedir. Zira katılımcılar, kaygılarını *"biyomedikal teknolojilerin kötü niyetli kişiler tarafından kötü amaçlarla kullanılması", "kişisel çıkarlara hizmet edecek kullanıma açık olması"* ve *"kamu yararına kullanıma engel olunması"* ibareleriyle, aşağıdaki görüldüğü gibi, beyan etmiştir:

CBM_{10}: "Biyomedikal teknolojilerin üretim ve kullanımıyla ilgili güçlü kuralların ve rehberliğin olmamasından kaygı duyuyorum. Yani, etik ve yasal düzenlemelerin olmaması halinde, bazı insanların bu gelişmelerden bencilce ve kötü amaçlarla yararlanarak, 'kamu yararı'na engel olacağıdır. Ayrıca, bunun [güçlü kuralları içeren etik ve yasal düzenlemelerin olmamasının], küresel ölçekte distopyaya yol açabileceğini de düşünüyorum."[324]

CBM_{11}: "Başlıca kaygım; bu teknolojilerin yanlış ellerde, kötü niyetli kişiler tarafından kötü amaçlarla kullanılmasıdır."[325]

Kanadalı katılımcılar tarafından ifade edilen kaygılar arasında *"gelecek neslin yanlış yönlendirilmesi", "yaşlanmanın bir hastalık olarak kabul edilmemesi*" ile *"yaşlanma ve ölümün bir (trans)insan hakları sorunu olarak kabul edilmemesi"* de bulunmaktadır. Dile getirilen son iki kaygı "yaşlanma ve ölüme karşı mücadele" bağlamında trans-hümanist anlayışın temel amaçlarındandır. Dolayısıyla bu katılımcının geleceğe yönelik en önemli kaygısının tıbbi ve siyasi konjonktürde trans-hümanist anlayışın benimsenmemesi ve amacına

[324] **Metnin özgün hali:** "I am concerned in the absence of strong rules and guidance regarding producing and usage of biomedical technologies. I mean, if there are not ethical and legal regulations, some people will take advantage of the advances for selfish and worse reasons, and obstruct the 'common good'. And also, I think, it could globally lead to a dystopia."
[325] **Metnin özgün hali:** "My main concern is that these technologies are used by wrong hands, bad persons and bad aims."

hizmete yönelik kuralların geliştirilmemesi olduğu çıkarımı yapılabilir. Katılımcının bu düşüncesini içeren ifadesi şu şekildedir:

CBM_{12}: "Kaygılarım, Kanada ve ABD hükümetlerinin yaşlanmayı bir hastalık olarak sınıflandırmamaları ve aynı zamanda yaşlanma ve ölüme karşı bir (trans)insan hakları sorunu olarak mücadele etmemeleriyle ilgilidir."[326]

CBM_{13}: "Bir bilim insanı olarak, bilim insanlarının ve biyomedikal mühendislerinin gelecek nesli yanlış yöne yönlendirerek, temel sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerinden kaygılanıyorum."[327]

Katılımcıların "negatif ön görüler" kapsamında belirttikleri risk ve kaygıların yanı sıra biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında sağlayacağı faydaların ve bu yolda oluşan beklentilerin de ele alınması gerekmektedir. Zira "çift etki doktrini" gereğince, yukarıda ayrıntılı olarak ele alınan riskler ve ilgili kaygıların çoğu biyomedikal teknolojilerin doğrudan sonucu olmayıp, kullanan kişinin niyeti ve kullanım amacıyla ilgilidir. Dolayısıyla, bu doktrin üzerinden (etik açıdan) yapılan değerlendirmede biyomedikal teknolojilerin varlığının haklı çıkarılabilir; faydalarının da kabul edilebilir nitelikte olduğu ileri sürülebilir.

Geleceğin tıbbında belirleyici rol üstlenen biyomedikal teknolojilerin insanlığa sunabileceği faydaları ve bu yönde oluşan beklentiler **"pozitif ön görüler"** kapsamında incelenmiştir. Ön görülen **"faydalar"** ile ilgili tüm katılımcıların benzer ifadeleri de bulunmaktadır. Zira **Türkiye**'den katılımcıların *"hızlı teşhis ve tedavi", "ölüm oranının düşmesi", "yaşam süresinin uzaması", "insanın birçok engelinin giderilmesi"* ile *"birçok hastalığın nedeninin saptanması ve tedavisinin bulunması"* ifadeleri Kanadalı katılımcıların düşünceleriyle koşutluk göstermekte ve şu şekilde dile getirilmektedir:

TBM_{10}: "Biyomedikal teknolojilerin faydalarını; hasta, maliyet ve zaman açısından değerlendirebiliriz. Hasta açısından; hastalıktan korunma, hızlı teşhis, hızlı tedavi, rahat yaşam ve yaşam süresini uzatma olarak sıralayabiliriz. Maliyet açısından düşünürsek; hasta harcamaları, devlet harcamaları, hastane harcamaları açısından avantajları olabilir. Süre açısından düşündüğümüzde ise hızlı teşhis, hızlı tedavi ve ölüm oranını azaltma doktor için zaman kazanımı faydaların olarak sıralanabilir."

---

[326] **Metnin özgün hali:** "My concerns are regarding that governments of Canada and the USA do not classify aging as a disease, and also not fight against aging and death as a (trans)human rights issue."

[327] **Metnin özgün hali:** "I'm concerned as a scientist that scientists and biomedical engineers cannot fulfil their fundamental responsibility by directing the next generation in the wrong direction."

TBM_{12}: "Sağlık alanında tüm teknolojik ilerlemeler, insanın yaşam süresinin uzamasının ve yaşam kalitesinin artmasının en verimli yoludur. Biyomedikal teknolojilerin bunlara ek olarak temel faydalarından biri, eksikleri keşfedip onlara çare olabilecek cihazların geliştirilmesini sağlamaktır."

TBM_{13}: "(…) örneğin, elli yıl öncesinin tıbbına göre birçok hastalığın ne olduğu belirlenecek, insanın engellerinin birçoğu tedavi edilebilecek ya da giderilebilecek. Bunlar gibi birçok faydasından da söz edebiliriz."

Kanadalı katılımcıların *"erken tanı ve tedavi olanaklarının artması"*, *"ölüm oranının azalması"*, *"daha uzun yaşanması"* ve *"daha önce tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavi edilmesi"* ibareleri yukarıda sunulan ifadelerle anlamdaş olup, farklı sözcüklerle şu şekilde dile getirilmiştir:

CBM_1: "Çok daha fazlasını bileceğiz çünkü daha fazla cihazımız olacak ve onlar sayesinde sağlığımızı/hastalığımızı daha iyi takip edeceğiz; bu, büyük bir katkı olacaktır. Yani, daha iyi ilaçlar ve daha iyi tıbbi ekipman anlamına gelen daha iyi bir sağlık hizmetiniz olursa, ölüm oranınız daha düşük, ancak yaşam süreniz daha uzun olacaktır."[328]

CBM_7: "Biyomedikal teknolojide ve dolayısıyla tıpta yüksek derecede yapay zekâ (YZ) kullanılacak, böylece tanı koymak ve tedavi yöntemini belirlemek çok daha hızlı olacaktır, yani hastalıkların erken tanı ve tedavi oranı artacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanı daha güçlü hesaplama ve test etme yeteneği edinecektir."[329]

CBM_8: "Biyomedikal teknolojinin esas faydası, daha önce tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavi yöntemlerini bulacak olmasıdır. Yani, hücre tedavisi ve gen düzenleme gibi yöntemler, çok çeşitli hastalıkları tedavi etmekte yüksek bir potansiyele sahip olacaktır."[330]

Yukarıda da belirtildiği üzere erken tanı ve tedavi olanakları, bugünün ölümcül ya da tedavisiz hastalıklarına çare bulunması, ölüm oranının düşmesi ve yaşam süresinin uzaması biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbına sunacağı, yaygın ve katılımcıların çoğu tarafından belirtilen faydalarındandır. Çoğunluğun kabul ettiği ve "mutlak" nitelik kazanması muhtemel

---

[328] **Metnin özgün hali:** "We'll know much more because we'll have more devices and we'll have better monitoring of our health by them; it will be a great contribution. I mean, if you have a better healthcare that means better medications and better medical equipment, then you'll have less mortality, but long life span."

[329] **Metnin özgün hali:** "A high degree of AI will be used in biomedical technology, and so in medicine, and so, to get diagnosis and to find cures will be much faster, I mean, the rate of early detection of diseases and early treatment will increase. Also health care professional will get a stronger computing power and testing capability."

[330] **Metnin özgün hali:** "The main benefit of biomedical technology is to provide the ways of treating diseases that were not previously possible found. I mean, things like cell therapy and gene editing will hold high potential to treat a wide variety of diseases."

olan bu faydalar Kanadalı ve Türk katılımcıları ortak düşünce zemininde buluşturmuştur. Ancak katılımcıları farklı zeminlerde konumlandıran **farklı ön görüler** de bulunmaktadır. Nitekim **Kanada**lı katılımcılardan birinin dile getirdiği biyomedikal teknolojilerin ve tıpta kullanımının gelecekte sağlayacağı faydalar trans-hümanist anlayışın amaçlarına işaret etmektedir. Trans-hümanizm anlayışını ihsas eden *"morfolojik özgürlük' ilkesinin benimsenmesi"* ve *"trans-hümanist özgürlükçü görüşün hâkim olması"* nedeniyle *"insanın biyolojik sınırlarının aşılması ve yeteneklerinin geliştirilmesi"* ve *"yaşlanma ve çoğu ölümcül riske dayanıklı 'trans-hüman'a dönüşmesi"* biyomedikal teknolojilerin "faydaları" olarak ileri sürülmektedir. Trans-hümanizm savunusunu yapan bu katılımcının düşüncelerini somut kılan sözleri şu şekildedir:

CBM_{12}: "Bilim ve teknolojiyi kullanarak, mevcut biyolojik sınırlarımızı aşabileceğimizi ve yeteneklerimizi geliştirebileceğimizi düşünüyorum. Daha zeki olabilir, daha uzun yaşayabilir ve sonunda ileri teknolojilerle yaşlanmaya ve çoğu ölümcül riske karşı dayanıklı veya en azından dirençli bir *'üst-insan/geçiş-insanı'* olabiliriz. Bir liberter [özgürlükçü] olarak, insan geliştirme teknolojilerini destekleyen anlayışla iyi bir şekilde örtüşen 'maksimum özgürlük ve kişisel hesap verebilirliği' savunuyorum. Aynı zamanda, bireyin kendi bedeni üzerinde ne yapacağını seçme hakkına sahip olması gerektiğinin tutkulu bir savunucusuyum. Trans-hümanist çevrede *'morfolojik özgürlük'* olarak adlandırılan bu ilke; gen tedavisinden yaşlanmayı durdurabilecek veya tersine çevirebilecek, fiziksel ve bilişsel yetileri artırabilecek ve hatta ölümü geciktirebilecek diğer biyomedikal müdahaleler gibi çok daha iddialı vücut modifikasyon türlerine kadar içerir."[331]

Kanadalı katılımcının, biyomedikal teknolojilerin trans-hümanist anlayıştan yükselen ve yakın gelecek için "iddialı" olarak görülebilen faydalarından farklı olarak, Türk katılımcıların "radikal ve iddialı" olmayan ve olasılığı daha yüksek görünen ön görüler ileri sürmektedir. Katılımcıların bu teknolojilerin gelecekte sunacağı faydaları arasında *"sağlıklı yaşam sunması", "hastalıklardan korunma yaklaşımının benimsenmesi", "yaşam kalitesinin*

[331] **Metnin özgün hali:** "I think that we can transcend our current biological limits and enhance our capabilities using science and technology. We can be smarter, live longer, and eventually with advanced technologies to become a *'trans-human'* being one that is impervious, or at least resilient, to aging, and most mortal risks. As a libertarian, I promote 'maximum freedom and personal accountability' that gels well with the championing of human enhancement technologies. I am also a passionate defender that the individual should have the right to choose what they do upon their own body. The principle of *"morphological freedom"* as it's called in transhumanist circles extends to much more ambitious forms of body modification from gene therapy to other biomedical interventions like that could stop or reverse aging, enhance physical and cognitive prowess, and even delay death."

artması", "fiziksel kayıpları düzeltmesi/gidermesi" ve *"teletıp uygulamalarıyla uzaktan hizmet alınabilmesi"* bulunmaktadır. Türk katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

TBM_7: "Pandeminin sonuna baktığınız zaman en büyük çıktı, fayda da diyebiliriz, sağlıklı yaşamak zorunda oluşumuzu anlamamızdır. Yani, bağışıklık sistemimizi en güçlü şekilde tutmamız gerektiğidir. Doğal olarak da canımızı sadece hastane kurtaramıyor. Dolayısıyla sağlıklı yaşam, yaşam kalitesinin artması ve hastalıktan korunma da tıbbın önemli bir parçası olacak, bunlar da biyomedikal teknolojilerle sağlanacak, bence geleceğin tıbbı burada yatıyor!"

TBM_9: "Yapay uzuvlar, organoid, sayborg gibi bir yanı çok hoşumuza gitmese de biyonik göz gibi temel, yani kayıplarımızı düzeltici, güçlendirici, ortadan kaldırıcı ürünler gibi bir yanı da insana faydalı çalışmalar yaygınlaşarak yapılacak."

TBM_{12}: "Gelecekte evet herkes, her şeyi bilecek bilinçlenecek, belki sadece semptomları yazarak hastalığın tanısını hasta kendi koyabilecek; belki eczaneden aldığı hap şeklinde görüntüleme sitemleri ile kolaylıkla tanı ve tedavi uygulayabilecek. Teletıp ve tedavi yaklaşımları yeterli olacaktır."

Biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında belirleyici rol üstlenmesine dair katılımcıların **"pozitif ön görüler"** kapsamında **"beklentiler"**inin de ifade ettikleri faydalarla koşut olduğu görülmektedir. Zira **Türkiye**'den katılımcıların, özellikle *"günümüzde tedavisi olmayan hastalıklara çare bulunması", "insanın fiziksel ve mental engellerinin giderilmesi"* ile *"hastalıkların ve hastalanmanın önlenmesi"*ne ilişkin beklentileri, ön gördükleri faydalarla koşutluk göstermektedir. Bu koşutluk, bir katılımcının aşağıda sunulan söylem örneğinde görülebilmektedir:

TBM_2: "Beklentilerimse; günümüzde tedavisi olmayan hastalıklara çare bulunması, insanların hayatını derinden ve olumsuz bir şekilde etkileyen sakatlık ve engellerin giderilmesi, insan merkeze konulurken doğaya, hayvanlara ve diğer canlılara zarar verilmeden gelişimin sağlanmasıdır."

TBM_7: "Aslında sağlık teknolojisi ve geleceğin tıbbı çok kapsamlı; nanoteknoloji, bilişim, sanal gerçeklik, biyoteknoloji, sentetik biyoloji gibi birçok boyutu var ve hepsinin ayrı ayrı ele alınması gerekiyor. Beklentim, bunların hepsinin bir araya getirilip, insanın hasta olmaması için kullanılmasıdır."

Türk katılımcıların biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbına sunacağı olası faydalarında belirtilmeyen beklentileri de şu şekildedir: *"CRISPR gen teknolojisinin ucuzlayıp, yaygınlaşması", "optimizasyon süreçlerinin daha fazla sisteme entegre edilmesi"* ve *"biyomedikal mühendisi-doktor ilişkisinin artması"*:

TBM_9: "CRISPR gen teknolojisinin seçilen bazı hastalıkların genetik kökeni için kullanılıyor, ne kadar sürer bilmiyorum ama 3-5 yıl mı sürer, 10 yıl mı sürer ama ucuzlayıp yaygınlaşacağını düşünüyorum. (…) başlangıçta istisnai, büyük, karmaşık, yüksek maliyetli teknolojiler geliştirilip yaygınlaşabiliyor ki bu, maliyeti de düşürüyor. Sonra ticarileştirme denen süreç başlıyor, o sürecin içinde *'o ürünün hangi en optimal özellikleri en yaygın olarak temel ihtiyaçları karşılar? O ihtiyaçları hatta yaratır, belirler ve karşılar?'* sorularına cevap arama arayışı başlıyor. Bu, bir süreç ve sonucunda da yeni teknolojiler üretiliyor."

TBM_{10}: "(…) teknolojiyi kullanan kişilerin cihazları veya ekipmanları kullanım prosedürlerine uygun olarak kullanmaları; biyomedikal mühendisi-doktor arasındaki ilişkinin daha da artırılması, optimizasyon süreçlerinin daha fazla sisteme entegre edilmesini bekliyor ve umuyorum."

Katılımcıların beklentileri, hâlihazırda mevcut olmayan ancak gelecekte olması beklenen gereksinimleri de ihsas etmektedir. Örneğin; Türk katılımcının, "gen teknolojisinin ucuzlayıp, yaygınlaşması" beklentisinden günümüzde "gen teknolojisinin ucuz ve yaygın" olmadığı ve buna gereksinim duyulduğu anlaşılabilir. Bir diğer katılımcının "biyomedikal mühendisi-doktor ilişkisinin artması" beklentisi, günümüzde bu ilişkinin yeterli olmadığına işaret etmekte ve artması yönünde gereksinimi içermektedir.

Yine, **Kanada**lı katılımcıların *"etik ve etik kurallar çerçevesinde geleceği inşa etme", "tehlikeli ve zor görevleri sadece robotların yapması"* ile *"bilim insanları, biyomedikal mühendisleri ve etik uzmanlarının iş birliği"* beklentileri de günümüzde duydukları gereksinimleri içermektedir. Bu gereksinimlerin; tehlikeli ve zor görevleri insanların da yapması ve bilim insanları, biyomedikal mühendisleri ile etik uzmanlarının birlikte çalışmamasından kaynaklandığı ifade edilebilir. Kanadalı katılımcıların, günümüzde duydukları gereksinimleri de örtük olarak içeren beklentilerine ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

CBM_7: "İster tasarım bebeklerden, isterse klonlama veya biyoteknoloji ile üretilmiş otonom robotlardan bahsedelim, buradaki mesele sadece yanlış yola sapmamak için etik ve etik kurallar çerçevesinde geleceği inşa etme meselesidir. Her zaman herkesin iyiliğine olmayan bir şeyler geliştiren teknoloji uzmanları ya da birileri olacaktır. Ancak en önemli husus, bunun olası

negatif sonuçlarını gerçekten dizginleyebilmektir. Bence, bu noktada etik ve aynı zamanda etik uzmanları, bilim insanları ve biyomedikal mühendislerinin iş birliği oldukça önemlidir."[332]

CBM_8: "Araştırmacıların, mühendislerin ve hekimlerin, çalışmalarının etiğe uygun bir şekilde yürütüldüğünden ve uygulandığından emin olmak için etik uzmanlarıyla birlikte çalışmaları esastır."[333]

CBM_9: "Otonom robotlar, insanların gelişimine katkıda bulundukları ortamlarda otomobiller gibi büyük potansiyele sahiptir. Dolayısıyla zor veya tehlikeli görevleri üstlenebilen ve insanlara daha yaratıcı işler yapmaları için özgürlük alanı sunan robot fikri oldukça çekici görünüyor."[334]

Yukarıda alıntılanan katılımcı söylemlerinden, biyomedikal teknoloji çalışmalarında, ilgili paydaşları yanlışa yönelmekten alıkoyacak ve iyiye yönelmelerinde yol gösterecek etik kurallara ve düzenlemelere gereksinim duydukları anlaşılmaktadır. Etik olana yönelmelerinde ayrıca bu teknolojilerle ilgili paydaşlar olarak biyomedikal mühendisleri, bilim insanları, araştırmacılar ve hekimlerin, etik uzmanlarıyla birlikte çalışması gerektiği ve buna gereksinim duydukları çıkarsanabilir.

Biyomedikal teknolojilerin geleceğinde tıbbında hâkimiyetine ilişkin beklentiler arasında trans-hümanist anlayışa işaret edenler de bulunmaktadır. *"İnsanlığa büyük fayda sunacak yeni trans-hümanist bilimin savunulması", "sınırsız yaşam hakkının evrensel olarak benimsenmesi"* ile *"sınırsız yaşam hakkının önemli medeni ve siyasi haklarından olması"* beklentileri de Kanadalı katılımcı tarafından beyan edilmiştir. Katılımcının, aynı zamanda günümüzde var olmaması nedeniyle gereksinim duyduğu ancak gelecekte olmasını umduğu, beklentilerini gösterir söylemi aşağıda sunulmuştur:

CBM_{12}: "Hepimizin sınırsız yaşam süresine sahip olmakla ilgili evrensel bir hakkı vardır. Bu hakkın, gelecek yüzyılda insanlığın en önemli medeni ve ideolojik haklarından biri olacağı konusunda size söz verebilirim ki herkesin sonsuza kadar yaşama hakkı vardır. Sayborgların, kriyoniğin, genetiği değiştirilmiş bebeklerin ve otonom robotların geleceğiyle

---

[332] **Metnin özgün hali:** "Whether we're talking about designed babies, cloning or autonomous robots that are built with biotechnology, it's just a question of building the future in ethics and ethical frameworks to it so that we don't go down the wrong path. Once there will always be a technologist or there's someone creating something that maybe is not for the good of all. But having really be able to rein back any potential negative outcomes of that is the most important thing. I think, ethics are just super important at that point, and also collaboration of ethicists with scientists and biomedical engineers."

[333] **Metnin özgün hali:** "It is essential for researchers, engineer and physicians to work with ethicists to ensure that their work is being conducted and applied in an ethically appropriate manner."

[334] **Metnin özgün hali:** "Autonomous robots have great potential in applications like automobiles in environments where they can augment humans. So, the idea of a robot which can take on difficult or dangerous tasks and free up people to do more creative things is very appealing."

ilgili oldukça iyimserim zira bilim her zaman insanlığın en iyi dostu olmuştur. Bu yeni ve daha radikal teknolojilerin, insanlığa zararlı bir şey yapacağını düşünmek için hiçbir sebep yok. Kuşkusuz, hiçbir yol virajsız veya tümseksiz değildir, ancak insanlık tüm engelleri aşacaktır ve yeni trans-hümanist bilim insanlığa büyük fayda sağlayacaktır."[335]

Yukarıda alıntılanan ifadelerden birçok katılımcının beklentisi; çalışmalarında hem bağlayıcı ve yol gösterici etik kuralların geliştirilmesine, hem de çalışmalarını ve çalışma sürecini etiğe uygun kılmak amacıyla etik uzmanına gereksinimlerini de göstermektedir. Katılımcıların, kurallar ve danışmanlık bağlamında etik rehberliğe ilişkin gereksinimleri salt beklentilerinde değil, kendilerine yöneltilen sorularda açıkça beyan edilmiştir.

4.2.4. Biyomedikal Mühendislerinin "Daha İyi Bir Dünya" Tasarımı için Yasal ve Etik Açıdan Gereksinimleri ve Öncelikleri

Kanada ve Türkiye'den araştırma kapsamında derinlemesine görüşme yapılan biyomedikal mühendislerin geleceğin tıbbı üzerinden "daha iyi bir dünya" tasarımında yasal ve etik açıdan duydukları gereksinimler ve öncelikleri saptanmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda mevcut yasa, politika ve etik düzenlemelerin tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan tıbbi-adli sorunlara ve etik ikilemlere yanıt verebilir nitelikte olup olmadığı sorusu yöneltilmiştir. İkinci olarak, *[g]eleceğin tıbbıyla ilgili sağlık politikalarının ve etik kuralların geliştirilmesinde aktif bir rolünüz olsaydı, 'daha iyi bir dünya' tasarımı için önceliğiniz ne olurdu?"*[336] sorusuna yanıt aranmıştır. Bu sorularla tasarımdan klinik kullanıma kadar biyomedikal mühendislerinin çalışmalarının her aşamasında yasal ve etik açıdan neye gereksinim duyduklarını belirleme hedefi güdülmüştür.

Katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar ışığında belirlenen bağlam, ana tema, alt tema ve kodlara Tablo 4.27'de yer verilmiştir:

---

[335] **Metnin özgün hali:** "We all have a universal right to indefinite lifespans. That's something I can promise you in the next century will become one of the most important civil and ideological rights of humanity that everybody has a right to live indefinitely. I am very optimistic about the coming age of cyborgs, cryonics, genetically modified babies, and autonomous robots because science has always been the best friend of humanity. There's no reason to think these new and more radical technologies will do anything dangerous to humanity. Of course, no road is without curves or bumps, but humanity will overcome all obstacles, and new transhumanist science will greatly benefit humanity."

[336] **Sorunun İngilizcesi:** *"If you have an active role for developing health care policies and ethical rules regarding the future medicine, what would be your priority in order to design a 'better world'?"*

Tablo 4.27: "Daha iyi bir dünya' tasarımında yasal ve etik gereksinimler ile öncelikli kılınması gerekenler" bağlamına ilişkin bulgular.

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
		Türkiye	**Kanada**
Yasal Ve Etik Düzenleme Eksikliği	**Yasal ve etik açıdan gereksinimler**	• Tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımıyla ilgili yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması • Kapsayıcı yeni yasal ve etik düzenlemelerin yapılmaması • Bağlı olunan yasa, politika ve etik kuralların geriden gitmesi • Mevcut hukuk ve etik kuralların, ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan etik ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir nitelikte olmaması • Genetik laboratuvarlarına özel düzenlemenin bulunmaması • Genetik çalışmalarda mahremiyetin korunmasına yönelik belirsizlik • Genetik çalışmalarda aydınlatmayla ilgili belirsizlik • Özellikle vücut için üretilen implantlarda yasal düzenleme eksikliği • Daha düşük maliyetle üretilen ve gerekli testlerden geçmeden piyasaya sürülen implant kullanımından doğabilecek sorunları engelleyecek mevzuatın hazırlanması	• Değişime karşın, mevcut hukuk ve etik normlarının bu değişimi karşılayamaması • Biyomedikal mühendisliğinin yasal ve etik standartlarının bulunmaması • Mevcut düzenlemelerin yasal ve etik sorunlara cevap verememesi • Değişim nedeniyle yeni etik değer ve ilkelere gereksinim duyulması • Biyomedikal mühendislerine yol gösterecek yeni politikalara gereksinim duyulması
Öncelikli Kılınması Gerekenler	**Yasal ve etik açıdan öncelikler**	• Yapılan çalışmaların çıktıları üzerinden politika üretilmeli • Konsorsiyuma dayalı politika geliştirilmeli • Genel düzenleyici kurallar konulmalı • Ülkenin siyasetine, kültür ve değerlerine uygun etik ve yasal düzenlemeler yapılmalı • Temel kanunlar ve etik ilkelere ilaveten yenileri ihtiyaca göre küresel ölçekte hazırlanmalı • Sağlık hizmetlerinde biyomedikal teknolojilere erişimde eşitlik sağlanmalı • Tıbbi cihaz ve ürünlerin kullanım masrafları tamamen devlet tarafından karşılanmalı	• Eşitsizliği azaltacak ve adil sağlık hizmeti sunacak politika ve stratejiler geliştirilmeli • Karar verme sürecine tüm kesimlerin dâhil edilmesi • Eşitlik ve çeşitlilik temelinden tüm kesimleri kapsayıcı politikalar geliştirme • Bilim, teknoloji ve toplum bağlantısından doğan zorluklarla mücadele edebilmek için inter-disipliner çalışma • Tasarım sürecinden itibaren kaynakların sınırlı olduğu ve evrende sadece insan olmadığı göz önünde bulundurulmalı • Silahlara daha az, yeni nesil tıp teknolojisine daha fazla bütçe ayıran politikalar hazırlanmalı

Araştırmanın bu kısmında öncelikle açıklanması gereken husus; katılımcı biyomedikal mühendislerin günümüzde yaptıkları çalışmalarda genel olarak yol gösterici ve yaşadıkları muhtemel yasal ve etik sorunların çözümünde başvurabilecekleri politikaların, etik norm ve ilkelerin olmamasıdır. Beyanlarında bu düzenlemelerin günümüzde bulunmaması ve bu düzenlemelere gereksinimlerinin de bugünkü çalışmalarına ilişkin olduğu anlaşılmaktadır. Ne var ki, hem yöneltilen sorunun amacı, hem de yaptıkları çalışmaların geleceğe yöneliktir. Dolayısıyla yasal ve etik düzenlemelere dair yoksunluk ve gereksinimin bugüne dair olsa da bunların gelecekte tıbbı ve dünyayı "daha iyi" kılmak amacıyla yapılacak yasal ve etik düzenlemelerin dayanağı ve yönlendiricisi olacağı ihsas edilmektedir. Nitekim çalışmalarının "kendinde amacı"nın "geleceği tasarlamak" olduğu katılımcılar tarafından da vurgulanmaktadır. Bugün üzerinden geleceğin inşasıyla ilgili olarak katılımcıların kanıt niteliğindeki söylemleri aşağıda sunulmuş olup, araştırmanın bu yöndeki amacını ve savımızı destekler niteliktedir:

TBM_3: "Aslında bence araştırma-geliştirme (Ar-Ge) alanında çalışan herkes zaten en az 5-10 yıl ötesini görerek yeni bir şey ortaya koymaya çalışıyor. Yani, araştırma yapan kimse, tarih dışında belki, *'ben eskiye, geçmişe yönelik, geçmiş amaçlı çalışıyorum'* diyemez. (…) O yüzden insanların kendisini *'gelecek çalışması yapıyorum'* diye ayırması, belki gelecek çalışmalarının metotlarını ortaya koymak önem arz eder."

TBM_7: "Baktığımızda fütürizmin temelinde *'geleceğin bekçisi değil, mimarı ol'* anlayışı bulunuyor. Biz de çalışmalarımızla 'geleceğin mimarı' olmaya çalışıyoruz, çalışmalarımızda da gözlerimizi kapatmıyor, faydaları kadar riskleri ön görüyor, önlem almaya çalışıyoruz. Bu anlamda 'geleceğin tasarımcıları'ndan biri olduğumu düşünüyorum."

TBM_{11}: "(…) yaptığım işin doğası gereği fütürizme daha yakın görünüyoruz. Aslında 'haydi, geleceği bir tasarlayalım' diye bir motivasyon yok, ama yaptığımız iş geleceğe yönelik oluyor. Zaten her projenin özgünlüğü de gelecekte hiç yapılmamış olması ve geleceğe yönelik olması değil mi?"

TBM_{12}: "Teknoloji, mükemmel bir araç, kusursuz bir kaynak olduğu kadar sınırsız da bir amaç. Bu nedenle bu işin içinde bir kişi olarak öncelikle gelecekten sorumlu olduğumuza inanıyorum."

TBM_{13}: "(…) mesleğimiz gereği, çalışmalarımız da geleceğe yön verecek!"

Dolayısıyla Kanada ve Türkiye'den katılım sağlayan biyomedikal mühendisleriyle yapılan görüşmelerden edinilen verilerle bugün yaşadıkları "yasal ve etik düzenleme eksikliği" ile gelecekte yapılan çalışmalarda "öncelikli kılınması gerekenler" ana temaları saptanmıştır. **"Daha iyi bir dünya' tasarımında yasal ve etik gereksinimler ile öncelikli kılınması gerekenler"** bağlamını oluşturan bu ana temalar kapsamında biyomedikal mühendislerinin bugünün ve geleceğin tıbbına ilişkin **"yasal ve etik açıdan gereksinimler"**i belirlenmiştir. Bu doğrultuda **Türkiye**'den katılımcılar *"tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımıyla ilgili yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması", "Kapsayıcı yeni yasal ve etik düzenlemelerin yapılmaması"* ile *"bağlı olunan yasa, politika ve etik kuralların geriden gitmesi"*ne ilişkin yakınmalarını ve gereksinimlerini dile getirmişlerdir. Katılımcıların bu yakınmalarına ve gereksinimlerine ilişkin ayrıntıları içeren söylem örnekleri şu şekildedir:

TBM_3: "Şu anda bu teknolojilerin ötesinde genel anlamda bizim tabi olduğumuz yasalar ve politikalar açıkçası çok geriden geliyor. Klinikteki uygulamalarda, örneğin hastaya risk testi yaptığımızda bunun sonucunu nasıl ve kime söyleyeceğimizi ya da kimlerle paylaşabileceğimizi gösterir yasalar ve etik kurallar dahi yok henüz Türkiye'de."

TBM_4: "Kanunlarımız tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımı ve kullanımından kaynaklanan etik ikilemleri ve tıbbi-adli sorunları kapsayıcı olmaktan çok çok uzaktalar."

TBM_5: "Batı'da yeni politikalar üretilip, etik de hukuk da değiştirilmeye başlasa da bizde henüz bu yönde kapsayıcı ve sorunlara yanıt verici çalışmalar bulunmuyor. Ancak zamanla yeni politikalar ile etik ve yasal kabuller başlayacaktır."

Genel anlamda üzerinde durulan bir diğer husus da düzenleyici politikaların olmaması gibi tıbbi-adli ve etik sorunlara çözüm sunacak çalışmaların da bulunmamasıdır. Türk katılımcılar, *"mevcut hukuk ve etik kuralların, ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan etik ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir nitelikte olmaması"* ile ilgili ifadeleri şöyledir:

TBM_7: "(…) sağlık hizmetleriyle ilgili mevcut hukuk kuralları, etik kural ve ilkeler, tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan etik sorunlara/ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir ve çözebilir nitelikte değil."

TBM_{13}: "(…) günümüzde özellikle sağlıkla hizmetlerine yönelik olan kanunlar, politikaları ve etik ilkeleri, tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan etik sorunlara/ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir nitelikte değildir. Biyomedikal

teknoloji ile ilgili çalışmaları da kapsamamaktadır bu nedenle ilgili yeni kanunlara, politikalara ve etik kurallara ihtiyaç vardır."

Katılımcılar, genel anlamda belirttikleri gereksinimlerinin yanı sıra genetik laboratuvarlarında verilen hizmet ya da vücuda yerleştirilen tıbbi cihazların üretim ve kullanımı ile ilgili daha özel anlamda gereksinimlerini dile getirmişlerdir. Özellikle *"genetik laboratuvarlarına özel düzenlemenin bulunmaması", "genetik çalışmalarda mahremiyetin korunmasına yönelik belirsizlik"* ve *"genetik çalışmalarda aydınlatmayla ilgili belirsizlik"* sorunları üzerinde durulmuştur:

TBM_3: "(…) dünya standartları belirlenmiş; nelerin yapılacağı ve nasıl yol izleneceği belli. Ama bazı gri alanlar var örneğin bir genetik test yaptınız ve olası hastalık profilini çıkardınız. Bunu hastayla paylaştınız bu belirlenmiş ama ondan sonra belirli gri alanlar var. Yani, artık hastalık riskinin hastaya söylenip, söylenmeyeceği belirlenmiş değil. Bu konuda etik ilke, yasal kural, uzlaşma yok ki biyomedikal teknolojinin diğer alanlarına ilişkin düzenleme ya da yasa olsun. Örneğin, genlere bakıyoruz ama daha bunu nasıl raporlayacağımızı bile bilmiyoruz. Hastanın mahremiyetini nasıl koruyacağımız da aynı şekilde. Sonuç olarak, sentetik biyoloji gibi biyomedikal teknolojilerin desteklenmesi hem de bu konuda etik ve yasal düzenleme konusunda çok gerideyiz, eksiğiz."

Katılımcının sözlerinden genetik çalışmalarda sonuçların hastalara nasıl açıklanacağının yanı sıra hastaların ve ilgili üçüncü kişilerin mahremiyetinin korunmasına ilişkin yol gösterici yasal ve etik kuralların olmayışına ve yol açtığı zorluğu anlaşılmaktadır. Özel anlamda yasal ve etik düzenlemelerin yoksunluğunun ve yol açtığı sıkıntıların vücuda yerleştirilen tıbbi cihazlarla ilgili olarak yaşandığı da görülmektedir. Vurgulanan noktalar ise *"özellikle vücut için üretilen implantlarda yasal düzenleme eksikliği"* ile *"daha düşük maliyetle üretilen ve gerekli testlerden geçmeden piyasaya sürülen implant kullanımından doğabilecek sorunları engelleyecek mevzuatın hazırlanması"* olmuştur:

TBM_{10}: "Ülkemiz açısından baktığımda özellikle vücut için üretilen implantlarda yasal düzenlemelerde eksiklikler olduğunu düşünüyorum. Vücutta kullanılmak üzere üretilecek implantların biyouyumluluk açısından testlerinin yapılarak, FDA onayı alınmadan kullanılmaması gerekiyor bence. Bu tür kullanılan implantların maliyetlerinin yüksek olduğunu biliyoruz. Fakat daha düşük maliyetle üretilen ve gerekli testlerden geçmeden piyasaya sürülerek kullanılan implantlardan doğabilecek sorunları engelleyebilecek yasal bir mevzuatın hazırlanmasının gerekli olduğunu düşünüyorum."

Kanadalı katılımcıların görüşleri de Türk katılımcıların düşünceleriyle koşut olup, söylemlerinde çalışmalarına ve yaşadıkları sorunların çözümüne rehberlik edecek yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması öne çıkmaktadır. Zira katılımcılar bilim ve biyomedikal teknolojilerdeki gelişmelerin etkisiyle tıpta yaşanan *"değişime karşın, mevcut hukuk ve etik normlarının bu değişimi karşılayamaması", "biyomedikal mühendisliğinin yasal ve etik standartlarının bulunmaması"* ve *"mevcut düzenlemelerin yasal ve etik sorunlara cevap verememesi"*nden yakınmaktadır. Dolayısıyla *"değişim nedeniyle yeni etik değer ve ilkelere"* ve *"biyomedikal mühendislerine yol gösterecek yeni politikalara gereksinim duydukları"*nı vurgulamışlardır. Türkiye'den katılımcıların düşünce ve ifadeleriyle eş olan Kanadalı katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmiştir:

CBM_2: "Yeni etik kurallara ihtiyacımız var, bu çok açık. Ortak etik ilkeler var, ancak bunlar yeterli değil. Ayrıca, dünyaya bakarsanız, insan hakları diye bir şeyin olup olmadığı konusunda bile hemfikir değiliz! Yani, bunun gibi çok temel ilkeler üzerinde anlaşmaya varmadan, evrensel etik anlayışına sahip olmamız oldukça zor görünüyor. Genele yönelik ortak bir etik çerçeveye sahip olmalıyız, ancak bunun asgari düzeyde normatif olması gerekiyor, aksi halde işlevsel olamaz."[337]

CBM_6: "Tıp, tıp etiği ve çalışmalarımız değişecek çünkü evrenin işleyişine ve gerçek değerlerin neler olduğuna ilişkin anlayışımız değişecek. Etik de değişiyor çünkü tıpta etik yıllar içinde önemli ölçüde değişti. 1940'larda ve 1950'lerde insanlar üzerinde yaptığımız deneyler, bugün 50 yıl geçmesine rağmen hiçbir şekilde kabul edilemez. (…) Dolayısıyla, değerlerimiz de değişiyor, etik kurallarımız da sistemi kontrol etme şeklini değiştiriyor. Ancak mevcut yasalar ve etik normlar bunu [bu değişimi] karşılamıyor. Bu nedenle yeni etik değerlere, normlara ve ilkelere ihtiyacımız var."[338]

---

[337] **Metnin özgün hali:** "We do need new ethical rules; this is very clear. There are common ethical principles, but they are not enough. And also, if you look around the world, we cannot even agree whether such a thing as human rights exist. I mean, without agreeing on that very basic principles, it seems very hard to have a global ethical understanding. We should have a general common ethical framework, but it needs to be minimal normative, otherwise it does not work."

[338] **Metnin özgün hali:** "Medicine, medical ethics and our works will change because our understanding of the universe how the thing operates and what are the real values will change. Ethics is also changing because ethics in medicine has changed dramatically over the years. The experiments which we did on humans in 1940s and 1950s, today are not acceptable at all although it's only 50 years. (…) So, our values are also changing, our ethics is changing the way how you control system. But the current law and ethical norms do not meet that. And so, we need new ethical values, norms and principles."

CBM_{11}: "(…) mevcut yasa, sağlık politikaları ve etik ilkeleri hâlihazırda yasal ve etik sorunları karşılayamıyor çünkü Kanada'da YZ [yapay zekâ] ile ilgili mevzuat[339] yeni geliştirildi, yani kuralların bilinmesi ve benimsenmesi gerekiyor."[340]

CBM_{13}: "Çeşitli etik sorunlar yaşıyoruz ve aynı zamanda yasal konularda da tedirginiz çünkü yasal veya etik sorunları nasıl çözeceğimizi ya da etik ve yasal standartlara göre nasıl çalışacağımızı/üreteceğimizi gösteren belirgin bir etik ve yasal kural bulunmuyor. Öte yandan, "önce zarar verme" ve "yararlılık" gibi kadim etik ilkelerin yanı sıra mahremiyeti koruma, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleri de var. Yani, mevcut etik ilkeler olanlar gerekli ama yeterli değil! Yeni etik kurallara ve aynı zamanda etik ve yasal açıdan bize yol gösterecek sağlık politikalarına ve yasalara kesinlikle gereksinim duyuyoruz."[341]

Anlaşılacağı üzere, her iki ülkeden katılımcılar kadim etik ilkeleri kabul etmekle birlikte evrensel konjonktürde tıp ve kendi alanlarında olduğu gibi yaşamın ve anlayışın değiştiğini, değişim hakikatini aynı şekilde kabul etmektedir. Koşut olarak değerlerin de değişmesi, etiğe uygunluk ve aykırılık ölçütlerinin "yenidünya" düzenine göre yeniden belirlenmesini elzem kılmaktadır. Bu değişim ilaveten yeni etik ikilem ve sorunları da beraberinde getirmektedir. "Yaratılan" gerçeklik ve yaşanan hakikatin dışında kalamayan hukukun da söz konusu değişimle yasal olan ve olmayanın kurallarını yeniden belirlemesi gerekmektedir. Dolayısıyla mevcut etik ve yasal düzenlemelerin, "yenidünya"nın koşullarını karşılamakta ve sorunlarını çözmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle hem değişen tıp anlayışına hem de dönüşen dünya düzenine uygun, yasal ve etik olanının sınırlarını belirleyen, yaşan ve muhtemel sorunlara ışık tutabilecek etik ve yasal düzenlemelerin yapılması ve kadim olanlara yenilerinin eklenmesi gerekmektedir.

Katılımcı biyomedikal mühendislerin çalışmalarının hukuki ve etik açıdan çerçevesini çizebilen ve bu yönde yaşadıkları/yaşayacakları sorunların çözümüne ışık tutabilen yasa, yönetmelik ve kurallara gereksinim duydukları anlaşılmaktadır. Bu gereksinimi karşılamak

---

[339] **See.** UdeM. *Montréal Declaration for Responsible Development of Artificial Intelligence*. L'Université de Montréal & Fonds de Recherche du Québec. November 3, 2017. Access: June 3, 2022. Retrieved from: https://www.montrealdeclaration-responsibleai.com/the-declaration.

[340] **Metnin özgün hali:** "But the current health law, policies, and ethical principles cannot meet the legal and ethical problems yet because legislation regarding AI in Canada is just developed, I mean the rules has to be known and imbedded."

[341] **Metnin özgün hali:** "We have various ethical problems and we are also worried about legal issues because there is not any open ethical and legal rule that shows us how to solve legal or ethical problems or how to work/produce regarding with ethical and legal standards. On the other hand, there are ancient ethical principles such as "first, do no harm" and "beneficence" as well as protect privacy, respect for autonomy and justice. I mean, they, the current ones, are necessary but not enough! We, definitely, need new ethical rules and also health policies and law that guide us in ethical and legal perspective."

amacıyla geliştirilmesi gerekli görülen politika, rehber ve kurallarda **"öncelikli kılınması gerekenler"** de katılımcıların söylemlerinden belirlenmiştir.

Türkiye'den derinlemesine görüşme yapılan katılımcıların yapılacak düzenlemelerde "**yasal ve etik açıdan öncelikler"**inin; *"yapılan çalışmaların çıktıları üzerinden ve konsorsiyuma dayalı politika geliştirilmesi", "genel düzenleyici kuralların konulması", "ülkenin siyasetine, kültür ve değerlerine uygun etik ve yasal düzenlemelerin yapılması"* ile *"temel kanunlar ve etik ilkelere ilaveten yenilerinin ihtiyaca göre küresel ölçekte hazırlanması"* olduğu görülmektedir. Katılımcıların öncelikleri arasında dikkat çeken bir diğer konu ise *"sağlık hizmetlerinde biyomedikal teknolojilere erişimde eşitlik"* olup, bu düşünce *"tıbbi cihaz ve ürünlerin kullanım masrafları tamamen devlet tarafından karşılanmalı"* ifadesiyle karşılık bulmaktadır. Katılımcıların bugünden başlamak kaydıyla daha iyi ve adil bir geleceğin tıbbı üzerinden "daha iyi bir dünya" tasarımda öncelikleri şu şekilde dile getirilmiştir:

TBM_1: "Yapılan çalışmaların ciddi anlamda dokümantasyonu ve arşivlenmesi yapılmalı ki elde edilen çıktılar üzerinden bir politika üretilebilsin. Açıkçası, politika çok parametreli ve tek bir şey düşünülerek hazırlanacak bir şey değil. Bu nedenle o anki koşulların da belirleyici olacağını düşünüyorum. Öncelikli olarak politikaların tek başına hazırlanmaması ve alınacak tüm kararların tek başına alınmaması gerektiği önemli bence. Yani, alınacak tüm kararlarda ve politikalarda sürekli bir bilgi akışı ve konsorsiyum olmalı ve ortak-nihai fikir aslında birçok çerçeveden gelen çıkarımla oluşmalı. Çünkü ütopik bir dünyaya giderken hele, alınacak tek bir kararda ya da hazırlanacak tek bir politikada bile bence tek bir kişinin birikimi yeterli olmayacaktır."

TBM_4: "Ama genel anlamda düzenleyici kurallar koymak galiba en doğru yaklaşım olacaktır çünkü spesifik olmaktan şu anda uzağız."

TBM_5: "Etik de politikalar da toplumlardan bağımsız değil, her ne kadar insan hakları evrensel standardı var gibi görünse de yapılan çalışmalar ve uygulamalar şunu gösteriyor: Bir konuda kendi toplumunuzu ikna ettiyseniz, birçok şeyi yapabilirisiniz. (…) Ayrıca bundan 100 yıl önce ahlaki olmayan şeyler, bugün ahlaki şeyler haline geldi ve hatta özgürlük konusu haline geldi değişim açısından. Etik ve hukuk da böyle bir şey yani değişmez zannettiğimiz şeyler sadece biçim değiştiriyor. Dolayısıyla etik de hukuk da ülkenin siyasetinde de kültür ve değerlerinden de bağımsız değil ve geliştirilen politikalar önce bunlara uygun düşmelidir."

TBM_{13}: "Politika geliştirilmesinde önceliği; sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğe verirdim. Günümüzde baktığımızda örneğin robotik cerrahi tercih eden bir hastanın ilave ücret

ödemesi gerekiyor diye biliyorum. Peki, bu ücreti ödeme gücü olmayan hasta ne olacak? Bu nedenle özellikle de tıp, biyomedikal teknolojilerle şekillenmeye başlamışken, ileri tıbbi cihaz ve ürünlerin kullanım masraflarının tamamen devlet tarafından karşılanmasını ve herkesin eşit bir şekilde ulaşabilmesini sağlardım. (…) Var olan ve geliştirilen politikaların, temel kanunların ve etik ilkelerin yanında ihtiyaca göre yenilerinin de geliştirilmesi gerekiyor. Ancak, bunların ulusal/yerel boyutta değil, evrensel/küresel boyutta olması gerekiyor bence. Ayrıca, etik ilkeler ve kanunların ilgili alanda çalışanın kişisel hırslarının, bağlı olduğu kurumun kâr hırslarının üzerinde ve uluslararası boyutta bağlayıcılığı olması gerekiyor."

Türk katılımcıların ifadelerinden yasal ve etik açıdan eksiklerin tamamlanması amacıyla geliştirilecek politika ve etik düzenlemelerin, hem ulusal gerçekliklere ve değerlere uygun olması hem de uluslararası bağlayıcılığı olması adına küresel nitelik taşıması gerektiği anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra "sosyal devlet anlayışı" ile "fırsat eşitliği"ni sağlayacak nitelikte olmasının öncelik arz ettiği görülmektedir.

Kanada'dan katılımcıların, Türk katılımcıların düşüncelerine yakın düzlemde ifadeleri düşünce benzerliklerini ortaya koymaktadır. Zira Kanadalı katılımcılar da öncelikle üzerinde durdukları iki konudan biri, politika ve etik düzenlemelerin birçok disiplinden uzmanın katılımıyla hazırlanması; diğeri ise toplumun tüm kesimlerini kapsayacak nitelikte eşitlik hedefinden yükselmesi gerektiğidir. Nitekim katılımcılar, yapılacak düzenlemelerin; *"bilim, teknoloji ve toplum bağlantısından doğan zorluklarla mücadele edebilmek için çok disiplinli olması", "karar verme sürecine tüm kesimlerin dâhil edilmesi"* ve *"eşitlik ve çeşitlilik temeline dayanması"* gerektiğini beyan etmişlerdir. Kısaca çok disiplinli, *"eşitsizliği azaltacak ve adil sağlık hizmeti sunacak politika ve stratejilerin geliştirilmesi"* gerektiğine dikkat çeken katılımcıların söylem örnekleri şöyledir:

CBM_4: "Etik ve hukukta da, diğer disiplinlerde olduğu gibi, bilim, teknoloji ve toplum birbiriyle yakından bağlantılıdır. Dolayısıyla öncelikle karşılaştığımız zorlukları anlamak için disiplinlerarası bir yaklaşım benimsememiz gerekiyor, aksi takdirde bu zorluklarla başa çıkma şansımız bulunmuyor. İkinci olarak, bu zorluklarla baş etmemiz gerekiyor ki bu da disiplinlerarası bir yaklaşımla hazırlanmış sağlık politikaları ve etik kuralları gerektiriyor çünkü bunu tek başınıza yapamazsınız. Yani, etik ve yasal açıdan karşılaştığımız zorlukların

üstesinden gelebilmek için sosyal ve beşeri bilimlerin, doğa bilimleri, tıp ve teknik bilimlerle yan yana çalışmasının gerekli olduğuna inanıyorum."[342]

CBM_5: "*Eşitlik, çeşitlilik ve kapsayıcılık'* dediğimiz şey, mümkün olduğu kadar çok insanı karar verme sürecine dâhil etmemiz gerektiği anlamına gelir. Sadece beyazlar tarafından tüm dünya için tasarlanan birçok ürün veya programın bu nitelikleri içermediği her zaman söylenir ve eleştirilir. Yani, yasal ve etik düzenlemeleri yaparken, farklı etnik köken, farklı inanç, farklı sosyal çevre ve eğitimden gelen insanları dâhil etmeniz ve onları dinlemeniz gerekiyor."[343]

CBM_{10}: "Gün geçtikçe artan eşitsizlik en önemli etik ve hukuki sorundur. Bu nedenle, kesinlikle, eşitsizliği azaltacak ve hastalara adil sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak politika ve stratejiler geliştirmemiz gerekiyor. Bu politika ve stratejilerin de zaman, insan, mekân ve mevcut sağlık koşulları/kapasiteleri gibi bağlamlara göre düzenlenmesi gerekecek."[344]

Alıntılanan söylem örneklerinden de görüldüğü üzere yasal ve etik düzenlemelerin farklı disiplinlerden uzmanlar tarafından, toplumun her kesiminin sorunlarına yanıt verecek ve sağlık hizmetlerinde adaleti sağlayacak şekilde geliştirilmesine öncelik vermektedir. Ancak, Türk katılımcılardan farklı olarak Kanadalı katılımcıların, bu düzenlemelerin ulusal ya da uluslararası ölçekte bağlayıcı olup olmamasına ilişkin beyanda bulunmadıkları görülmektedir.

Ne var ki kaynakların kısıtlı olması, evrendeki diğer canlıların varlığı ve sağlık hizmetlerine ayrılan devlet bütçesi gibi Türk katılımcıların değinmediği konuları öncelikli görmüşlerdir. Kanadalı katılımcıların ele aldığı diğer konular; *"tasarım sürecinden itibaren kaynakların sınırlı olduğu ve evrende sadece insan olmadığı göz önünde bulundurulması"* ve *"silaha daha az, yeni nesil tıp teknolojisine daha fazla bütçe ayıran politikalar hazırlanması"* olmuştur:

---

[342] **Metnin özgün hali:** "In ethics and law, like other disciplines, science, technology and society all are intimately interconnected. So, we take an interdisciplinary approach to understanding them first, otherwise there's no chance of dealing with the challenges we face. Second, we have to deal with them the challenges, they require health policies and ethical rules prepared on interdisciplinary approach to because you can't do that alone. I'm convinced it requires the social sciences and humanities to work alongside the natural sciences, medicine and technical sciences to tackle the challenges that we face in legal and ethical perspective.

[343] **Metnin özgün hali:** "What we call *'equity, diversity and inclusion'* means that we have to include as many people as possible into the decision making. It's always said and it's always criticized that many of products or programs designed by just white people for whole the world doesn't include these qualities. I mean, when doing legal and ethical regulations, you need to involve people who are basically from different ethnic backgrounds, different beliefs, different backgrounds, and listen to them."

[344] **Metnin özgün hali:** "Increasing inequality day by day is the most important ethical issue and legal problem. So, absolutely, we need to develop policies and strategies which will decrease inequality and provide fair health care to the patients. They will have to be tailored for the contexts: time, people, place, and existing health conditions/capacities."

CBM_6: "Tasarım teknolojilerinde, uygarlığı tasarlarken, kaynakların sınırlı olduğu hususunda yalnız olmadığımızı göz önünde bulundurmamız gerekir. Bu, geleceğimizi diğer insanlara, hayvanlara veya bitkilere zarar vermeyecek şekilde kaynak bulma hedefiyle tasarlamamız gerektiğini ifade eder."[345]

CBM_{12}: "Silahlara daha az, yeni nesil tıp teknolojisine ise daha çok harcama yapmamız gerekiyor. Örneğin; Kuzey Amerika federal bütçesinin yaklaşık yüzde 20'sini orduya ve mermi yapımına, ancak bilimsel ve tıbbi araştırmalara sadece yüzde 2'sini ayırıyor. On yıllık süreçte Kuzey Amerika askeri harcamalar için ayırdığı bu trilyonlarca doların yarısını tıbbi araştırmalara yönlendirirse, kurşun, bomba, şarapnel yaralanmaları ve ciddi travmalardan kaynaklanan ölümlerin de kolaylıkla üstesinden gelebiliriz diye düşünüyorum."[346]

Kanadalı katılımcılar, salt yasal ve etik düzenlemelerde değil, aynı zamanda kendi alanlarında yapılan çalışmalarda ve siyasi otoriteler tarafından geliştirilen diğer politikalarda da kaynakların sınırlı olduğu ve yeryüzünde diğer canlıların varlığının göz önünde bulundurulması ve tıbbi araştırmalara daha fazla bütçe ayrılması gerektiğini salık vermişlerdir.

Kısaca, gerek Kanada'dan gerekse Türkiye'den araştırmaya iştirak eden biyomedikal mühendisleriyle yapılan görüşmelerde edinilen verilerden; biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında belirleyici olması nedeniyle yeni yaklaşımların benimseneceği ve anlayış olarak dönüşüm yaşanacağı anlaşılmaktadır. Anlaşılacağı üzere, tıbbın dönüşümü bir yandan yeni değerleri, yeni değerler de yeni etik ilke ve kuralların yanı sıra oluşturduğu yeni gerçeklik ve koşullar da yeni hukuk kurallarını ve yasal yaptırımları gerektirmektedir/gerektirecektir. Bu gerekliliğin salt çalışma alanlarında hukuka ve etiğe uygun bir çerçeve çizilmesi bağlamında değil, aynı zamanda hizmet sunulan klinisyen ve sağlık çalışanı açısından da geçerli olduğu görülmektedir. Öte yandan tıbbi-adli ve etik açıdan yeni sorunların yaşanacağı, bu sorunlara çözüm bulmak ve çalışmaları hukuka ve etiğe uygun kılmak amacıyla hem mevcut yasal ve etik düzenlemelerin dönüşüme koşut olarak yeniden düzenlenmesine hem de yenilerinin geliştirilmesine gereksinim doğurmaktadır.

---

[345] **Metnin özgün hali:** "In design technologies, as you design the civilization as we have to take into consideration that we are not alone in the resources are finite. It means that we have to design our future around finding resources without harming other people, animals or plants."

[346] **Metnin özgün hali:** "We need less spending on weapons, and more spending on next-generation medical technology. For example, North America spends approximately 20 percent of its federal budget on military and making bullets, yet, it spends only 2 percent on science and medical research. I think, if 10 years' time, North America was to divert half of those trillions of dollars for military spending into medical research, we might also easily overcome death from bullet, bomb or shrapnel wounds and extreme trauma."

Biyomedikal teknolojilerin risk ve faydaları ile katılımcıların bu teknolojilere yönelik beklenti ve kaygılarını özel (spesifik) ve derinlikli olarak ele alabilmek amacıyla sorulan soruların yanıtları da bu doğrultuda işlenmiştir. Soru formunda (EK-4) 4. soru olarak görülen, *"[i]leri biyomedikal teknolojiler nedeniyle hümanist tıbbın "hümanist özelliklerini ve değerlerini" kaybettiğini düşünebilir miyiz? Sizce bugünün hümanist tıbbı (yakın) gelecekte trans-hümanist tıbba dönüşebilir mi?"*[347] sorusuna alınan yanıtlar da Tablo 4.26'da sunulan kodlamaya dâhil edilmiştir. Yine, aynı soru formunda 6. soru olarak yer alan *"[b]iyomedikal teknolojiler aracılığıyla 'insanın geliştirilmesi (human enhancement) hakkında ne düşünüyorsunuz? İnsanın geliştirilmesi, insanın özüne/doğasına zarar verir mi?"*[348] sorusuna verilen yanıtlar da konuyu ayrıntılı bir şekilde ele almak ve zenginleştirmek amacıyla *"Biyomedikal teknolojilerin geleceğin tıbbında hâkimiyeti: olası risk ve faydalar; kaygı ve beklentiler"* alt başlığı kapsamında incelenmiştir.

Formda bulunan soruların yanı sıra Türkiye'den tüm katılımcılara, Kanada'dan ise trans-hümanist kimliği açık olan iki katılımcı hâriç olmak üzere on bir katılımcıya, **kendilerini trans-hümanist olarak tanımlayıp tanımlamadıkları** sondaj soru olarak yöneltilmiştir. **Türkiye**'den tüm katılımcılar, amaçlarının insana ve insanlık faydasına hizmet etmek olduğunu, bu nedenle kendilerini trans-hümanist olarak tanımlayamadıklarını belirtmiştir:

TBM_2: "Kesinlikle, hayır!.. Bu konularda şiddetle muhafazakâr bir yapım var. Çünkü hayal gücüm o kadar geniş ve gelişmiş değildir, mesela bir duvar varsa, o duvar üzerine bir şeyler yapmayı isterim ama o duvarı yıkmak ve yeni bir alan oluşturmak hiç aklıma gelmez ve istemem de."

TBM_3: "Aslında yaptığımız iş geleceğe yönelik, geleceğe yön veriyor ama yakın geleceğe. Trans-hümanizm de çok daha uzak ve bu nedenle korkutan ve hata payı yüksek gelecekten bahsedilen senaryolar söz konusu. Bu doğrultuda kendimi bir fütürist olarak tanımlayabilirim."

Kendilerini "fütürist" olarak tanımlayan katılımcı biyomedikal mühendislerinin de trans-hümanizmi "insan türünü yok edecek" ve insana zarar verebilecek olması nedeniyle "tehlikeli" bulduklarını belirterek, mesafelerini şu şekilde dile getiriyorlar:

---

[347] **Sorunun İngilizcesi:** *"Would we consider that humanistic medicine loses "humanistic characteristics and values" because of the advanced biomedical technologies? I mean, in your opinion, would the values in medicine today change and humanistic medicine turns into trans-humanistic medicine in the (near) future?"*

[348] **Sorunun İngilizcesi:** "What do you think about 'human enhancement' by means of biomedical technologies? Would human enhancement harm the essence/nature of human being?"

TBM_7: "Bir fütürist olarak trans-hümanizm; bizlerin de konuştuğu ancak çok da sevmediğimiz bir konu. Trans-hümanizm konuşmak sanırım fütüristlere çok fütürist geliyor. Trans-hümanizmin felsefi, antropoloji ve psikoloji boyutuna dair bir şey söyleyemem. Ama benim trans-hümanizmden anladığım şu; *'bir gün bu karbon formumuzdan çıkıp, nasıl bir yaşam formuna / biçimine geçeriz?'* sorusuna cevap aramak. Çünkü bu formun en fazla yaşayabileceği ömür, ortalama 120 sene, şu andaki bilim bunu gösteriyor. Öte yandan bilincin makineye aktarımı mümkün olursa, ölümsüzlüğün de önü açılacaktır, demektir. Bu da *'ben aslında düşünen bir makineyim ve vücudum aslında tamamen benim düşüncelerimi/bilincimi taşımak için var ve başka bir fonksiyonu yok'* anlayışını doğurur. Bunlara karşı olan ancak geleceğin, insanın yararına hizmet için kurgulanması gerektiğini düşünen birisi olduğum için trans-hümanist değil, fütüristim."

TBM_{13}: "Fütürizme yönelmemin temelinde de bilim kurguya olan merakım var. 12-13 yaşlarında Asimov'dan başlamıştım okumaya. Bilim kurguya meraklı olduğunuz zaman doğal olarak gelecekte ne olacağına ve geleceğe de meraklı oluyorsunuz. Kimisi geçmişe, tarihe merak ve ilgi duyar, bense geleceğe merak ve ilgi duyuyorum. Ama trans-hümanizmi tehlikeli buluyorum, yaşam niteliğinin ve süresinin uzatılmasını kabul ediyorum, ancak ölümsüzlük arayışını zamanla insan türünün yok olması anlamında tehlikeli buluyorum."

Ne var ki, trans-hümanizmin tanımına, bildirgedeki ilk ilkesine ve felsefi temeline dair kısa bir açıklama yaptıktan sonra, yine aynı soru yöneltilmiş ve katılımcıların daha esnek ve olumlu yanıt verdiği görülmüştür: Türkiyeli katılımcıların örnek ifadeleri şu şekildedir:

TBM_2: "Öte yandan ilk duyduğumda çok şaşırmıştım ama 'hümanizm' sözcüğünün de felsefesinin de sadece insan türünü öncelemek ve bunun da çok ırkçı bir yaklaşım olduğunu. Çünkü sadece insan türünü öncelemek, sadece bir ırkı, ya da milliyeti öncelemekten çok da farklı değil aslında. Baktığınızda veganlar bal yemeği, süt içmeyi bile hırsızlık sayıyor ki gerçekten de haklı ve doğru buluyorum onları. *'Yaşama saygı duyuyorsan sadece insan yaşamına değil, diğer tüm canlıların yaşamına da saygı duyacaksın. Bu nedenle ineğin kendi yavrusu için ürettiği süte el uzatmayacaksın'* diyorlar ki bu anlayış da çok doğru bence."

TBM_{10}: "Bu tanımlamaya bakarak, kendimi tam anlamıyla transhümanist tanımlayamam. Biyomedikal alanında çalışan bir araştırmacı olarak düşündüğümde, yaptığımız araştırmalar, geliştirtiğimiz teknolojiler, cihazlar bunların hepsi insana hizmet ediyor. Bu alandaki teknolojiler insanların sağlığı, daha rahat yaşayabilmeleri, hasta olmalarını engellemek veya hastalıklarını tedavi etmek için geliştirilen teknolojiler oluyor. Yani, merkezde insanın

olduğunu görüyoruz. Bu açıdan baktığımda trans-hümanist bir düşünce kendimde baskın gibi görünüyor. Ama insanların sonsuz bir ömre sahip olması, sınırlarında ötesinde sonsuz bir güce sahip olması gerektiği gibi düşüncelere katılmıyorum."

TBM_{12}: "Teknoloji, mükemmel bir araç, kusursuz bir kaynak olduğu kadar sınırsız da bir amaç. Bu işin içinde bir kişi olarak öncelikle gelecekten sorumlu olduğumuza inanıyorum. Trans-hümanizm genelde bilim-kurgu filmlerinde görmeye alışkın olduğumuz insanın fiziksel ve bilişsel yeteneklerinin artırılması, arzu edilmeyen veya gereksiz görülen yönlerinin ortadan kaldırılması gibi amaçlar ile teknoloji ve bilimden faydalanılması gerektiğini öne süren bir harekettir. İnsan ve insanüstü kavramları arasında bir geçiştir. Gelecek yönelimli bir harekettir. Tüm bunlar düşünülürken, bu konuda duygusal insani sınırların korunması gereklidir diye düşünüyorum. Bence, var olan, olacak olan, var olmuş olan, her şey saat, fütürizm yelkovan, trans-hümanizm ise akreptir."

Kanadalı katılımcıların da Türk katılımcılara koşut şekilde trans-hümanizmle ilgili derinlikli bilgiye sahip olmadıkları, trans-hümanizmin salt bir yönüne odaklandıkları ve bunun üzerinden kendilerini tanımladıkları görülmektedir. Dikkat çeken nokta ise kendilerini fütürist olarak tanımlarken, Türkiye'den fütürist katılımcılarda da görüldüğü üzere, iki anlayışı birbirine tamamen zıt yönde ele almaları ve kesiştikleri noktaları dışarıda bırakmaları olmuştur. Oysa her iki anlayışta da geleceğin tasarımı, daha sağlıklı, daha uzun ve daha engelsiz insan bağlamında faydası özdeş görünmektedir.

Kanadalı katılımcılar arasında Türk katılımcılara benzer şekilde kesinlikle trans-hümanist olarak anılamayacaklarını belirtenler de bulunmaktadır. Bu katılımcılar, trans-hümanizmi, salt "yeni bir tür" ve "insanlığa zarar" potansiyeli üzerinden değerlendirerek, karşı duruş sergilemektedir. Ne var ki çalışmalarıyla aynı zamanda geleceği tasarlamaları nedeniyle kendilerini "fütürist" olarak adlandırılabildiklerini ifade etmektedir. Bahsi geçen katılımcıların söylem örneklerine aşağıda yer verilmektedir:

CBM_{11}: "Öz geçmişim, Alzheimer tedavisi başta olmak üzere özünde geleceğe yönelik olan yeni ilaçlar ve yeni tedavi yöntemleri üzerine çalışmalarım dolayısıyla beni 'fütürist' olarak adlandırabilirsiniz. Ancak, ben sadece insanlar, onlara yardım etmek ve fayda sağlamak için çalışıyorum, bu nedenle başka yeni bir türün veya *entité*'nin varlığını kabul edemem. Kısaca, çalışmalarımın özünde insan var, bu nedenle trans-hümanist olamam."[349]

[349] **Metnin özgün hali:** "You can call me 'futurist' because of my background and works on Alzheimer treatment, new medications and new treatment methods that are towards the future in essence. But I just work for the humans, to help and

CBM_{13}: "Kesinlikle, bana 'fütürist' diyebilirsin ama 'trans-hümanist' diyemezsin. İnsanlık adına çalıştığımıza inanıyorum, yani bilim, tıp, mühendislik ve teknoloji alanındaki tüm çalışmaların temel amacı; insanların yararına hizmet etmek, insanlara yardım etmek, bugün ve -gelecek tahmin edilemese dahi- gelecekte daha iyisini sunmaktır. Ancak trans-hümanizm bu temel amacı aşmakta ve insanlığa zarar verme potansiyeli taşımaktadır. Yani, bir fütürist olabilirim, ama bir trans-hümanist olamam."[350]

Buna karşın, trans-hümanizme çok daha ılımlı yaklaşan, çalışmalarının doğası gereği fütürist olarak anılabildiklerini söyleyen, en önemlisi de fütürizm ile trans-hümanizm ilişkisini bilen katılımcılar da bulunmaktadır. Bu katılımcılar arasında düşüncelerini açıkça belirtenlerin yanı sıra sadece "insanın evrimsel değişimi"ni vurgulayarak, örtük biçimde sunanlar da olmuştur:

CBM_{2}: "Transhümanizme yönelik heyecanım sanırım daha küçük alanlarla sınırlı. Bir insanın beyniyle insansız hava aracını kontrol etme yeteneğini geliştirmeyi çok isterim. Ancak, insanın, asla beyniyle bir insansız hava aracı olabileceğini düşünmüyorum."[351]

CBM_{6}: "Beyin-makine arayüzü, biyoteknolojiler ve diğer teknolojilerleden oluşan seçenekler arasından bir seçim yapabiliyorsunuz. Bakın, bu evrimsel bir seçimdir! Yani, insan insandır, ama insan antik Yunan dönemindeki insanla aynı değildir. Bilim ve teknoloji aracılığıyla yaşanan evrimsel değişim hayatın ve insanlığın kaçınılmaz bir parçasıdır, en önemlisi de budur! [Yoksa] fütürist ya da trans-hümanist olarak adlandırılmamın bir önemi yoktur."[352]

CBM_{7}: "Siz trans-hümanizmle ilgili açıklama yapmadan önce, *'Evet, çalıştığım alanda kendimi bir trans-hümanist olarak görüyorum'* diyeceğimi düşünüyorum. İnsanı, genetikte ve diğer alanlarda geliştirmek ve daha iyi kılmak amacıyla teknolojiyi kullanabileceğimize inanıyorum. Teknolojiyi iyilik için kullanabileceğimizi düşünüyorum. Esasen, kendimi bir 'teknoloji uzmanı' olarak görüyorum ve sadece gençlerin geleceklerini şekillendirecek araçlara

benefit to them, and so I cannot accept to the presence of another new species or entites. The human being exists in the essence of my works, and so, I cannot be a transhumanist."

[350] **Metnin özgün hali:** "Absolutely, you can call me futurist, but not transhumanist. I believe that we work for the name of humanity, I mean, the main goal of all works in science, medicine, engineering and technology is to serve for humans' beneficence, to help them and give better to them in the present and in the future, although the future cannot be predicted. But transhumanism transcends this main goal and has potential damage to humanity. So, I can be a futurist, but not a transhumanist."

[351] **Metnin özgün hali:** "I guess my excitement for transhumanism is in smaller areas. I would love to improve the ability of a human to control a drone with his brain. But I don't think that the human would never be a drone with his brain."

[352] **Metnin özgün hali:** "You can make a choice in the choices with brain-machine interface, biotechnologies and other things. Look at, that's an evolutionary choice! I mean, Human is human, but human is not the same as human who was in ancient Greek time. Evolutionary change is inevitable part of life and humanity by science and technology, that's the most important! It is not important that I am called futurist or transhumanist."

sahip olmalarına ve belki de dünyayı onlara daha iyi bir yer olarak bırakmaya yardımcı olmaya çalışan biri… Ancak entité'nin bir diğer varlık türü olmasının ne anlama geldiğini bilmiyor, bu nedenle kendimi şimdilik fütürist olarak adlandırabiliyorum. Trans-hümanizm gibi fütürizmle ilişkili sıfatlar hakkında gerçekten çok fazla endişelenmiyorum."[353]

Türkiye ve Kanada'dan katılımcıların yukarıda sunulan söylem örnekleri; her iki ülkeden katılımcıların çoğunlukla trans-hümanizme ilişkin ayrıntılı bilgi sahibi olmadıklarını, bu teknolojiler aracılığıyla "insanın evrimsel gelişimi"ni kabul ettiklerini, geleceği ve bağlantılı olarak geleceğin tıbbını tasarladıklarını, bu nedenle kendilerini ancak "fütürist" olarak tanımlayabildiklerini ortaya koymuştur. Buna karşın, trans-hümanizmin sadece otonom *entité*'ler gibi bir diğer türün varlığını kabul ettiği, bu bağlamda insana zarar verme potansiyelini taşıdığı yönüne odaklanıldığı görülmektedir. İndirgemeci yaklaşımları nedeniyle aslında insanda, yaşamda ve doğal olarak tıptaki anlayış değişikliğinin farkına varılamadığı ileri sürülebilir. Nitekim nasıl ki "bugünün insanı, antik Yunan döneminin insanıyla aynı değil"se, geleceğin insanı, hastası, hekimi ve tıbbı da bugünün tıbbıyla aynı ol(a)mayacaktır. İnsanın değişimi, değerlerin değişimini de beraberinde getirecek ve paradigmayı değiştirecektir.

Diğer yandan Kanadalı katılımcılardan üçü fütürizm ile trans-hümanizm ilişkisine açık veya örtük olarak değinmişken, Türkiyeli katılımcıların hiçbiri bu ilişkiye değinmemiştir. Bunun da ötesinde kendilerini "fütürist" olarak adlandıran katılımcıların da bu yakın ilişkiye ve koşut özelliklere değinmedikleri gibi, trans-hümanizmi tamamen reddetmeleri, her iki yaklaşımın felsefi temellerine dair bilgi sahibi olmadıklarına işaret etmektedir. Aynı yaklaşım, Kanadalı sekiz katılımcıda da görülmektedir. Bu durum, her iki kavramın içeriği kadar tarihsel süreci ve felsefi temellerinin bilinmediğini ortaya koymaktadır. Aksi halde, fütürizmin sadece olumlu "gelecekçi" yaklaşım olmadığı, teknoloji aracılığıyla "makineleşme"yi merkeze koyduğu, insanın değişimiyle birlikte sosyal ve ahlaki norm ve değerlerin de kökten değişmesi gerektiğini savunan bir anlayış olarak trans-hümanizme yakın durduğunu da dile getirir, bu doğrultuda fütürist kimliğini de üstlenmezlerdi.

---

[353] **Metnin özgün hali:** "I consider that, before you explain trans-humanism, I would say, '*Yes, I consider myself a transhumanist in the space that I work'*. I believe that we can use technology to make you man develop at genetics and other spaces, and make him better. I think, we can use technology for the good. I fundamentally consider myself a 'technologist' and just someone who's trying to help young people have the tools to shape their future and maybe leave the world a better space… But I do not know what the entity means as other species, therefore, I can be called futurist for now. I not really worry so much about the titles that are associated with futurism such as transhumanism."

5. TARTIŞMA

Tıbbi uygulamaya karar vermeden önce, karar sürecinde veya karar verilip uygulama yapıldıktan sonra klinisyeni, hasta/yakınıyla karşı karşıya getiren etik ikilem/sorunların yaşandığı görülmektedir. Bu ikilem/sorunların çözümüne yönelik olarak kökleri Kanada'da atılan, ancak kimliğini Amerika'da kazanan klinik etik danışmanlık anlayışı gelişmiştir. Danışmanlık anlayışının gelişiminde temel olarak, hekimin geleneksel otoritesinin yerini hastanın özerkliğinin almaya başlaması, hasta haklarının önem kazanması, tıp teknolojisindeki ilerlemeyle yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasından doğan etik ikilem/sorunlar gibi unsurlar belirleyici olmuştur (La Puma & Schiedermayer, 1991). Dolayısıyla bu sorunlara çözüm sunarak, klinisyeni yasal açıdan korumak hedeflenmiş olsa da hastanın değerleri, tercih ve istekleri, yani "kendi bedeni üzerinde karar verme" hakkı ve özerkliği, öncelikli kılınmıştır.

Nitekim yapılan alanyazın çalışmasında da hasta/yakınlarının nafile/boşuna tedavide ısrarı, sınırlı tıbbi kaynakların adil dağıtılamaması, yaşam destek tedavisinin çekilmesi/sonlandırılması, geçersiz aydınlatılmış onam gibi çeşitli etik ikilem ve sorunların yaşandığını görülmektedir (Karlıkaya, 2007; La Puma, 1987). Üstelik salt etik sorunlar değil, mahremiyetin ihlali ve hastanın rızasına başvurmadan müdahalede bulunma gibi etikle hukukun kavşak noktasında bulunan etiko-legal sorunlar da varlık göstermektedir. Ayrıca, özensizlik, dikkatsizlik veya ihmal nedeniyle hastaya zarar verme, hasta/yakınının rızası dışında tedaviyi çekme/sonlandırma, şiddet, istismar vakaları gibi mediko-legal (tıbbi-adli) nitelikte sorunların da yaşandığı ve yaşanması muhtemel görünmektedir (Yorulmaz, 2005). Zira 3D yapay organlar, insansı robotlar, DNA ve gen çalışmaları, tele-tıp uygulamaları gibi biyomedikal teknolojilerin belirleyiciliği ile gelecekte de etik sorunların yaşanması olası ancak kaçınılmaz niteliktedir. Özellikle biyomedikal teknolojilerin maliyetli olması nedeniyle hastalar arasında ayrımcılığa yol açacağı; sadece ekonomik düzeyi yüksek hasta grubunun yararlanması nedeniyle adalet ilkesinin zedeleneceği başlıca etik sorun olarak ileri sürülmektedir (Vilardell, 1990). Bu nedenle araştırma "bugünün tıbbı" ve "geleceğin tıbbı" olarak iki bölümde yürütülmüş ve analiz edilmiştir.

5.1. Bugünün Tıbbında Klinik Etik ve Adli Danışmanlık Hizmetinin Önemi

Bugünün tıbbı kapsamında ihtiyaç değerlendirmesi ve durum analizine bağlı olarak Türkiye'den klinisyenlerin mesleki uygulamalarında yaşadıkları etik ikilem/sorunlar tespit edilmiştir. Etik sorunların ağırlıklı olarak özerkliğin ihlali, adaletin sağlan(a)maması ve çıkar çatışması bağlamında yaşandığı belirlenmiştir. Özerkliğin ihlali kapsamında; hasta karar verme yeterliğinde, yani yasal olarak ehliyetli ve reşit, olsa da hastanın adına ailesinin, yakınlarının ya da toplumsal hiyerarşide sözü geçen birinin karar verdiği saptanmıştır. Bu durumun en çok onkoloji, geriatri ve cerrahi hastalarında yaşandığı dile getirilmiştir. Zira yetişkin ve yeterli hastanın yerine, ailesinin ya da aşiret reisinin; çocuk hastada anne babanın yerine, dede ninenin; geritatri hastasında ise hastanın yerine, çocuklarının karar verdiği bildirilmiştir. Hasta yakınlarının bu tutumu da bireysel olmayan, komünal sosyolojik ve ataerkil aile yapımızla temellendirilmiştir. Ayrıca, onkoloji hastalarında, hasta yakınlarının "kanser, hastaya söylenmez" düşüncesiyle "gerçeğin söylenmemesi"ni hekimden talep ettiği ve bu konuda ısrarcı olduğu anlaşılmaktadır. Her ne kadar hastanın kendisi ve yaşamı üzerinde karar verme hakkının ve plan yapma olanağının elinden alınması anlamına gelse de gerçeğin "gizli tutulduğu" belirtilmektedir. Yaşanan diğer sorunların ise ölüm gerçeğinin anlaşılmaması ve doğal ölümün reddedilmesi nedeniyle sunulan tedavinin nafile/boşuna olması ve hasta yakınının nafile tedavide ısrar etmesi de bulunmaktadır. Bu doğrultuda tedavinin çekilmesi/sonlandırılması ile sürdürülmesi hatta agresif tedaviye yönelme arasında klinisyenin yaşadığı etik sorun, kaynakların gereksiz tüketimine, dolayısıyla "adaletin sağlan(a)maması"na da yol açmamaktadır (Tablo 4.3). Bu sorunun klinikte geçmişten bugüne süregeldiği görülmektedir. Zira La Puma (1987; 634) tarafından yayımlanan bir araştırmada, etik danışmanlık talebinde bulunan klinisyenlerin %67 oranında en çok yaşadıkları etik sorunun nafile tedavi ile tedavinin çekilmesi/sonlandırılmasına ilişkin olduğunu ortaya konulmuştur.

Yine, özellikle hastayı veya üçüncü kişileri korumak adına hastanın mahremiyetinin ihlal edildiği, bunun da özellikle de HIV+ ya da psikotik hastalar gibi bildirimi zorunlu vakalarda yaşandığı ifade edilmektedir. "Mahremiyetin korunam(a)ması"nın yanı sıra ücretli hizmetlerde tedavinin reddi, istismar ve şiddet vakalarında gerçeğin hekimden saklanması ve geriatri hastasıyla ilgili kararlarda hastanın çocukları arasında uyuşmazlık yaşanması gibi hasta ile yakınlarının "çıkarlarının çatışması" da klinisyenin karar vermekte zorlandığı etik açıdan sorunlu durumlardır. Bunun yanı sıra fertilite kaybına veya disfonksiyona yol açabilecek ya da kolostomi gibi hastanın yaşam kalitesini uzun süreli veya geri dönüşü olmayan şekilde olumsuz

etkileyecek cerrahi kararlarda hekim, yararlılık ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması nedeniyle etik ikilem yaşamaktadır. Benzer ikilemle reşit ve/veya yeterli olmayan hastanın yararına olacak bir tedavinin yakınları tarafından reddedilmesi ve "aleyhte onam vermesi" vakalarında da karşılaşmaktadır (Tablo 4.4). Klinisyenlerin yaşadıkları bu etik ikilem ve sorunlar, klinisyenlerle yürütülen bir araştırmanın verileriyle de koşutluk göstermektedir. Nitekim Karlıkaya (2007; 51) tarafından yapılan bu araştırmada; klinisyenlerin %91 oranında hastanın yararına olan tedavinin reddi; %59,7 oranında da hasta/yakınının nafile/boşuna tedavide ısrarı nedeniyle etik ikilem/sorun yaşadıklarını tespit etmiştir. Belirtilen oranlar, yukarıda sunulan bulgularla ve La Puma'nın saptadığı oranla da koşut görünmektedir. Burada dikkat çeken husus ise La Puma'nın 1987 yılında Amerika'da gerçekleştirdiği araştırma verileri ile Karlıkaya'nın 2007 yılında Türkiye'de yaptığı araştırma verileri arasında yaklaşık %7'lik fark olmasıdır (La Puma, 1987; Karlıkaya, 2007). İlaveten, her iki çalışmanın, günümüzde Türkiye'de klinisyenlerle yürütülen araştırma verilerimizle uyum göstermesidir. Bu durum, anlamlı olup, nafile tedavide ısrarla oluşan etik ikilem/sorunun ya da yararlı tedavinin reddedilmesinin toplumdan ve zamandan bağımsız olduğuna da işaret etmektedir.

Karlıkaya'nın araştırmasında dikkat çeken bir diğer husus da hekimlerin %87 oranında hasta/yakınıyla iletişim sorunu yaşamasına ilişkindir (Karlıkaya, 2007). Bu oran da çalışmamızla uyumlu görünmektedir. Nitekim derinlemesine görüşme yapılan klinisyenler etik ikilem ve sorunların nedenlerini büyük oranda hastayla aralarındaki iletişim sorunlarıyla açıklamışlardır (Tablo 4.5). Hasta/yakınıyla yaşadıkları iletişim sorunları arasında da hastanın, hekimi dinlememesi, iletişimin yeterli olmaması, hekimin anlaşılmaması öne çıkmaktadır. Ayrıca hastanın kanıksanmış yanlış bilgiyle hekime başvurması, kendi koyduğu tanıyı onaylatma isteği, hekimin bilgisini sorgulaması ve sosyokültürel seviyesinin düşük olmasının da iletişim hatalarına, uzantısı olarak da etik ikilem/soruna yol açtığı görülmektedir.

Klinisyenler, iletişim sorunlarının aynı zamanda tıbbi-adli sorunların kök nedenlerinden biri olduğunun üzerinde durmuştur. Zira iletişim kusurları nedeniyle hasta-hekim arasında güvene dayalı ilişkinin kurulamadığı, bu nedenle karşılıklı güvensizlik oluştuğu, hastanın tanınıp değer ve tercihlerinin anlaşılamadığı, böylece doğru tanı ve tedavi seçeneklerinin belirlenemediği saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu saptama, Yorulmaz (28-32) tarafından tıbbi malpraktis iddialarının sebeplerini tespit etmek amacıyla 2005 yılında yürütülen araştırmanın verileriyle uyumludur. Zira o araştırmada da malpraktis iddia ve şikâyetlerinin nedenleri arasında iletişim hataları bulunmaktadır. Yine, Yorulmaz tarafından saptanan nedenlerden; bilgi ve beceri eksikliği, sağlık sisteminden kaynaklı iş yükü fazlalığı, yorgunluk ve etik

sorunların, tarafımızdan yapılan araştırmada klinisyenlerin görüşleriyle koşutluk göstermektedir (Yorulmaz, 2005). Klinisyenler de tıbbi uygulama hataları başta olmak üzere tıbbi-adli sorunların diğer başat nedenleri arasında ağır iş yükü, olanak ve koşulların yetersizliği, zaman sorunu gibi sağlık sisteminden kaynaklı sorunların da bulunduğunu belirtimiştir (Tablo 4.8).

Klinisyenlerin bu sorunlara durumu anlaşılır ve açık şekilde tekrar anlatmak, iletişimde asimetriyi azaltmak, klinik seziyle davranmak, konseye başvurmak, idareye başvurmak, psikiyatri servisinden konsültasyon istemek, sorumlu hekimi değiştirmek, tedavi red formu almak ya da güvenliğe başvurmak gibi yöntemlerle çözüm bulmaya çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Tıbbi-adli nitelikteki vakalarda ise tutanak tutmak, adli tıp uzmanına başvurmak, adli rapor hazırlamak, hastane polisine veya mahkemeye başvurmak ya da tedavi ret formu imzalatmak gibi yöntemlere başvurdukları bildirilmiştir. Bu sorunları önleyerek, tıbbi uygulama hatası iddiası ve davasına maruz kalmamak için de defansif tıbba, geçerli aydınlatılmış onam alarak hastanın özerkliğine saygı duyma ve bunları belgelemek gibi yine bireysel düzeyde çözüm üretmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır (Tablo 4.9).

Yukarıda açıklanan nedenlerle günümüz tıbbi uygulamarında klinisyenin yaşadığı sorunların çözümünde rol alarak, klinisyenin yükünü hafifletecek, şikâyet ve davaların önüne geçecek, hatta bu sorunların yaşanmasını engelleyecek bir sistem gerekmektedir. Bu sistem, etik ikilem/sorunların çözümüne yönelik klinik etik danışmanlık; tıbbi-adli (mediko-legal) sorunların çözümüne yönelik ise kinik adli danışmanlık olarak görülmektedir. Québec'te hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve sağlık kurum yöneticilerinden oluşan toplam 96 katılımcıyla yürütülen bir araştırmada "etik danışmanlık servisi"ne gereksinim duydup duymadıkları sorulmuş, katılımcıların %95'i gereksinimlerini dile getirmiştir (Racine & Hayes, 2006). Bu doğrultuda, on dört klinisyen katılımcımıza yönelttiğimiz "*[k]linik etik ve adli danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir bir şekilde verildiğini düşünelim. Sizce böyle bir danışmanlık sistemi faydalı olabilir mi ve sürdürülebilir olması adına nasıl verilmelidir; önerilerinizi paylaşabilir misiniz?"* sorusuna, katılımcılarımızın on dördü de (%100) belirttikleri yapı ve işleyişte olursa faydalı olabileceğini belirtmiştir. Diğer yandan, bu sistem sadece etik ikilem/sorunların çözümüyle değil, aynı zamanda danışmanlığın faydaları üzerinden de haklı çıkarılmaktadır. Danışmanlıkla hastanın tanınıp, değer ve tercihlerinin anlaşıldığı böylece en uygun kararın belirlendiği ve hastaya daha iyi bakımı sunulduğu belirtilmektedir. Hasta-hekim arasındaki "anlaşmazlığı", hasta-hekim ilişkisindeki güveni, dolayısıyla iletişimi ve hizmetin kalitesini de artırdığı ifade edilmektedir

(Mathison, 2022). Klinik adli danışmanlık hizmetinin ise işleyiş ve kapsamının ülkelere göre değiştiği, hayatta olmayan kişilerle ilgili de otopsi başta olmak üzere çalışmalar yapıldığı görülmektedir (Kerbacher et al., 2020). Bu durum, klinik adli tıbbın, "hayatta olan hasta ya da mağdura" yönelik ayırıcı özelliği ve "klinik" sıfatıyla örtüşmemektedir. Dolayısıyla bu tanımla örtüşen ve alt alan olarak gelişmesini sağlayan unsurlara koşut bir danışmanlık sisteminin uygulanması gerekmektedir. Ancak, bu şekilde yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli sorunlara çözüm sunulabileceği ileri sürülebilmekted. Zira klinikte ortaya çıkan ve yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli nitelikteki sorunların çözümü klinik adli tıbbın mahiyetine daha uygun görünmektedir. Özellikle hasta/yakınlarının nafile tedavide ısrar etmesi, yaşamın son döneminde agresif tedavide ısrar edilmesi, hastaya verilen tıbbi desteğin sonlandırılma isteğine karşı çıkılması gibi sorunların çözümünde faydaları birincil derecededir. Zorunlu yatırılma ve tedavide, hekimin hatalı karar ve uygulamalarında ya da zarara yol açmasa da kusurlu davranışında, önce hekim kusuru-komplikasyon ayırımını yaparak ve varsa zararın telafisine giderek çözüm üretmesi açılacak olan davaları da önleyebilmektedir. Diğer çözüm yolu ise yaşanan tüm olumsuzluklar için hasta/yakınından "özür dilemek" olup, bu yolla çoğu iletişim hatası kaynaklı sorunun da çözüldüğü katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. İlaveten, tarafsız ve nesnel bir yaklaşımla tedavinin aksayan ve aksamayan yönleri açıklanarak, paydaşlar arasında uzlaşıya varılması da mümkün görünmektedi (Tablo 4.20).

Klinisyenlerin, günümüzde klinik etik ve adli danışmanlığa gereksinimleri ortaya konulduktan sonra, danışmanlık hizmetinin yapısı ve işleyişi belirlenmeye çalışılmıştır. Hizmetin sürdürülebilir olması adına sistematik ve kurumsal bir yapı altında ancak bir o kadar da kliniğin "pratik" yapısına uygun olması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda, hizmetin sunulacağı yapının bir klinik etik komite ya da hastane etik kurulu mu, yoksa "klinik etik merkezi/birimi/servisi" olarak mı yapılandırılmasının belirlenmesi gerekli görülmüştür. Kanada'dan gerek bireysel olarak gerekse hem bireysel danışmanlık sunan hem de etik komite üyesi olarak görev yapan klinik etik danışmanlarla yapılan derinlemesine görüşmelerden edinilen verilerden hareketle karşılaştırma yapılmıştır. Klinik etik komite ile bireysel ya da klinik etik servisi/birimi altında sunulan hizmet karşılaştırılmıştır. Buna göre, "kolay erişilebilirlik", "acil yanıt verebilirlik", "bütüncül değerlendirme", "hastayı öncelikli kılma", "klinisyen ve tedavi ekibine faydaları" ile "sağlık kurumuna ve sistemine faydaları" klinik etik danışmanlığın avantajları olarak belirlenmiştir. Bunların yanı sıra "etik ikilemin/sorunun tanımlanması ve analizine zamanında ve doğrudan katılım", "hızlı analiz" ve "acil çözüm sunma" da kliniğin ve danışmanlığın doğasıyla uyumlu görünmektedir. Yine, ilgili "tüm

paydaşlarla görüşmesi", "farklı seçenekler sunması", "hastayı öncelikli kılması" ve "bütüncül değerlendirme" yapması kararı demokratik kılarken, "etik ikilem/soruna da çözüm teminatı sunmaktadır. "Tedavi ekibinin farklı bir yöntem ve paradigma kullanmalarına yardımcı olma"nın yanı sıra klinisyenin "ahlaki sıkıntısını çözme"sine de rol oynamaktadır. "Klinik etikte uzmanlaşmış danışman tarafından" sunulan bu hizmetin; "sağlık hizmetlerinde ilave ekonomik yükü azaltma ve tasarruf sağlama" ile "kaynakların adil dağıtımına" dolayısıyla "daha adil ve şeffaf sağlık sisteminin geliştirilmesine" yardımcı olma gibi avantajları da bulunmaktadır. Ne var ki sunduğu görüşün bireysel olması nedeniyle öznellik ve tek yönlülük riski/dezavantajı da söz konusudur. Klinik etik komitenin ise disiplinlerarası çözüm önerisi sunma, çok yönlülük ve "ortak karar verme"yi içeren "nesnellik" avantajı öne çıkmaktadır. Her ne kadar politika geliştirmek ve eğitim verme avantajları bulunsa da bunları öncelikli kılıp, danışmanlığı ikinci planda tutması eleştirilmektedir. Eleştirilen ve klinik etik komiteyi dezavantajlı kılan diğer unsurların da vakanın çözümü için ayda bir gerçekleştirilen "komite toplantısının beklenmesi, ağır prosedürler içermesi, yavaş işleyişi ve zor erişilebilirliği nedeniyle acil yanıt verememesi olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen özelliklerin anında müdahale, pratiklik ve acillik gerektiren kliniğin ve danışmanlığın doğasıyla örtüşmediği anlaşılmaktadır. Bunların yanı sıra sınırlı sayıda gerçeğe/unsura dayanarak karar verme, tüm paydaşlarla görüşmeme, etik sorunu ayrıntılı olarak inceleyememe, üyelerinin çoğunun/çoğunlukla klinik etik uzmanı/danışmanı olmaması ve etik sorunu çözme güvenini sunmaması da komiteyi dezavantajlı ve danışmanlık açısından işlevsiz kılmaktadır. Dolayısıyla etik ve etiko-legal sorunların çözümü ve önlenmesi amacına, kliniğin ve danışmanlığın ruhuna en uygun yaklaşımın komite olmadığı, servis/birim/merkeze bağlı bireysel olarak sunulan klinik etik danışmanlık olduğu anlaşılmaktadır. Bu karşılaştırmanın yapıldığı bir alanyazın çalışmasında; klinik etik danışmanlar ile komitelerin kimlik ve amaçların farklı olduğu vurgulanmıştır. Danışmanlıkta temel amacın, etik sorun çözümü iken, idari organlar olarak kurul ya da komitelerin birincil görevinin kurumsal politika geliştirmek olduğu belirtilmiştir (La Puma & Toulmin, 1989). Bahsi geçen nedenlerden ötürü klinik etik servis/merkez/birimi çok daha işlevsel, amaca uygun ve sürdürülebilir bulunup, bu tür bir yapılandırmaya karar verilmiştir. Hizmetin sistematik ve sürdürülebilir olması amacıyla kurumsal olması gerektiği, bu nedenle yeni ve bağımsız bir yapılanma altında, farklı disiplinlerden uzmanlarla çok disiplinli, acil ulaşılabilir ve anında yanıt verebilir nitelikte, hasta başı, 7 gün 24 saat fiziksel veya telefonla başvurulabilecek olması gerektiği üzerinde önemle durulmuştur.

Hizmetin temel amacı olan, etik ikilem/sorunun analiz edilip etik açıdan haklı çıkarılabilir bir karar verilerek, çözüme kavuşturulmasında ise tüm katılımcıların aynı ve tek algoritmaya başvurmadığı görülmektedir (Tablo 4.14). Hem vakanın özelliğine hem de danışmanlık sunulan kurum ve danışmanın tercihine göre başvurulan algoritma veya etik kuram/yaklaşım değişiklik göstermektedir. Danışmanlar arasında biyomedikal etiğin dört temel ilkesine, dört kutu/göze yaklaşımına ya da bağlı oldukları danışmanlık kurumu tarafından geliştirilen yeni bir algoritmaya, değer ya da hasta merkezli yaklaşımlar gibi sistematik algoritmalara başvuranlar bulunmaktadır. Kurumlar tarafından geliştirilen karar verme algoritmasına Klinik Etik Merkezinin (*Centre for Clinical Ethics; CCE*) desteğiyle geliştirilen ve 2022 yılına kadar merkezde kullanılan YODA ("*You, Observe, Deliberate, Act"*; EK-5) örnek olarak verilebilir. Dolayısıyla merkeze bağlı danışmanlar, hizmet verdikleri sağlık kurumlarında bu algoritmaya göre vakayı analiz etmişlerdir (Lakeridge Health, 2022). Merkezde 2022 yılından itibaren ise Unity Health Toronto tarafından geliştirilen, kısaca GREAT ("*Gather, Refine, Evaluate, Act with Transparency"*; EK-6) olarak adlandırılan algoritma kullanılmaktadır (CCE, 2022). İlkeler temel alınarak geliştirilen bu algoritmaların hem aynı danışmanlık kurumunda dönemsel olarak, hem şehir, eyalet ve danışmana göre değişiklik göstermesi algoritmada standartlaşmaya gidilmediği şeklinde okunabilir. Öte yandan her iki algoritmanın da ilke temelli olması, aralarında önemli farkların bulunmadığına işaret etmektedir. Bunun yanı sıra birkaç yaklaşımın en avantajlı özelliklerinin alınarak sentezlendiği eklektik yöntem, değer ve ilkelerin dengelenmesi gibi sistematik olmayan ve nispeten daha özgün yaklaşımlara da başvuran danışmalar da bulunmaktadır (Tablo 4.14). Aynı ülkenin farklı eyaletleri ve farklı şehirlerinde, hatta aynı şehrinde farklı danışmalarca sunulan hizmetlerde, karar verme yöntemi olarak çok çeşitli "araç"lara başvurulduğu anlaşılmaktadır. Bu durum; geliştirilen danışmanlık modelinde öncelikle vakanın özelliğine göre karar verme algoritmasının ya da etik yaklaşımının seçilebiceğini göstermektedir. Değerler-ilkelerin dengelendiği ve eklektik yaklaşımlara başvurulmasını da haklı çıkarır niteliktedir.

Klinik adli danışmanlık bağlamında da öncelikle danışmanın; mağdurla, çocuk hastayla, yaşlı hastayla ve yargı mensubuyla görüşmenin inceliklerine göre iletişim kurabilmesini içeren etkili iletişim becerilerine sahip olması gerektiği ifade edilmektedir. Sahayı bilme, yasal sisteme uygun bir şekilde değerlendirme yapabilme, adli vakalarda verilerin analizlerini yapabilme gibi alana özgü/mesleki beceriye sahip olmak da elzem görülmektedir. Zira danışmanlıkta "danışman malpraktisi"ne ya da "ikincil travma"ya yol açmamak adına da belirtilen niteliklere sahip olmak önem arz etmektedir.

Yine, sağlık politikalarını, sağlık sistemlerini, temel yasaları içeren hukuk bilgisi, danışmanlık temel bilgisi, etik bilgisi, kurumun sistem bilgisi gibi danışmanlıkla ilgili bilgiye vakıf olması da klinik adli danışmandan beklenmektedir. Nitekim danışmanı, bilirkişi ve uzmandan farklı kılan da sahip olması gereken bu ayırıcı nitelikleridir. Dolayısıyla adli tıp uzmanının mevzuat bilgisi eksik olabilirken, danışmanın mevzuata hâkim olması; uzmanın, danışmanın sahip olduğu bilgi ve beceriye sahip olmaması; adli tıp uzmanlığının kurumsal temelinin olması ancak danışmanlığın olmaması gibi farkları da belirlenmiştir. Ayrıca bilirkişiliğin resmi boyutunun bulunmasına karşın, danışman unvanının resmi boyutta atanmamış olması, bu nedenle yetki farkı da aralarındaki dikkat çekici farklardandır. Danışmanlığın, bilirkişilikten diğer farkları ise bilirkişiliğin literatürle desteklenen, gerekçeleriyle tartışılan, yorumlanan, yorumlarla birlikte bir sonuca ulaşılan hizmet olmasıdır. Ancak danışmanlığın daha kısa sürede sunulan pratik bir uygulama olması, bilirkişiliğin yazılı belgeler ve prosedürler gerektirmesidir. Danışmanlığın, resmi kimliği olmasa da tüm taraflarca ulaşılabilir ve pratik olması, ayrıca danışmanı farklı kılan özel niteliklerinden ötürü geliştirilen danışmanlık sistemine daha uygun görünmektedir.

Bahsi geçen danışmanlık sisteminde dikkat çeken husus ise acil servis, yoğun bakım, geriatri, pediatri/çocuk cerrahisi, onkoloji, genetik araştırmaların yapıldığı laboratuvarlara zorunlu kılınması olmuştur. Zira bu kliniklerde etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlar oldukça yoğun yaşanmaktadır. Nitekim Amerika'da klinisyenin zorunlu olarak aldığı 108 zorunlu etik danışmanlık dosyası incelenmiş; etik danışman-hekim etkileşiminin artması, hekimin etik konulara dair bilgisinin artması, hekim ve hemşirelerin etik danışmanlığa ilişkin farkındalıklarının yükselmesi gibi faydaları belirlenmiştir (Romano et al., 2009). Dolayısıyla yeni sistemde bahsi geçen kliniklerde klinik etik ve adli danışmanlığın zorunlu kılınması; hizmetin bilinirliği, hizmete ilişkin farkındalık oluşması ve sistemin işlerliği adına yerinde ve faydalı görünmektedir.

Danışmanın, bireysel hizmet sunumu nedeniyle oluşan öznellik ve tek yönlülük dezavantajını olabildiğince bertaraf edebilecek nitelikte olması önem arz ederken, vaka analizi, çözümü, argüman oluşturma, argümandaki yanlış önermeyi anlama gibi yetilere sahip olması da elzem görünmektedir. Bu yetileri danışmana kazandıracak başlıca eğitimin ise felsefe olduğu, argüman kurma, önerme oluşturma, argümanlar arasında karşılaştırma yapma, yanlış önermeyi çürütüme gibi yöntemlerin bilgisi ve yetisi gibi analitik ve kritik düşünce yetilerinin bu eğitimle kazandırılabileceği anlaşılmaktadır. Kaldı ki, on dört klinik etik danışmandan on birinin herhangi bir düzeyde örgün felsefe eğitimi alması da klinik etik danışmanlıkta felsefe

eğitiminin önemini ortaya koymaktadır (Tablo 4.10). Dolayısıyla her biyoetik/tıp etiği uzmanının klinik etik danışman olamayacağını vurgulayan danışman katılımcılar; etkili iletişim bilgi ve becerileri, klinik etik alan bilgisi, sağlık hukuku bilgisi, psikoloji bilgisi, sağlık sistemi ve sağlık kurum bilgisinin de danışmanlıkta önemine değinmişlerdir (Tablo 4.11). Dolayısıyla geliştirilmesi tasarlanan yeni danışmanlık sisteminde klinik etik danışmanın bu bilgi ve becerilere haiz olması beklenmelidir. Alanyazın incelemesinde klinik etik danışmanın sahip olması gereken bilgi ve becerilerin neler olduğu ayrıntılı olarak belirtilmemiş, salt etkili iletişim becerileri ve ilgili politikaları bilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Hastanın değerlerini, koşullarını, inanç sistemini, yaşam kalitesi ölçütlerini belirleyip anlayabilmek ve en uygun kararı verebilmek adına etkili iletişim becerilerine sahip olmanın önemine değinilmiştir (Agich, 1994). Diğer yandan, Amerikan Biyoetik ve İnsan Bilimleri Derneği tarafından yayımlanan Etik Kod'da da etik danışmanın "yetkinliği", çatışmayı çözebilmesi olarak belirtilmiş ancak bunları hangi bilgi ve beceriyle yapabileceği belirsiz bırakılmıştır (Tarzian & Wocial, 2015). Klinik etik danışmanlardan edinilen bu bilgiler danışmanın "yetkinlik" ölçütlerini ve sahip olması gereken niteliklerini belirlerken yol gösterici olmaktadır. Klinik adli danışmanın da benzer nitelik ve becerilere sahip olması, özellikle sağlık hukukunda yetkin olması gerekmektedir ki "danışman malpraktisi"ne ya da "ikincil travma"ya yol açılmasın.

5.2. Geleceğin Tıbbında Klinik Etik ve Adli Danışmanlığın Olanaklılığı

Biyomedikal mühendisleri ile yürütülen araştırmada; katılımcılar tarafından öncelikle "gelecek" kavramının açıklanmasına gidilmiş; bugünden itibaren 20-30 yıllık süreci kapsayan "yakın gelecek" ve sonrası ön görülemeyen "uzak gelecek" olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada geçen "geleceğin tıbbı" kavramı önümüzdeki 20-30 yıllık süreci ihsas etmiştir. Türk biyomedikal mühendisleri tıpta ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımıyla ilgili yasal ve etik düzenlemelerin bulunmaması, kapsayıcı yeni yasal ve etik düzenlemelerin yapılmaması ile bağlı olunan yasa, politika ve etik kuralların geriden seyretmesinden yakınmışlardır. Ayrıca mevcut hukuk ve etik kuralların, ileri biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan etik ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir nitelikte olmamasını vurgulamışlardır. Yapılacak düzenlemelerde; çalışmalarının çıktıları üzerinden ve konsorsiyuma dayalı politika geliştirilmesi, genel düzenleyici kuralların konulması, ülkenin siyasetine, kültür ve değerlerine uygun nitelikte olmasını ve ihtiyaca göre güncellenmesini önermişlerdir. "Kanada Tıp ve Biyoloji Mühendisliği Topluluğu Etik Kodu" (Tablo 2.2), hem ilgili paydaşların çalışmalarını

yasal ve etik açıdan meşru kılabilmek, hem de yaşanan sorunları hukuka ve etiğe uygun şekilde çözebilmek amacıyla başvurulacak yeni yasal ve etik düzenlemelere örnek niteliktedir (CMBES, 2017). İlaveten sağlık hizmetlerinde biyomedikal teknolojilere erişimde eşitliğin sağlanması, tıbbi cihaz ve ürünlerin kullanım masraflarının tamamen devlet tarafından karşılanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Yasal ve etik açıdan çalışmalarını düzenleyici politikaların yanı sıra hekim ve etik uzmanı ile iş birliğine gereksinim duyduklarını da belirtmişlerdir.

Kanadalı katılımcılar da benzer şekilde, yapılacak düzenlemelerin bilim, teknoloji ve toplum bağlantısından doğan zorluklarla mücadele edebilmek için çok disiplinli olması, karar verme sürecine tüm kesimlerin dâhil edilmesi, eşitlik ve çeşitlilik temeline dayanması gerektiğini beyan etmişlerdir. Kısaca, çok disiplinli, eşitsizliği azaltacak ve adil sağlık hizmeti sunacak politika ve stratejilerin geliştirilmesi salık verilmiştir.

Anlaşılacağı üzere bugünün ve geleceğin tıbbı olarak iki başlıkta kurgulan araştırmanın savı olan günümüzde ve gelecekte yeni bir klinik etik ve danışmalık modeline duyulan gereksinim edinilen verilerle kanıtlanmıştır. Zira klinisyenlerin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık sunulan vakalar bu gereksinimi açıkça ortaya koymuştur. Yine biyomedikal mühendislerinin de kendilerine yol gösterecek yasal ve etik düzenlemelere/çalışmalara gereksinimleri taraflarından dile getirilmiştir. Yeni bir danışmanlık sisteminin yapısı ve işleyişi de yine mevcut uygulamalar ve öneriler doğrultusunda tasarlanmıştır. Bunlar arasında biyomedikal mühendisleri ile iş birliği yapıp, birlikte etik rehberler hazırlamak da bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Geçmişten günümüze hekim, karar verme sürecinde ya da kararının sonucunda hasta/yakını ile değerlerin ya da çıkarların yarışması, etik ilkelerin çatışması, temel etik ilkelere uyulamaması gibi etik ikilem ve sorunlar yaşamaktadır. Öte yandan, hekimi yasal açıdan sorumlu kılan, yasal sorumluluğu ile etik ödevi arasında zaman zaman ikilem yaşamasına yol açan ve vakanın adli nitelikte olduğuna karar verememesi nedeniyle tıbbi-adli (mediko-legal) sorunlarla da karşılaşmaktadır. İlaveten, herhangi bir olumsuz sonuçta hastası tarafından "hatalı" bulunup, "malpraktis" (tıbbi uygulama hatası) iddiasıyla şikâyet edilmekte, hatta bu gerekçeyle hekime dava açılmaktadır. Belirli vakalarda ise hem etik hem de yasal açıdan (etiko-legal) zorlanmakta ya da haklı çıkarılamayacak tıbbi uygulamalarda bulunmaktadır. Gerek karar verme sürecinde gerekse sonrasında etik, etiko-legal ve mediko-legal bağlamda yaşanan sorunlar; hekimin defansif tıbba yönelmesine, mesleki, etik ve yasal anlamda birçok zorluk yaşamasına yol açmaktadır. Bu sorunlar hasta, sağlık kurumu, yargı sistemi ve uzun erimde topluma da yansımaktadır. Yine, tıbbi kaynakların adil bir şekilde dağıtılamaması, hastanın tedaviden yoksun kalması ya da gereğinden fazla tedavi alması, hizmet kalitesinin düşmesi, mahkemelerin yükünün artması ve ülkemizde hekime/sağlık çalışanına yönelik şiddet gibi çok sayıda ve çok boyutlu sorunlara zemin hazırlamaktadır. Yaşanan sorunların döngüsel nitelikte birbirini beslemesi ve gün geçtikçe mevcut sorunlara yenilerinin eklenmesi de bu sorunlara çözüm üretmeyi elzem kılmaktadır. Çözüme yönelik geliştirilen politikalar başta olmak üzere çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar arasında, Kanada'da hasta/yakınıyla hekim arasında yaşanan etik ikilem/sorunların çözümüne yardımcı olmak amacıyla klinik etik danışmanlık/konsültasyon hizmeti de bulunmaktadır. Bu hizmet, Kanada'da hastane akreditasyonunun zorunlu koşulu ve sağlık hizmetinin önemli bir bileşeni olarak sunulmaktadır. Ancak, Türkiye'de kurumsal, sistematik, sürdürülebilir, yapısal ve işlevsel açıdan gereksinimi karşılayabilecek nitelikte etik danışmanlık sistemi bulunmamaktadır. Kuşkusuz, bireysel ve sınırlı olarak klinik etik danışmanlık verilmeye çalışılmaktadır, ne var ki bu uygulama, yukarıda belirtilen niteliklerden yoksun bir şekilde; ihtiyaç ve durum değerlendirmesi yapılmaksızın, gereksinimle koşut bir yapı ve işleyiş belirlenmeksizin uygulanmaya çalışılmaktadır. Ancak

ülkemizde hekimin, hasta/yakınıyla yaşadığı tıbbi-adli sorunların yargıya intikal etmeden önce veya yargı sürecinde çözümlenmesine yönelik hizmet verilmektedir. Her ne kadar "klinik adli danışmanlık" ya da "klinik adli tıp danışmanlığı" adıyla anılmasa da danışmanlık hizmeti uygulanmaktadır. Ancak, katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmelerden, bu hizmetin belirli bir danışmanlık sistematiğinden, metodolojisinden ve standart bir içerikten yoksun olduğu anlaşılmaktadır. Kanada'da ise bu hizmetin, "klinik adli danışmanlık" adıyla sınırlı, bireysel veya çoğunlukla özel bir oluşumda yeni yeni uygulanmaya başladığı görülmektedir. Üstelik Kanada'da adli tıp uzmanlığının bulunmaması nedeniyle bu hizmet ya adli bilim uzmanları ya da sertifikalı pratisyen hekim veya acil servis hekimi tarafından uygulanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca, klinik adli danışmanlığın kapsam ve işleyiş olarak, mekân ve kişi bazında farklılık gösterdiği; otopsiden trafik kazasına kadar birçok konuyu kapsayarak "klinik" kavramıyla örtüşmediği ileri sürülebilir. Nitekim klinik adli tıp ve danışmanlığın esası, "hayatta olan" insanlarla ilgili tıbbi-adli konu ve sorunlara dayanmaktadır. Bu nedenle ölümle sonuçlanmış veya klinik dışına taşınmış vakaları kapsaması, klinik adli tıbbın tanımı ve onu özel kılan başlıca özelliğiyle örtüşmemektedir. Ancak alanyazın incelemesi, adli bilimler/tıp uzmanlarıyla yapılan bu araştırma ve araştırmanın analizi, tüm tıbbi-adli vakaların ayrım yapılmaksızın klinik adli tıp/danışmanlık kapsamında ele alındığını göstermiş ve yukarıda ileri sürülen argümanı desteklemiştir. Dolayısıyla klinik kavramıyla örtüşen ve klinikte yaşanan etiko-legal ve mediko-legal sorulara yanıt verebilecek, sorunlara çözüm sunabilecek bir klinik adli danışmanlık sistemi/modeline gereksinimi de görünür kılmıştır. Ayrıca gerek etiko-legal sorunların varlığı gerekse bazı tıbbi-adli sorunların kök nedeninin etik ikilem ya da ihlaller olması, bu danışmanlık modelinin/sisteminin, vaka özelinde, klinik etik danışmanla iş birliğini de gerektirmiştir. Aynı gerekçe, klinik etik danışmanlığın, klinik adli danışmanla iş birliği için de geçerli görünmüştür. Bu doğrultuda klinikte oluşan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara etiğe ve hukuka uygun, bütüncül çözüm sunabilecek, kliniğin yapısıyla koşut, kurumsal, sürdürülebilir ve sistematik bir "klinik etik ve adli danışmanlık sistemi/modeli"nin geliştirilmesi elzem görülmüştür. Araştırmanın nihai amacı da yapısı ve işleyişiyle özgün iki ayrı danışmanlık hizmeti ve bu özerk hizmetlerin aynı çatı altında bağımsız ve vaka özelinde, gerektiğinde, birlikte danışmanlık sunması yönünde olmuştur. Bu yeni danışmanlık sistemi; salt klinikte yaşanan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara çözüm sunma değil, aynı zamanda bu sorunların yaşanmasını önleme esası üzerine inşa edilmiştir. Günümüzde ve gelecekte yeni bir klinik etik ve adli danışmanlık modeline/sistemine gereksinim duyulması araştırmanın savını; bu sistemi/modeli geliştirmek de nihai amacını oluşturmuştur. Bu doğrultuda savın haklı

çıkarılması (hipotezin teze dönüştürülmesi) ve amaca ulaşılabilmesi için bu araştırma yapılmıştır. Araştırma; "bugünün tıbbı" ve "geleceğin tıbbı" olarak iki kısma ayrılarak tasarlanmış, yürütülmüş ve analiz edilmiştir. Araştırmanın savı, amaç ve hedefleri, öncelikle "ihtiyaç değerlendirmesi" ve "durum analizi"ni; daha sonra da gelecek ön görüleri ve buna ilişkin önerileri gerekli kılmıştır. Bu doğrultuda Türkiye'den klinisyenler, Kanada'dan klinik etik danışmanlar, her iki ülkeden adli bilim/tıp uzmanları ve biyomedikal mühendisleriyle derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Bugünün tıbbı kapsamında, Türkiye'de aktif görev yapan hekimlerin yaşadıkları etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların neler olduğunun, bu sorunlara nasıl çözüm sunduklarının, sorunların çözümünde kendilerine yardımcı olacak danışmanlık sistemine gereksinimlerinin ve bu tür bir danışmanlık sisteminin nasıl olması gerektiğine dair önerilerinin belirlenmesine gidilmiştir. Bağlantılı olarak, hizmete gereksinim duyanların yanı sıra hizmet sunan taraf olarak da klinik etik danışmanların ve adli bilim/tıp uzmanlarının düşüncelerine başvurulmuştur. Sadece hizmet alanların ya da hizmet sunanların değil, her iki tarafın araştırmaya dâhil edilmesiyle tek taraflı olması önlenmiştir. Bunun yanı sıra danışmanların çözüm sundukları sorunlar üzerinden klinisyenlerin yaşadıkları sorunlar ve gereksinimleri teyit edilmiş; danışmanlık işleyiş ve sürecine dair bilgi edinilmiştir. Yeni danışmanlık sisteminin varlığını sürdürebilmesi ve amacını gerçekleştirebilmesi yolunda da önerilerine başvurulmuştur. Kanada'dan klinik etik danışmanların yanı sıra klinik adli danışmanlık bağlamında adli psikiyatr, adli patoloji uzmanı ve klinik adli danışmanları ile Türkiye'den de adli tıp uzmanlarıyla derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde de yaşanan etiko-legal ve mediko-legal sorunlar, çözüm yolunda izlenen yol, işleyişe dair bilgi edinilmiş; yeni danışmanlık modeliyle ilgili önerilerine başvurulmuştur.

Araştırma sonunda klinisyenlerin yaşadıkları başlıca etik sorunların "özerkliğin ihlali", "adaletin sağlan(a)maması", "mahremiyetin korunam(a)ması, çıkar çatışması; etik ikilemlerin ise "değer çatışmaları, "mahremiyete saygı ile zarar vermeme ilkelerinin çatışması", "zarar vermeme ile özerkliğe saygı ilkelerinin çatışması" olduğu tespit edilmiştir. Bu sorunların da çoğunlukla hasta/yakınlarının nafile/boşuna tedavide ısrarı, tedavinin reddi, aleyhte onam, HIV+ vakada eşe söylenmemesi, hastanın tedaviyi reddetmesine karşın, ailenin tedavide ısrar etmesi, kötü gerçeğin hastadan saklanması gibi vakalarda ortaya çıktığı saptanmıştır. Belirtilen sorunların ve vakaların, Kanadalı klinik etik danışmanların danışmanlık sunduğu vaka ve sorunlarla benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Zira Kanada'da da danışmanlık sunulan vakaların en çok nafile/boşuna tedavide ısrar, ileri yaş hastanın ailesiyle çıkar çatışması, yeterli

hastanın özerkliğinin ihlali, ileri yaş hastada solunum cihazının çekilmesi ve hastanın kararlarına ailenin müdahalesi olduğu belirtilmiştir. Kısaca, beklenti-gerçeklik uyuşmazlığı, tıpta paradigma değişikliği, sorumluluğun paylaşılmaması ve iletişim hatalarından kaynaklanan bu sorunlara çözümün ise klinisyenin bireysel çabalarıyla bulunduğu belirlenmiştir. Nitekim klinisyenler tarafından etkili/doğru iletişim kurarak; klinik sezi (*sens clinique*) kullanarak; tedavi ret formu imzalatarak; konseye, idareye ya da güvenlik güçlerine başvurarak "çözüm" üretmeye çalıştıkları belirtilmiştir. Bireysel düzeyde kalan ve klinisyeni daha çok yasal açıdan korumaya alan bu yaklaşımların da yeterli olmadığı görünmekte, yaşanan sorunlar kadar klinik etik danışmanlığa duyulan gereksinime kanıt teşkil etmektedir.

Öte yandan klinisyenlerin "mediko-legal sorunlar" olarak niteledikleri ancak etiko-legal nitelikte sorunlar da yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu sorunlar arasında çoğunlukla hastanın mahremiyetinin korunamaması, karar verme yetisinin (rıza kapasitesi) göz ardı edilmesi dolayısıyla özerkliğinin ihlali bulunmaktadır. Klinisyenlerin ağırlıklı olarak yakındıkları ve çözüme en istekli oldukları sorunlu alanın ise tıbbi uygulama hataları (malpraktis) şikâyet ve davaları olduğu görülmektedir. Bunların başlıca nedenleri de hasta-yakını-hekim arasında yaşanan iletişim sorunları, tıbbın kesinlik sunamayan ve riske açık doğası, sistem ve organizasyon kaynaklı sorunlarla temellendirilmiştir. Zira malpraktis iddiaları başta olmak üzere mediko-legal sorunların kaynağında; tıbbın doğası gereği kesinlik sunamayışı, hassas/örselenebilir hasta grubu, hastalığın doğası, malpraktisle ilgili bilgi eksikliği, malpraktisin suiistimal edilmesi, uluslararası standartların sağlanamaması, hekimi koruyan mekanizma eksikliği ve denetleme sorunu bulunmaktadır. Klinisyenlerin, mediko-legal sorun yaşamamak ya da malpraktis iddiasına maruz kalmamak amacıyla defansif tıbba yönelme, iletişim hatasına mahal vermemeye çalışma, hasta/yakınının özerkliğini önceleme ve belgeleme-dokümantasyonla kendisini yasal açıdan korumaya alma gibi önlemlere başvurdukları dile getirilmiştir. Bu önlemlerin gerekli, ancak yeterli olmadığı aşikâr olup, yaşanan sorunlarla koşut şekilde klinik adli danışmanlığı gerekli kıldığı anlaşılmaktadır.

Yukarıda belirtilen nedenlerle klinik etik ve adli danışmanlığa gereksinim duyulmaktadır ki bunun için de en uygun sisteminin; temel amacı danışmanlık olmayan, yavaşlığı ve ağır prosedürleriyle kliniğin aciliyet gerektiren pratik doğasına uymayan yapıların değil, danışmanlığın olduğu anlaşılmaktadır. Yine hem etik hem de etiko-legal ve mediko-legal sorunlara çözüm üretmek, bu sorunları, şikâyet ve davaları önlemek amacıyla en uygun sistem klinik etik ve klinik adli danışmanlığın aynı çatı altında sunumu olarak görülmektedir. Kaldı ki klinik etik uzmanlarının da adli bilim/tıp uzmanlarının çoğu bu iş birliğini gerekli ve faydalı

bulmuştur. Klinik etik danışmanlar tarafından iş birliğine gereklilik yeterlik, insan onuru, ihmal, yüksek risk ve zarar gibi ortak konular; etik danışmanlık istenen bazı sorunların aslında mediko-legal sorun olması; klinik adli danışmanlık istenen sorunların ise etik veya etiko-legal sorun olması; klinik etik ve adli tıbbın yakın teması ile açıklanmıştır. Zira bu iş birliğiyle etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlarda azalma, malpraktis davalarında azalma, etik ve yasal standartlara uyumda artış, iyi klinik uygulamalarda artış, klinisyenin dava kaygısında azalma ve tüm paydaşların iyiliğinin sağlanması gibi faydaları ileri sürülmüştür. Fakat etik kararın yasal çerçevede alınması, kararın temelinde hukuk kurallarının bulunması, klinisyenin etikten çok hukuka yönelmesi ve etiğin göz ardı edilmesi gibi kaygılar da dile getirilmiştir.

Klinik adli danışmanlık bağlamında adli bilimler ve tıp uzmanları da çoğunlukla bu iş birliğine olumlu yaklaşmışlardır. Özellikle nafile tedavinin önlenmesi, yoğun bakım yükünün hafifletilmesi, sınırlı tıbbi kaynakların adil dağıtımıyla doğru kullanılması, sağlık hizmetinin gücünün ve kalitesinin arttırılması, klinikte etik ihlallerin önlenmesi, sorunlara etiğe uygun çözüm sunulması ve etik sorun kaynaklı malpraktisin önlenmesinde faydalı olabileceği bildirilmiştir.

Anlaşıldığı üzere günümüzün kliniklerinde klinisyen-hasta-hasta yakını arasında yaşanan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümünde ve önlenmesinde, yeni ve aynı çatı altında sunulacak klinik etik ve adli danışmanlık hizmeti hem Türkiye'de hem de Kanada'da gerekli olup, işlevsel ve faydalı görünmektedir.

Geleceğin tıbbı bağlamında ise Kanada'nın biyomedikal teknolojilere ilişkin bilimsel ve akademik çalışmalardaki başarısı, Yapay Zekâ Bildirgesi gibi düzenlemeler yapmaya başlaması ve trans-hümanist oluşumların varlığı, geleceğin biyoteknolojilerle şekillenmesine dair vizyon ve farkındalıklarına işaret etmektedir. Türkiye'de, biyomedikal mühendisleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde, biyomedikal teknolojilerle ilgili bilimsel ve akademik çalışmalarda da tasarım ve üretimde de iyi düzeyde olunduğu ifade edilmiştir. Ancak gerek biyomedikal mühendislerinin çalışmalarını gerekse bu teknolojilerin klinikte kullanımını belirleyecek yasal ve etik düzenlemelerin eksikliği dile getirilmiştir.

Öte yandan her iki ülkeden biyomedikal mühendisleriyle yapılan görüşmelerden; biyomedikal teknolojilerin tıpta ve klinik uygulamalarda yoğun bir şekilde kullanıma başladığı, bu nedenle hasta-hekim ilişkisi, hastalık algısı, hekime yüklenen değerde dönüşümü başlattığıdır. Zira tele-tıp uygulamalarıyla mekân bağımsız sağlık hizmeti, genetik düzenlemeler, 3D yapay organ üretimi, klonama ve kriyonik bunlara örnek olarak sunulabilir. DNA'sı ile oynanan "genetik tasarımlı bebekler" ve sayborg'ler (makine insan) ise bu konuda

"aykırı" örneklerden olsa da insanın hastalıklara karşı dirençli olması, engel ve doğal sınırlılıklarının ortadan kalkması, daha çok yetiye sahip olması, daha uzun ve sağlıklı yaşaması gibi amaçlara hizmet etmektedir. Belirtilen uygulama ve amaçlar, "insanın geliştirilmesi" (*human enhancement*) ve trans-hümanizmin amaçlarıyla koşutluk göstermektedir.

Diğer yandan, günümüzde, insana hizmet için geliştirilen insansı robotlar (*humanoid*) ve bu robotların "eşya" kategorisinde sınıflandırılamaması "yeni bir tür" kaygısına yol açmaktadır. Bahsi geçen örneklerin kliniğe yansımasıyla bugün başlayan "tıpta paradigma değişikliği"nin gelecekte tamamlanacağı; insanın değerlerini, bütüncül varlığını ve türünü merkeze koyan hümanist tıptan insanın biyolojik varlığını merkeze koyan ve türcü olmayan trans-hümanist tıbba geçileceği araştırmanın ikinci savını oluşturmaktadır. Bir diğer ifadeyle, insanın salt biyolojik varlığının gelişimini amaç edinen, hasta-hekim ilişkisini "insan-makine ilişkisi"ne evrilten ve insan dışında diğer türlerin varlığını da kabul eden trans-hümanist tıp katı bir şekilde eleştirilmektedir. Zira insanın hastalıklarına çare bulup biyolojik gelişimine katkı sunarken, yeni etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunları da beraberinde getirmektedir. Günümüzde tele-tıp uygulamalarında mahremiyetin ihlali ve bu soruna çözüm bulmaya çalışan politikaların geliştirilmesi biyomedikal teknolojilerin kullanımına ilişkin dualiteye ve dönüşüme örnek teşkil etmektedir. Nitekim katılımcı biyomedikal mühendisleri, bir yandan biyomedikal teknolojilerin insanlara yardım eden "kahraman" olarak insan sağlığını güçlendirecek çalışmaları destekleyeceğini savunurken, diğer yandan geleceğin şekillendirilmesi, sosyal normlar ve değerler de dâhil olmak üzere yaşama dair her şeyin değişmesini eleştirmesi de bu dualiteyi destekler niteliktedir.

Ayrıca "toplumsal dönüşüm"ün uzantısı olarak "tıpta dönüşüm"ün yaşanacağını vurgulayan katılımcılar, bu dönüşümü risk ve fayda üzerinde değerlendirmiştir. Buna göre, kişiselleştirilmiş/hassas tıp uygulamalarıyla kişiye özel tedavi ve bakım, tele-tıp uygulamalarıyla erişim kolaylığı, genetik çalışmalarla hastalıkların yok edilmesi, organ nakli hastalarının azalması, ölüm oranlarının düşmesi ve yaşam süresinin uzaması dönüşümün faydalarını oluşturmaktadır. Fakat hizmet sunumunda insan-insan ilişkisinin azalması nedeniyle insandan arındırılmış ve soğuk sağlık hizmeti sunulması, yani "tıbbın mekanikleşmesi", kronik hastalıkların artması, yeni ve farklı hastalıkların oluşması, kötü niyetli kullanıma açık olması, kullanımda sınırların yitimi, "tıbbın ticarileşmesi" nedeniyle "fırsat eşitsizliğinin artması" da dönüşümün riskleri olarak belirlenmiştir.

Anlaşıldığı üzere “gelişimin dur(durul)ması” bilimsel çalışmanın ve insanın doğasına aykırı olup, faydalarının beraberinde paradigmayı değiştirmesi, yeni etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara yol açması gibi riskleri de kaçınılmazdır. Dolayısıyla akışa engel konulmayacağı için değişime hazırlık yapmak, muhtemel en uygun yol olarak salık verilmektedir. Bu doğrultuda öncelikle paradigması değişecek olan tıpta muhtemel sorunların önlenmesine yönelik yasal ve etik düzenlemeler yapmak, bu kapsamda günümüzde yaşanan sorunlara çözüm üretmeye çalışmak, mevcut sorunlar ve çözüme yönelik yaklaşımlar kadar geleceğin tıbbında muhtemel olanlarla ilgili eğitimler düzenlemek olanak dâhilindedir. Belirtilen çalışmaların gerçekleştirilmesinde başvurulacak önemli “araç”lardan biri de yeni bir danışmanlık sistemi olarak görünmektedir.

Kaldı ki, araştırmaya katkı sunan katılımcılar da çalışmalarında yol gösterecek ve yaşadıkları sorunların çözümünde rehberlik yapacak yasal ve etik düzenlemelerin eksikliğinden yakınmışlardır. Katılımcılar, tıpta yaşanan değişime karşın, mevcut hukuk ve etik normlarının bu değişimi karşılayamadığını da dile getirmiştir. Bu nedenle yeni etik değer, ilke ve kurallara, kanun ve yönetmeliklere gereksinim olduğu aşikârdır.

6.2. Öneriler

- Klinisyenlerin mesleğini icra ederken;
  - günümüzde yaşadıkları ve yakın gelecekte yaşamaları olası etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümünde klinisyene yardımcı olacak,
  - sorunlar üst mercie ya da mahkemeye taşınmadan önce taraflar arasında uzlaşı sağlayacak; kararlarını yasal ve etik açıdan haklı çıkarılabilir kılacak,
  - bu sorunların yaşanmasına mahal vermemeyi amaç edinip, bu yönde stratejiler geliştirecek,
  - bu sorunların yaşanmaması adına klinisyenin eylem ve kararlarını hukuka ve etiğe uygun kılması yönünde rehber(ler) hazırlayacak ve eğitim verecek,

yeni bir klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi geliştirmek.

Bu danışmanlık modeline/sistemine ilişkin ayrıntılar Tablo 6.1’de sunulmuştur:

Tablo 6.1: Yeni klinik etik ve adli danışmanlık modeli/sistemi.

Mahiyet	Özellik	Açıklama
Yapısı	**Bağımsız**	• Danışmanların anabilim dalından bağımsız olması • Tıp fakültesi dekanlığı ve/veya başhekimliğe bağlı olması • Enstitü, merkez veya birim gibi yeni bir yapı kurulması ve bu yapı altında hizmet sunması
	Çok disiplinli	• Klinik etik • Adli tıp • Sağlık hukuku • Sosyal hizmetler • Vakaya bağlı, gerektiğinde, cerrahi ya da dâhili tıp bilimleri • Biyomedikal teknolojilerin kullanımından kaynaklanan sorunlarda biyomedikal mühendisliği
	Ekip	• Klinik etik uzmanı/danışmanı (daimi) • Adli tıp uzmanı/danışmanı (daimi) • Sosyal hizmetler uzmanı (icapçı) • Sağlık hukuku uzmanı (icapçı) • Vakaya bağlı cerrahi ya da dâhili tıp bilimlerinden klinisyen (gerektiğinde konsültan) • Vakaya bağlı biyomedikal mühendisi (gerektiğinde konsültan)
İşleyişi	**Çalışma şekli ve saatleri**	• Hasta başı: Hasta, yakını, klinisyen ve hemşireyle görüşmeye dayalı • 7/24 ulaşabilir olma; - Mesai saatlerinde (08.00-17.00) hastanede fiziksel olarak bulunma - Mesai saatleri dışında telefonla ulaşılabilir olma - Vakanın niteliğine göre içapçı hekim gibi mesai dışı kliniğe de ulaşma
	Zorunlu tutulan klinikler	• Acil servis • Yoğun bakım • Geriatri • Pediatri / Çocuk cerrahisi • Onkoloji • GETAM
	Zorunlu tutulan vakalar	• Nafile/boşuna tedavi • Yaşam desteğinin çekilmesi/sonlandırılması • Aleyhte onam: Hastanın yararına olan tedavinin ailesi tarafından reddedilmesi • Uzuv kaybı, infertilite, disfonksiyon gibi geri dönüşümsüz kararlar • Konsey kararı gerektiren vakalar • Ciddi cerrahi kararlar • Şiddet, istismar, özkıyım girişimi • Şiddet, istismar, özkıyım girişimi şüphesi • Tedavinin reddi • Onkoloji vakalarında özerkliğin ihlali gibi sorunlar • 18 yaş hastanın evlilik dışı, aile bilgisi dışında gebeliği • Yeterlik belirlemesi-vasi ataması • Engellilik belirlemesi

Tablo 6.1
(devam)

Başvuru şekli	- **Klinisyenler** - **Sağlık kurumu yöneticileri** • **Mesai saatleri içinde ve acil olmayan vakalarda;** - Geliştirilen dijital danışmanlık sisteminden klinisyen danışmanlık talebinde bulunur. - Dijital sistem, danışmanların telefonlarına mesaj gönderir ve talebi danışmana iletir. - Danışman, klinisyeni arar ve vakadaki sorunu; etik, etiko-legal, mediko-legal sorunu belirler ve süreç başlar. - Danışmanlık sürecinde danışman her adımı sisteme kaydeder. - Sorun çözümlenip, süreç sona erdiğinde dijital sistemden alınan 3 nüsha belgenin biri danışmanda kalır, biri hasta dosyasına konulur, diğeri klinisyene verilir. • **Mesai saatleri dışında veya acil vakalarda;** - Klinisyen, talebini danışmana telefonla bildirir. - Danışman, sorunu tanımlar ve süreç başlar. - Danışman, hasta ve sorun bilgisini sisteme kaydeder. - Sorun çözümlenip, süreç sona erdiğinde dijital sistemden alınan 3 nüsha belgenin biri danışmanda kalır, biri hasta dosyasına konulur, diğeri klinisyene verilir. • **Dekanlık veya başhekimliğin talebi üzerine;** - Hastanın/yakının üst yönetime yaptığı şikâyetin danışmanlık birimine iletilmesi ve yönetim tarafından danışmanlık talep edilmesi durumunda önce şikâyet incelenir. - Dijital danışmanlık sistemine kaydedilir ve süreç başlatılır. - Süreç tamamlandığında aynı şekilde dijital sistemden alınan 4 nüsha belgenin biri danışmanda kalır, biri hasta dosyasına konulur, biri talepte bulunan yönetime gönderilir, diğeri de klinisyene verilir.
Yöntemi	• **Klinik etik danışmanlıkta kullanılacak yöntem;** - Klinisyenin talebi üzerine - Tanımlanmış etik ikilem/sorunun varlığında - Hastanın durumuna, sorunun kaynağına ve içeriğine göre birkaç yöntemi içeren eklektik yöntem kullanılabilir. - Bu yöntemler; anlatısal etik, vakasallık, değer-ilke dengesi, YODA/GREAT gibi etik yaklaşım ve algoritmaları içerir. • **İzlenecek yol** - Tüm paydaşların bulunduğu bir toplantı düzenlenir. - Hastanın kişisel yaşamı ve tıbbi durumuyla ilgili bilgi alınır. - Karar vericinin kim olduğu öğrenilir. - Paydaşlar arasında yanlış anlama varsa giderilir ve uzlaşıya teşvik edilir. - Hastanın/karar vericinin gerçekte ne istediği öğrenilir. - Klinisyenin ön yargısının olup olmadığı belirlenir. - Paydaşların değer farklılıkları, çatışan değerler ve kararı belirleyecek değer belirlenir. - Tüm veriler sentezlenir. - Uygun yöntemlerle analiz yapılır. - Seçenekler ve seçim belirlenir. - Yapılan tüm işlemler ve süreç sisteme kaydedilir.

Tablo 6.1 (devam)

		• **Dekanlık veya başhekimliğin talebi üzerine;** - Şikâyet edilen hekimle görüşülür. - Hasta/yakını (başvuruyu yapan kişi) aranır ve mümkünse yüz yüze görüşme planlanır. - Şikâyet, hasta yakını tarafından yapılmışsa ancak hastanın durumu görüşmeye/konuşmaya uygunsa hastayla görüşmeye çalışılır. - Şikâyet, hasta yakını tarafından yapılmışsa ve hastanın durumu görüşmeye/konuşmaya uygun değilse, yakınıyla iletişime devam edilir. - Yüz yüze iletişim mümkün değilse, telefonla konuşmada yaşanan/yaşandığı iddia edilen soruna ve hastanın durumuna dair hasta/yakını aydınlatılır. - Yaşanan olumsuz süreç için "özür dilenir". • **Klinik adli danışmanlıkta kullanılacak yöntem;** - Yargıya intikal etmemiş; klinik süreçte veya şikâyet sürecindeki vakalarda - Klinisyen veya yönetim talebiyle - Hasta dosyası ve hastane kayıtları incelenir. - Mümkünse hastanın öyküsü alınır. - Mümkünse muayene edilir. - Tıbbi zarar olup olmadığı ve zararın niteliği belirlenir. - Vakadaki kanıtlar, mevcut bilimsel örnekleri ve klinik kanıtlarla karşılaştırılır. - Vaka, nedensellik ve/veya ihmal açısından değerlendirilir. - Hasta/yakınıyla görüşme düzenlenir; görüşmede adli danışman, klinisyen, yönetimden yetkili bir kişi, vaka özelinde klinik etik uzmanı/danışman bulunur. - Görüşmede, önce hasta/yakını dinlenir. - Daha sonra yaşanan sorunun ya da olumsuzluğun nedenleri hasta/yakınına ayrıntılı olarak açıklanır. - Emsal vakalar örnek olarak sunulur. - Yaşanan olumsuz süreç için özür dilenir. - Tüm süreci içeren bir rapor yazılır. - Raporlardan alınan nüshalar, görüşmeden bulunan kişilere verilir. • **Yargıya intikal etmiş vakalarda** ise rapor yazımı, hekime savunma hazırlama, savunma/görüş hazırlamasına yardımcı olma gibi günümüzde uygulanmakta olan yönteme başvurulur.
	Görevleri	• Taraflara etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çözümünde yardım etmek. • Arabuluculuk; hasta/yakınlarıyla hekim arasında arabuluculuk yapmak. • Hastadan kötü sonuçlar nedeniyle özür dilemek. • Hekimin zor kararlarında nasıl bir yol izleyeceğinin standartlarını belirlemek. • Hekime, malpraktis ve etik konularla ilgili eğitim vermek. • Hekime, biyomedikal teknolojilerin etik ve yasal boyutlarıyla ilgili eğitim vermek. • Konsültasyon sistemi geliştirmek. • Ekipteki herkesin uymakla yükümlü olduğu kurallar, protokoller ve prosedürler geliştirmek. • Klinik yönetişime katkıda bulunmak. • Algoritma geliştirmek.

- sadece klinisyene yönelik olması,
- sadece hayatta olan mağdur/hastayla ilgili konuları/sorunları içermesi,
- etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlara yasal ve etik açıdan bütüncül çözüm sunması,
- acil servis, yoğun bakım, geritatri ve pediatri gibi belirli kliniklerde zorunlu tutulması,
- her iki danışmanlık hizmetinin bir arada sunulması,
- her iki danışmanlık hizmetinin bir arada sunulmasıyla klinikte sadece tıbbi sorunların çözümüne yönelik tıbbi danışmanlıkla eksik kalan sacayağını, etik ve mediko-legal sorunların çözümüne yönelik klinik etik ve adli danışmanlıkla tamamlaması,
- uluslararası, çok yönlü ve çok disiplinli araştırmaya dayalı olarak geliştirilmesi,
- sadece bugünün tıbbına değil, geleceğin tıbbına da yönelik olması

nitelikleriyle özgün kılınan ve yukarıdaki tabloda yapısı ve işleyişine ilişkin ayrıntıları sunulan yeni "klinik etik ve adli danışmanlık sistemi/modeli" ile ilgili ilave önerilerimiz şu şekildedir:

Bugünün Tıbbına Yönelik;

- Öncelikle Türkiye'de, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde "Klinik Etik ve Adli Danışmanlık/Konsültasyon Merkezi/Birimi/Servisi" adıyla yeni bir yapının kurulması,
- Bahsi geçen yapının, Dekanlık ve/veya Başhekimliğe bağlı olması,
- Bahsi geçen yapıda, klinik etik ve adli danışmanlar daimi çalışan olmak üzere hizmet sunacak ekibin oluşturulması,
- Ekipte, danışmanların yanı sıra sosyal hizmet uzmanı ile sağlık hukuku uzmanının bulunması. Vakanın özelliklerine göre, gereksinim halinde, ilgili alandan klinisyen görüşü alınması,
- Bahsi geçen yapıda hizmet sunacak danışmanlar başta olmak üzere ekip üyelerinin yeterlik ölçütlerinin ve sertifikasyonlarının belirlenmesi,
- Danışmanların, danışmanlık hizmetini mensubu oldukları anabilim dalından bağımsız olarak sunması, ancak sadece bağlı oldukları Dekanlık ve/veya Başhekimliğe karşı sorumlu tutulması,
- Tablo 6.1'de ayrıntıları sunulan danışmanlık/konsültasyon sisteminin/modelinin bu yapıda öncelikle pilot uygulamasının başlatılması,
- Pilot uygulama sonucu bu danışmanlık sistemi/modelinin işlerliği, işlevselliği ve

faydaları kanıtlandıktan sonra, ilçe ölçeğinde belirli/seçilmiş eğitim araştırma ve devlet hastanelerine (İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Eyüp Devlet Hastanesi gibi) de hizmet sunulması,

- İşlerliği, işlevselliği ve faydaları ilçe ölçeğinde kanıtlandıktan sonra, şehir hastaneleri başta olmak üzere belirli/seçilmiş kamu hastanelerine de hizmet sunulması,
- İşlerliği, işlevselliği ve faydaları il ölçeğinde kanıtlandıktan sonra, Kanada'da etik danışmanlık sunulan merkez ya da biyoetik birim/anabilim dallarından biriyle iş birliği yapılması; belirli vakalara birlikte çözüm üretilmesi ve her iki ülkeden vakaların incelendiği haftalık vaka değerlendirme toplantılarının yapılması.

  Benzeri bir uygulama, onkoloji vakalarına yönelik olarak Teksas Üniversitesi MD Anderson Kanser Merkezi (*University of Texas MD Anderson Cancer Center*) tarafından iş birliği yaptığı sağlık kurumları arasında yürütülmektedir. Türkiye'de özel bir hastaneyle 2010 yılında iş birliği yapan MD Anderson Kanser Merkezi, günlük vaka değerlendirme toplantılarıyla yukarıda önerilen uygulamaya benzer çalışmalar yürütmektedir.
- Kanada'da klinik etik danışmanlık, sağlık hizmetinin önemli ve yerleşmiş bir parçası olduğu için bu ülkede klinik etikle ilgili olarak ancak belirlenmiş kliniklerde etik danışmanlığın zorunlu tutulması, her iki danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında sunulması, vaka özelinde özerk veya birlikte hizmet sunumuyla ilgili öneride bulunulması,
- Klinik adli danışmanlık hizmetinin ülkemizde uygulandığı şekliyle, yani sadece hayatta olan mağdur ve hastaya yönelik, ağırlıklı olarak etiko-legal ve mediko-legal sorunların, şiddet, istismar ve özkıyım girişimi ile klinisyenin bu yönde şüphesinde hizmet sunumunun Kanada'da da başlatılmasına yönelik öneri bulunulması,
- Kanada'da adli tıp uzmanlığının bulunmaması, pratisyen hekimlerin belirli sertifikaları aldıktan sonra bu hizmeti sunmaya çalışması nedeniyle öncelikle tıp fakültesinde adli tıp uzmanlık ve/veya klinik adli tıp alt uzmanlık eğitiminin başlatılmasına yönelik öneride bulunulması,
- Bu yönde hizmet veren hekimlerin klinik adli danışmanlık yeterlik ve sertifikasyonu için Kanada Tıbbi Koruma Birliği (CMPA) ve ilgili kurumlarla iş birliği yapılmasına yönelik öneride bulunulması,
- Etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların kök nedenleri arasında iletişim hatalarının bulunması nedeniyle danışmanlığın zorunlu tutulduğu kliniklerde (acil servis, yoğun

bakım, geriatri, pediatri / çocuk cerrahisi, onkoloj, GETAM) görev yapan asistan hekim ve hemşirelere yönelik zorunlu iletişim eğitimi verilmesi ve sertifikasyonun zorunlu olması,

- Danışmanlığın zorunlu tutulduğu kliniklere yönelik hasta hakları, mahremiyetin korunması, sağlık politikaları, tıbbi malpraktis ve ilgili kanunlar hakkında eğitimlerin verilmesi ve sertifikasyonun zorunlu olması,
- Klinisyenin yaşadığı etik, etiko-legal, mediko-legal sorunları ve iletişim hatalarını çözerek, kliniyen-hasta/yakını arasında "arabuluculuk" yapan bir hizmet ve birimle ilgili klinisyenlere yönelik bilgilendirme toplantılarının düzenlenmesi,
- Danışmanlığa hangi durumlarda başvurulacağı, başvuru şekli ve işleyişle ilgili yönlendirme broşürlerinin hazırlanması,
- Etik, etiko-legal ve mediko-legal konular ve sorunlarla ilgili rehberler hazırlanması,
- Klinik etik danışmanlıkta vaka analiz edilirken, vakanın içeriğine göre YODA/GREAT, anlatısal etik, hasta ve değer temelli etik yaklaşım, değer-ilke dengesine dayalı karar verme yaklaşımlarından oluşan eklektik bir anlayışın benimsenmesi,
- Başvurulan karar verme algoritma ve yaklaşımlarının işlevsellik ve işlerliğine göre zamanla ya eklektik ya da değer-ilke dengesine dayalı yeni bir karar verme algoritmasının geliştirilmesi,
- Klinikte etik, etiko-legal ve/veya mediko-legal sorun olmasa da hasta/yakınının sorunlu bulup, hastane yönetimine şikâyet ettiği durumlarda hasta ve/veya yakınıyla "Aydınlatma ve Özür Toplantısı"nın yapılması,
- Toplantıda; sorumlu hekim/klinisyen, hastane yönetiminden yetkili, klinik etik danışman ve klinik adli danışmanın bulunması,
- Sunulan hizmet bedelinin Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Döner Sermayesine ödenmesi, danışmanların ve ekip üyelerinin vaka bazında hakediş alması, böylece bu yapının kendi bütçesi için ekonomik kaynak oluşturması,
- Kanada'da klinik etik danışmanlık hizmeti, hastane akreditasyonunda zorunlu koşul olarak belirlenmiştir. Geliştirilen bu danışmanlık sistemi/modelinin de hastane, ilçe ve il ölçeğinde işlerliği, işlevselliği ve faydaları kanıtlandıktan sonra, ülkemizde hastane akreditasyonunun zorunlu koşulu olarak belirlenmesi için Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne başvuruda bulunulması. Böylece, hizmetin ve danışmanlık anlayışının yaygınlaşması ve benimsenmesinin kolaylaştırılması,

- Söz konusu danışmanlık sisteminin/modelinin yapısı, çalışma şekli, görevleri, başvuru şekli ve yönteminin tabloda sunulduğu şekliyle uygulanması.

Geleceğin Tıbbına Yönelik

Yakın geleceğin tıbbında da geçerli ve gereksinim duyulan bir hizmet olacağı görülen klinik etik ve adli danışmanlık sisteminde/modelinde;

- Klinikte biyomedikal teknolojilerin kullanımı nedeniyle ortaya çıkan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlarda, mümkünse klinik mühendislikte uzmanlaşmış, biyomedikal mühendisinden görüş alınması,
- Klinisyen-klinik etik uzmanı/danışmanı-klinik adli tıp uzmanı/danışmanı ile biyomedikal mühendisleri arasında iş birliğinin sağlanması,
- Klinisyenlere yönelik eğitim programına biyomedikal teknolojilerin yasal ve etik boyutlarının ulusal ve uluslararası düzenleme örnekleriyle dâhil edilmesi,
- Klinikte biyomedikal teknolojilerin kullanımı, kullanımının hukuka ve etiğe aykırılığına neden olan veya uygunluğunu sağlayan konularda klinisyen-klinik etik uzmanı-klinik adli tıp uzmanı ve biyomedikal mühendisleri ile çalıştay/toplantıların düzenlenmesi,
- Klinikte biyomedikal teknolojilerin kullanımı, kullanımının hukuka ve etiğe aykırılığına neden olan veya uygunluğunu sağlayan konularda birlikte rehberler hazırlanması,
- Biyomedikal mühendislerinin çalışmalarını düzenleyen etik kod, rehber ve politikaların geliştirilmesine katkıda bulunulması,
- Tıptaki paradigma değişikliği, geleceğin tıbbı, trans-hümanizm ve trans-hümanist tıpla ilgili klinisyene ve biyomedikal mühendisine yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

Bilim, doğası gereği önceki çalışmaların üzerine yeni bilgilerin eklenerek, eksiklerinin tamamlanması ve "daha iyi"sinin inşa edilmesiyle gelişir. Bu doğrultuda, geliştirdiğimiz ve önerdiğimiz klinik etik ve adli danışmanlık sistemi/modelinin de "daha iyi"lerinin geliştirilebileceği şüphesiz! Bu sistemin/modelin, yaşama geçirilerek, faydalı olabilmesi ve bu amaçla yapılacak çalışmalara örnek teşkil etmesi umuduyla…

KAYNAKLAR

AAP. 1984, Guidelines for infant bioethics committees, American Academy of Pediatrics, *Pediatrics*, 74(2), 306-310.

Agich, G.J., 1994, Expertise in clinical ethics consultation, *HEC Forum*, 6(6), 379-383.

Akkaya, Ş., 1947, Humanizm'in çıkışı ve yayılışı, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Dergisi*, 5(2), 199-222.

Aksoy, Ş., 2003, *Tıp etiğinin ülkemizdeki ve dünyadaki yeri*, Çağdaş Tıp Etiği, In: Demirhan-Erdemir, A., Öncel, Ö. & Aksoy, Ş. (ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 3-16.

Amundsen, D.W. & Ferngren, G.B., 1977, The physician as an expert witness in Athenian law, *Bull Hist Med*, 51(2), 202-213.

Ancient Origins, 2014, 'The steam-powered pigeon of Archytas: the flying machine of antiquity', *Magazine Ancient Origins*, October 7, 2014, viewed 23 July 2020, https://www.ancient-origins.net/ancient-technology/steam-powered-pigeon-archytas-flying-machine-antiquity-002179.

Aristoteles, 2014, *Politika*. Tunçay M. (çev.), 13. Bs., Remzi Kitabevi, İstanbul, 15.

Ars, B. & Lambert, D., 2020, *Medical robotics: A few ethical guidelines*, http://www.fiamc.org/bioethics/medical-robotics-a-few-ethical-guidelines/, [Ziyaret tarihi: Temmuz 2020].

Aşar, H., 2017, İnsan-merkezcilik canlı-merkezcilik ikileminde biyoetik, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 4(2), 74-86.

ASBH, n.d., *History*, American Society for Bioethics and Humanities, http://asbh.org/about/history, [Ziyaret tarihi:13 Haziran 2019].

ASBH. *Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants*. 2nd ed. Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities; 2011. pp. 1-4.

Aslan, Y., 2008, Bilirkişi raporuna itiraz ve uzman mütalaası, *Lebib Yalkın Mevzuat Dergisi*, 10:58.

Atan, Y., Bahşi, İ., Tataroğlu. Z., Orhan. M. ve Çetkin, M., 2018, Dr. Charles Ambroise Bernard: Türkiye'de adli otopsinin başlangıcı, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 155-158.

Atıcı, E., 2003, *Etik kurullar*, Çağdaş Tıp Etiği, In: Demirhan-Erdemir, A., Öncel, Ö. & Aksoy, Ş. (ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 409-436.

Aydemir, M., 2018, Yapay zekâlı robotların ceza sorumluluklarının araştırılması, *Suç ve Ceza*, 4, 1-50.

Aydın, A.O., 2013, *Yapay Zekâ: Bütünleşik Bilişe Doğru.* İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 9-58.

Aydın, E., 2006, *Tıp Etiği*, Güneş Kitabevi, Ankara, 90-94.

Aydın-Günbatar, S., 2019, *Olgu bilim (fenomenolojik araştırma) yöntemi,* Eğitimde Araştırma Yöntemleri, In: Özmen, H. & Karamustafaoğlu, O., (ed.), 2. bs., Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara,. 293-315.

Bağış, H., Sağırkaya, H., 2001, Klonlama, *J Fac Vet Med.*, 20, 187-198.

Baker, R., 2005, A draft model aggregated code of ethics for bioethicists, *Am J Bioeth.*, 5(5), 33-41.

Bartlett, N., 2016, *NSBEP Notes: Ethical issues versus ethical dilemmas*, Nova Scotia Board of Examiners in Psychology, http://www.nsbep.org/downloads/Oral_Examination_Information_for_Candidates.pdf, [Ziyaret tarihi: 22 Ağustos 2019].

Battelle, P.H., 1985, Karen Ann Quinlan ten years later, *Ladies Home Journal*, 118-119.

Bayat, A.H., 1990, Şer'iyye sicilleri ve tıp tarihimiz I: rıza senetleri, *II. Türk Tıp Tarihi Kongresi-Kongreye Sunulan Bildiriler*, 20-21 Eylül 1990 İstanbul, Ankara, Türk Tarih Kurumu, 39-41.

Bayat, A.H., 2016, *Tıp Tarihi*. 3. bs., Zeytinburnu Belediyesi/Üçer Matbaacılık, İstanbul, 165-175.

Beaudoin, F., 2016, Wilfrid Derome, terreur des criminels (Wilfrid Derome, terror of the criminal case), *Identification Canada-The Art and Science of Forensic Identification*, 39(1), 4-8.

Berseth, C.L., 1983, A neonatologist looks at the Baby Doe Rule: Ethical decisions by edict, *Pediatrics*, 72(3), 428-429.

Blackburn, S., 1994, *Analysis*, Oxford Dictionary of Philosophy. Oxford University Press, Oxford, UK, 14.

BMES, 2004, *Code of Ethics*, Biomedical Engineering Society, Landover, https://www.bmes.org/files/CodeEthics04.pdf, [Ziyaret tarihi: 21 Eylül 2019].

Bostrom, N., 2001, *Transhumanist values*, Version of April 18, https://www.nickbostrom.com/tra/values.html, [Ziyaret tarihi: 15 Haziran 2019].

Bostrom, N., 2005a, Transhumanist values, *Journal of Philosophical Research* (Ethical Issues for the Twenty-First Century-Special Supplement), 30, 3-14.

Bostrom, N., 2005b, A history of transhumanist though, *Journal of Evolution and Technology*, 14(1), 1-25.

Bostrom, N., 2018, *Süper Zekâ: Yapay Zekâ Uygulamaları, Tehlikeler, Stratejiler*, Aydar, F.B. (çev.), Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 23-50.

Brock, L.V. & Mastroianni, A., 2018, *Clinical Ethics and Law*. Washington: University of Washington, Dept. of Bioethics & Humanities, https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/detail/56 [Ziyaret tarihi: 4 Eylül 2019].

Brown, R.B., 2017, Canada's first malpractice crisis: medical negligence in the late nineteenth century. *Osgoode Hall Law Journal*, 54(3), 777-804.

BU-AILAB, 2020, Boğaziçi University Artificial Intelligence Lab, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, http://ailab.cmpe.boun.edu.tr/, [Ziyaret tarihi: 16 Haziran 2020].

Bugliarello, G., 2003, *Bioengineering ethics: The ethics of the linkage between engineering and biology*, The Experiences and Challenges of Science and Ethics: Proceedings of an American–Iranian Workshop. National Academies Press, Washington DC, USA, 42-50.

Büken-Örnek, N., 2009, Tıp etiği terimleri, *Sözlük Dergisi*, 1(3), 14-17.

Butler-Sloss, E., 1988, *Report of the inquiry into child abuse in Cleveland 1987*, HMSO, London, UK, 12-55.

Callahan, D.J., 2004, *Bioethics*, Encyclopedia of Bioethics, In: Post, S.G. (ed.), 3rd ed., Volume I., Macmillan Reference USA™, New York, USA, 278-287.

CBS, 2011, *Report on the organ and tissue donation and transplantation ethics consultation*, Canadian Blood Services, Ottawa, 1-28.

CCE, 2022, *GREAT Framework - Unity Health*, Centre for Clinical Ethics, http://ccethics.com/wp-content/uploads/2015/11/GREAT-Framework-Unity-Health.pdf, [Ziyaret tarihi: 21 Eylül 2022].

CCE, n.d., *About us*, Centre for Clinical Ethics, https://ccethics.com/about-cce/, [Ziyaret tarihi: 10 Haziran 2019].

Cellan-Jones, R., 2014, *Hawking: Yapay zekâ insanlığın sonunu getirebilir*, *BBC*, 2 Aralık 2014, https://www.bbc.com/turkce/haberler/2014/12/141202_hawking_yapay_zeka , [Ziyaret tarihi: 12 Eylül 2019].

Cevizci, A., 2002, *Etiğe Giriş*, Paradigma Yayınları, İstanbul, 2-20.

Cevizci, A., 2013, *Uygulamalı Etik*, Say Yayınları, İstanbul, 17-71.

CFMC, 2019, *Clinical forensic medicine*, Canadian Forensic Medicine Consulting, https://www.cfmc.ca/services.html, [Ziyaret tarihi: 10 Mayıs 2019].

Chaille, S.E., 1949, Origin and progress of medical jurisprudence 1776-1876, *Journal of Criminal Law and Criminology*, 40(4), 397-444.

Cimon, D., Brigitte, D. & Catherine, D., 2014, One hundred years of forensic sciences in Quebec: the evolution of scientific techniques since 1914, *Canadian Society of Forensic Science Journal*, 47(3), 148-169.

CMA, 2018, *Code of Ethics and Professionalism*, Canadian Medical Association, Update: 2005, Last reviewed: March 2018, https://www.cma.ca/cma-code-ethics-and-professionalism, [Ziyaret tarihi: 16 Kasım 2019].

CMA, 2019, *Committee on Ethics*, Canadian Medical Association, https://www.cma.ca/committee-ethics, [Ziyaret tarihi: 13 Kasım 2019].

CMA. 2001, *Code of Ethics-1868*., Brownell, A.W., Libby-Brownell, E., (trans.), Canadian Medical Association, Ottawa, ON.

CMBES, 2017, *Code of Ethics*, Policy Number: 1.10, Canadian Medical and Biological Engineering Society, Ottawa, ON.

CMPA, 2020, *Medical-legal handbook for Physicians in Canada*, Canadian Medical Protective Association, Ottawa, ON, 1-43. https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-

publications/handbooks/medical-legal-handbook-for-physicians-in-canada, [Ziyaret tarihi: 19 Mart 2020].

CNA, 2020, *Fact Sheet: The Canada Health Act*, FS-1, Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, https://www.cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-en/fs01_canada_health_act_june_2000_e.pdf, [Ziyaret tarihi: 19 Haziran 2020].

Côté, J., 2003, *Wilfrid Derome: Expert en Homicides*, Éditions du Boréal, Montréal, QC, 1-23.

Creswell, J.W., 2013, *Beş nitel araştırma yaklaşımı*, Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşıma Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Desenleri, In: Aydın, M. (çev.), Bütün, M. & Demir S.B. (çev. ed.), 3. bs., Siyasal Kitabevi, Ankara, 69-110.

CSFC, 1994, *Rules of Professional Conduct* (November 5), Canadian Society of Forensic Science, Ottawa, ON, https://www.csfs.ca/become-a-member/code-of-conduct/ [Ziyaret tarihi: 21 Nisan 2020].

CSFS, 2020, *Derome Award*, Canadian Society of Forensic Science, Ottawa, ON, https://www.csfs.ca/what-we-do/awards/, [Ziyaret tarihi: 21 Nisan 2020].

Curran, W.J., 1975, Titles in the medicolegal field: a proposal for reform, *Am J Law Med.*, 1(1), 1-11.

Çankaya, H., 2009, *Biyoteknoloji ve insan hakları*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 245-460.

Çetin, C. & Çetin, M.T., 2014, Dünden bugüne yardımla üreme teknikleri, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(1), 148-155.

Çil, O. & Görkey Ş., 2014, Beyin ölümü kriterlerinin tarihsel gelişimi ve kadavradan organ nakline etkisi, *Marmara Medical Journal*, 27, 69-74.

Çokar, M., Anıl, S., Sert, G., Sözen, Ş., Kayar, H.B. & Yüksel, M., 2008, *AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar: Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler,* Pozitif Yaşam Derneği, İstanbul, 6-46.

Dağ, A., 2018a, *Transhümanizm: İnsanın ve Dünyanın Dönüşümü,* Elis Yayınları, Ankara, 7-249.

Dağ, A., 2018b, Nietzsche ve transhümanism bağlantısı üzerine bir değerlendirme, *FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi)*, 13(25), 207-224.

Dağ, A., 2019, Yaratılışa müdahale ve yeni bir evrimci neodarwinist bir yaklaşım olarak transhümanizm, *FLSF (Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi)*, 14(27), 153-168.

Damar, F., 2019, *Avukatlar tarafından uzman mütalaası kullanımı ve yaşanan sorunlar*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, 3-12.

Darwin, C., 2004, *The Origin of Species,* Sterling Publishing, New York, 11-16.

Davidsen, A.S., 2013, Phenomenological approaches in psychology and health sciences, *Qualitative Research in Psychology*, 10, 318-339.

Debnath, M., Prasad, G.B. & Bisen, P.S., 2010, *Forensic medicine*, Molecular Diagnostics: Promises and Possibilities, Springer, Dordrecht, 425-434.

Demir A. Ölümsüzlük ve yapay zekâ bağlamında trans-hümanizm. *Online Academic Journal of Information Technology* 2018;9(30):95-103.

Demir, M., 2008, Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu, *AÜHFD,* 57(3), 225-252.

Demir, M., 2011, *Hacettepe Üniversitesi hastaneleri hekimlerinin klinik etik problemlerin farkındalığı araştırması,* Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 25-33.

DEÜ, n.d., *Adli tıp anabilim dalı-sağladığımız hizmetler-hastalar için bilgiler*, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, https://hastane.deu.edu.tr/index.php/tibbi-birimlerimiz/eriskin-hastanesi/adli-tip.html, [Ziyaret tarihi: 19 Haziran 2020].

DJC., 2015, *Canada's System of Justice,* Department of Justice Canada, Ottawa, ON, 4-20.

Doğaç, A., 1990, Uzman sistemler, *Elektrik Mühendisliği Dergisi,* 373, 87-91.

Doğan, H., 2010, *Tıp Etiğinde Kliniğe Geçiş: Sağlıklı Kararlar için Pratik Bir Rehber*, Yüce Yayım, İstanbul, 1-15.

Doğan, H., 2012, *Kurumsal Etik Komitelerin Sağlık Hizmetindeki Yeri*, Yüce Yayım, İstanbul, 15-40.

Dougherty, C.J., 2004, *Clinical ethics: Institutional ethics committees*, Encyclopedia of Bioethics, In: Post, S.G. (ed.), Volume I, 3rd ed., Macmillan Reference USA™, New York, USA, 444-447.

Dougherty, C.M., 2000, *Nursing-historical developments*, Encyclopedia of Forensic Sciences, In: Siegel, J.A., Saukko, P.J. & Knupfer, G.C. (eds.), Academic Press-Elsevier, Cambridge, 1123-1128.

Drachmann, A.G., 1963, *The Mechanical Technology of Greek and Roman Antiquity: A Study of the Literary Sources*, University of Wisconsin Press, *Copenhagen*, 9-15.

DTB, 1975, *Tokyo Bildirgesi-Gözaltında ve Mahkûmiyette İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ya da Aşağılayıcı Muamele veya Cezalar Konusunda Hekimler için Kılavuz*, Dünya Tabipler

Birliği, Son Güncelleme: 2016, https://www.ttb.org.tr/images/stories/haberler/file/DTB_Tokyo_Bildirgesi_2016.pdf, [Ziyaret tarihi: 15 Şubat 2021].

Duffin, J., 2001, Questioning medicine in seventeenth century Rome: The consultations of Paolo Zacchia, *CBMH/BCHM*, 28(1), 149-170.

Dürre, M., 2017, *Nietzsche'nin Böyle Buyurdu Zerdüşt adlı eserinin temel kavramları*, Yüksek Lisans Tezi, Mardin Artuklu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 51-72.

ECC, n.d., *The right to die*, Exploring Constitutional Conflicts, http://law2.umkc.edu/faculty/projects/ftrials/conlaw/righttodie.htm, [Ziyaret tarihi: 9 Haziran 2019].

EP, 2016, *European Civil Law Rules in Robotics*, European Parliament's Committee on Legal Affairs, Brussels, 6-27.

Erdoğan, E., 2017, *Yargılama hukukuna ilişkin ilkeler ve ispat hukukuna ilişkin temel kavramlar,* Bilirkişilik Temel Eğitimi Kaynak Kitabı, In: Canbolat, T. (ed.), T.C. Adalet Bakanlığı, Ankara, 2-61.

Erhat, A., 2015, *Hephaistos*, Mitoloji Sözlüğü, Remzi Kitabevi, İstanbul, 143-146.

Ersoy, Ç., 2018, *Robotlar, Yapay Zekâ ve Hukuk*. 3. bs. On İki Levha Yayıncılık, İstanbul, 15-200.

Eş, H., 2016, Şer'iyye Sicillerindeki adli tıp uygulamalarına genel bakış, *Turkiye Klinikleri J Foren Med*, 13(1), 8-13.

Ferrando, F., 2013, Posthumanism, transhumanism, antihumanism, metahumanism, and new materialisms: Differences and relations, *Existenz (An International Journal in Philosophy, Religion, Politics, and the Arts)*, 8(2), 26-32.

Fletcher, J.C. & Brody, H., 2004, *Clinical ethics: development, role, and methodologies*, Encyclopedia of Bioethics, In: Post, S.G. (ed.), Volume I, 3rd ed., Macmillan Reference USA™, New York, USA, 433-439.

Flood, C.M. & Thomas, B., 2011, Canadian medical malpractice law in 2011: Missing the mark on patient safety, *Chicago-Kent Law Review*, 86(3), 1053-1092.

Foucault, M., 2002, *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*, Routledge, London, 415-425.

Fox, E., Myers, S. & Pearlman, R.A., 2007, Ethics consultation in United States hospitals: a national survey, *Am J Bioeth*, 7(2), 13-25.

Fox, R.C. & Swazey, J.P., 1984, Medical morality is not bioethics: Medical ethics in China and the United States, *Perspectives in Biology and Medicine*, 27(4), 336-360.

Fox, R.C., 1990, *The evolution of American bioethics: A sociological perspective*, Social Science Perspectives on Medical Ethics, In: Weisz, G. (ed.), Springer, Dordrecht, 201-217.

Fütüristler Derneği, 2018, *Biz Kimiz?*, https://futurizm.org/, [Ziyaret tarihi: 21 Şubat 2020].

Gaudine, A., Thorne, L., LeFort, S.M. & Lamb, M., 2010, Evolution of hospital clinical ethics committees in Canada, *J Med Ethics*, 36,132-137.

GC, 2019, *Canada's Health Care System*, Date modified: 2019/09/17, Government of Canada, Ottawa, ON, https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a8, [Ziyaret tarihi: 21 Temmuz 2019].

GC, 2021a, *Medical Assistance in Dying*, Date modified: 2021/03/18, Government of Canada, Ottawa, ON, https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html [Ziyaret tarihi: 22 Temmuz 2019].

GC, 2021b, *Canadian Bill of Rights*, S.C., c. 44, Assented to 1960/08/10, Date modified: 2021/01/19, Government of Canada, Ottawa, ON, https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/download-order-charter-bill.html, [Ziyaret tarihi: 20 Temmuz 2019].

GC, 2021c, *Canadian Charter of Rights and Freedoms-1982*, Date modified: 2021/01/19, Government of Canada, Ottawa, ON, https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/download-order-charter-bill.html, [Ziyaret tarihi: 20 Temmuz 2019].

GC, 2021d, *Good Machine Learning Practice for Medical Device Development: Guiding Principles*, October 27, Government of Canada, Ottawa, ON, https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medical-devices/good-machine-learning-practice-medical-device-development.html, [Ziyaret tarihi: 20 Mart 2022].

Gerrek, M.L., 2018, Getting past Dax, *AMA Journal of Ethics*, 20(6), 581-588.

Giorgi, A., 2000, Concerning the application of phenomenology to caring research, *Scand J Caring Sci.*, 14, 11-15.

Giorgi, A., Giorgi, B. & Morley, J, 2017, *The descriptive phenomenological psychological method*, SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology, In: Willing, C. & Rogers, W.S. (eds.), 2nd ed, 176-192.

Gray, J., 2003, *Liberalizmin İki Yüzü,* Değirmenci, K. (çev.), Dost Kitabevi Yayınları, Ankara, 106-110.

Grudin, R., 1999, *Humanism*, Encyclopedia Britannica, https://www.britannica.com/topic/humanism/Basic-principles-and-attitudes, [Ziyaret tarihi: 12 Ocak 2019].

Güçlü, İ., 2021, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri: Teknik, Yaklaşım, Uygulama*, 2. bs., Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 287-311.

Güngör, O., (çev.), 1993, *Post-*, Longman-Metro Büyük İngilizce-Türkçe Sözlük, Longman Group UK, Essex-Metro Kitap Yayın, İstanbul, 1154.

Güngör, O., (çev.), 1993, *Trans-*, Longman-Metro Büyük İngilizce-Türkçe Sözlük, Longman Group UK, Essex-Metro Kitap Yayın, İstanbul, 1616.

Hajibabaee, F., Joolaee, S., Cheraghi, M.A., Salari, P. & Rodney, P., 2016, Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview, *J Med Ethics Hist Med*., 9, 17.

Hamet, P. & Tremblay, J., 2017, Artificial intelligence in medicine, *Metabolism Clinical and Experimental*, 69 (Supplement), 36-40.

Harrison, P. & Wolyniak. J., 2015, The history of 'transhumanism', *Notes and Queries*, 62(3), 465-467.

Harvey, J.C., 2004, Andre Hellegers and the Carroll House: Architect and Blueprint for the Kennedy Institute of Ethics, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 14(2), 199-206.

Haugeland, J., 1985, *Artificial Intelligence: The Very Idea*, MIT Press, Cambridge, 18-26.

Hentoff, N., 1985, The awful privacy of Baby Doe, *The Atlantic Monthly*, 1, 54-62.

HHS, 2014, *The Child Abuse Prevention and Treatment Act-40 Years of Safeguarding America's Children*, Department of Health and Human Services, the National Child Abuse and Neglect Training and Publications Project, Arlington, U.S, 1-46.

Humanity+, 2001, *What is transhumanism?*, Transhumanist FAQ, https://humanityplus.org/philosophy/transhumanist-faq/, [Ziyaret tarihi: 1 Şubat 2019].

Humanity+, n.d., *Mission*, https://humanityplus.org/get-involved-2/join/join-hplus/, [Ziyaret tarihi: 1 Şubat 2019].

Humanity+. 2009, *Transhumanist Declaration*, Humanity+ Board, crafted in 1998, adopted in March, 2009, https://humanityplus.org/philosophy/transhumanist-declaration/, [Ziyaret tarihi: 5 Şubat 2019].

Huxley, A., 2019, *Cesur Yeni Dünya*, Tosun, Ü., (çev.), 33. bs., İthaki Yayınları, İstanbul, 31-76.

Huxley, J., 1957, *New Bottles for New Wine*, Chatto and Windus, London & Clarke, Irwin and Co., Toronto, 13-74, 279-295.

IRF, 2004, *World Robot Declaration*, February 25, International Robot Fair, Fukuoka, Japan, http://prw.kyodonews.jp/prwfile/prdata/0370/release/200402259634/index.html, [Ziyaret tarihi: 29 Ekim 2020].

Ishay, R., 1989, High technology in medicine-ethical aspects, *Isr J Med Sci*., 25(5), 274-278.

Işıl Ülman, Y.I., Başağaç-Gül, T., Kadıoğlu, F.G., Yıldırım, G. & Edison, Z. (eds), Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, Ankara, 206-220.

JCB, 2019, *Working for an Ethical Future: The First Decade of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics (1996-2006),* Joint Centre for Bioethics, Toronto, CA, http://jcb.utoronto.ca/about/documents/jcb-10-yr-rpt.pdf, [Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2019].

JDHEC, 2019, *Early days*, John Dossetor Health Ethics Centre, https://www.ualberta.ca/john-dossetor-health-ethics-centre/about/early-days, [10 Haziran 2019].

Kadıoğlu, F. & Kadıoğlu, S., 2001, *Klinik uygulamalarda etik karar verme süreci*, Klinik Etik, In: Erdemir-Demirhan, A., Oğuz, Y., Elçioğlu, Ö. & Doğan, H. (eds.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 44-64.

Kanoti, G.A., 2004, *Clinical ethics: clinical ethics consultation*, Encyclopedia of Bioethics, In: Post, S.G. (ed.), 3rd ed., Volume I, Macmillan Reference USA™, New York, USA, 439-444.

Kant, I., 2002, *Critique of Practical Reason*, In: Pluhar, W.S. (trans.), Hackett Publishing, Indianapolis, US, 223-226.

Kara, U.Y., 2013, *Bilgisayar oyunları, yeni medya ve kimlik: kuramsal arayışlar,* Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 33-43.

Karahan, A.B., 2019, Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi suçu (TCK m. 280), *Marmara Üniv. Hukuk Fak. Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 25(2), 948-978.

Karakavak-Çırak, G., 2006, *Üniversite öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ve ahlaki yargı yetenekleri ile kendini gerçekleştirme düzeylerinin karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 28-42.

Karlıkaya, E., 2007, *"Etik konsültasyon/danışmanlık" konusunda kliniklerde çalışan sağlık görevlilerinin tutum ve beklentileri,* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 37-126.

Kennedy, I,M., 1976, The Karen Quinlan case: problems and proposals, *J Med Ethics*, 2(1), 3-7.

Kerbacher, S., Pfeifer, M., Riener-Hofer, R., Berzlanovich, A., Eogan, M., Galić-Mihic, A., et al. 2020, Overview of clinical forensic services in various countries of the European Union, *Forensic Sciences Research*, 5:1, 74-84.

Koç, S. & Biçer, Ü., 2009, Adli tıbbın tarihsel gelişimi, Türkiye'deki yapılanması ve sorunları, *Klinik Gelişim*, 22 (Adli Tıp Özel Sayısı),1-5.

Kocabaş, Ş., 2014, Yapay zekâ ve bilim felsefesi, *Dîvân Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi,* 19(36), 9-22.

Kornfeld, D.S., 2016, What is the role of a clinical ethics consultation?, A*m J of Bioethics*, 16(3), 40-42, (Cross-Ref).

Kümbetoğlu, B., 2005, *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 78-92.

l'Espace éthique, n.d., *Historique & missions*, L'Espace éthique de l'Assistance publique, , http://www.espace-ethique.org/presentation, [15 Haziran 2019].

La Puma, J. & Schiedermayer, D.L. 1991, Ethics consultation: Skills, roles and training, *Annals of Internal Medicine*, 114, 155-160.

La Puma, J. & Toulmin, S.E. 1989, Ethics consultants and ethics committees, *Arch Intern Med.*, 149(5), 1109-1112.

La Puma, J. 1987, Consultations in clinical ethics: Issues and questions in 27 cases, *West J Med*., 146, 633-637.

Lakeridge Health, 2022, *Ethics-Ethical decision-making: YODA*, https://www.lakeridgehealth.on.ca/en/ourservices/ethics.asp, [Ziyaret tarihi: 14 Mayıs 2022].

Lang, G.C. 1985, "Baby Doe"; a medical ethical issue, (Commentary), *West J Med*., 142, 837-841.

Levinas, E., 2010, *Sonsuza Tanıklık: Emmanuel Levinas'tan Seçme Yazılar,* In: Atıcı, M., Başaran, M., Çankaya, G., Direk, Z., Gökyaran, E., et al., (çev)., 2. bs., Metis Yayınları, İstanbul, 210-315.

Lindsay, R.K., Buchanan, B.G., Feigenbaum, E.A., Lederberg, J., 1993, DENDRAL: A case study of the first expert system for scientific hypothesis formation, *Artificial Intelligence*, 61(2), 209-261.

Linguee, n.d., *Consultation*, https://www.linguee.com/, [Ziyaret tarihi: 26 Ağustos 2019].

Löwy, I., 1994, Ludwik Fleck and the history of sciences today, *Hist Cienc Saude Manguinhos*, 1(1), 7-18.

Ludes, B., 2015, *Forensic medicine in France*, The Global Practice of Forensic Science, In: Ubelaker, D.U. (ed.), Wiley-Blackwell, New York, 105-114.

Lyons, A.S. & Petrucellin, S.R., 1997, *Çağlar Boyu Tıp*, Güdücü, N. (çev.), Roche, İstanbul, 368-416.

MacDonald, C., 2003, *Draft Model Code of Ethics for Bioethics,* Canadian Bioethics Society, Toronto, ON, 1-6.

Madea, B., 2014, *Duties of forensic medicine in modern society: History of forensic medicine*, Handbook of Forensic Medicine, In: Madea, B. (ed.), Wiley-Blackwell, Oxford, UK, 3-14.

Manzocco, R., 2017, Book review: Nietzsche and transhumanism: Precursor or enemy? In: Tuncel, Y. (ed.). *Journal of Evolution and Technology*, 27(2), 1-3.

Marshall, B. & Kelly, D., 2003, *Canadian Health Facilities Law Guide*. LexisNexis, Vendor, 12-47.

Marshall, T. & Robertson, G., 2006, *Eugenics in Canada*, Canadian Encyclopedia, last edit: June 7, 2019, https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/eugenics, [Ziyaret tarihi: 6 Ağustos 2019].

Mathison, E., 2022, *Why your hospital needs access to a clinical ethicist?* Compass Ethics, https://compassethics.com/ideas/health-ethics/why-your-hospital-needs-access-to-a-clinical-ethicist, [Ziyaret tarihi: 6 Ekim 2022].

Meetup, 2020, *Transhumanism groups in Canada*, https://www.meetup.com/tr-TR/topics/transhumanism/ca/, [Ziyaret tarihi: 5 Mart 2019].

Meulenbergs, T., Vermylen, J. & Schotsmans, P.T., 2005, The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium, *J Med Ethics*, 31, 318-321.

Meyer, H.J. & Griffin, J.C., 1852, Editorial-Forensic medicine, *Canada Medical Journal*, 1(4), 244-251.

Minister of Justice, 2017, *Canada Health Act* (R.S.C., 1985, c. C-6), last amended on December 12, 2017, Ottawa, ON.

Minister of Justice, 2021, *Criminal Code* (R.S.C., 1985, c. C-46), Part VIII (R.S., c. C-34, s. 198), last amended on March 17, 2021, Ottawa, ON, 272.

More, M., 2013, *The philosophy of transhumanism*, The Transhumanist Reader: Classical and Contemporary Essays on the Science, Technology, and Philosophy of the Human Future, In: More, M. & Vita-More, N. (eds.), John Wiley & Sons, New Jersey, USA, 3-17.

Nabiyev, Y.V., 2005, *Yapay Zekâ*. Seçkin Yayınları, Ankara, 33.

NHMRC, 2015, *Clinical Ethics Capacity Building Resource Manual*, National Health and Medical Research Council, Canberra, Australia, 5.

Nietzsche, F., 1999, *Zerdüşt Böyle Diyordu,* Derinsu, O. (çev.), 8. bs., Varlık Yayınları, İstanbul, 17-64.

Nietzsche, F., 2015, *Tarihin Yaşam için Yararı ve Sakıncası-Zamana Aykırı Bakışlar II,* Tüzel, M. (çev.), Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, 1-51.

Nilsson, N.J., 2019, *Yapay Zekâ-Geçmişi ve Geleceği,* Doğan, M. (çev.), 2. bs., Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 1-90, 636-639.

O'Connell, J. & Carpenter, K., 1983, Payment for pain and suffering through history, *Ins. Counsel J.*, 50, 411-417.

ODTÜ, 2020, *Enformatik Enstitüsü, Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı, Tıp Bilişimi Programı*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, https://ii.metu.edu.tr/tr/tip-bilisimi-msphd, [Ziyaret tarihi: 8 Şubat 2021].

Oğuz, N.Y., 1996, Pediatrik ötanazi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,* 36, 767-76.

Oğuz, N.Y., Tepe, H., Örnek-Büken, N. & Kırımsoy-Kucur, D., (eds.), 2005a, *Çıkar, çıkar çatışması*, Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 44-47.

Oğuz, N.Y., Tepe, H., Örnek-Büken, N. & Kırımsoy-Kucur, D., (eds.), 2005b, Değer çatışması, Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 56.

Oğuz, N.Y., Tepe, H., Örnek-Büken, N. & Kırımsoy-Kucur, D., (eds.), 2005c, *Risk, risk-yarar çözümlenmesi, risk-yarar dengesi, yarar-bedel dengesi*, Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 207-10, 257.

Oğuz, Y., 2001, Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş, *Klinik Etik*, In: Erdemir-Demirhan, A., Oğuz, Y., Elçioğlu, Ö. & Doğan, H. (eds.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 9-25.

Özbek, V.Ö., 2006, Tıbbi deliller ve yeni Ceza Muhakemesi Kanunu, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, C. III, *Yeditepe Üniversitesi-HFD*, 2, 357-406.

Özbey-Onur, D., 2007, *Zaman-mekân sıkışmasıyla oluşan aşırı hareketli insanın, beden-mekân ilişkisinin dönüşümü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, 31-43.

Özdemir, H., 2016, Hekimin hukuki sorumluluğu, *ERÜHFD,* 11(1), 33-81.

Özden, S.Y., 1977, Tıbbi bilirkişiliğin tarihi gelişimi ve adli psikiyatride bilirkişinin özellikleri, *Düşünen Adam*, 10 (2), 44-47.

Özkara, E. & Karaman, G., 2020, *Adli bilimlerin yapılanması ve kapsamı*, Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları için Adli Tıp, In: Özkara, E. (ed.), 3. bs., Seçkin Akademik ve Mesleki Yayınlar, Ankara, 21-34.

Özkara, E., 2020, Adli tıp derslerinin amaçları ve hukuk uygulamasında adli tıbbın önemi. Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları için Adli Tıp, In: Özkara, E. (ed.), 3. bs., Seçkin Akademik ve Mesleki Yayınlar, Ankara, 13-19.

Özkara, E., Kureş, A., 2020, *Bilirkişilik ve adli tıp bilirkişiliği*, Hukuk Öğrencileri ve Uygulayıcıları için Adli Tıp, In: Özkara, E. (ed.), 3. bs., Seçkin Akademik ve Mesleki Yayınlar, Ankara, 35-56.

Özlem, M., 2016, *Etik eğitim programının hemşirelerin etik karar verebilme düzeyine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6-22.

Pahman, D., 2016, Transhumanism or theosis? Vladimir Soloviev on posthumanity and the kingdom of God, *Sophia Institute Annual Conference*-Union Theological Seminary, December 9, 2016, New York, NY.

Parliament of Canada, 2021, *An Act to Amend the Criminal Code: Medical Assistance in Dying*, March 17, 2021, II. Session, Chapter 2., Bill C-7, Forty-third Parliament, Statutes of Canada, https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent, [Ziyaret tarihi: 12 Kasım 2021].

Payne-James J.J., 2005, *History and development of clinical forensic medicine*, Clinical Forensic Medicine: A Physician's Guide, In: Stark M.M. (ed.), 2nd ed., Humana Press, Totowa, NJ, 1-36.

Payne-James, J.J., 2016, *History of forensic medicine*, Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine, In: Payne-James, J.J. & Byard, R.W. (eds.), Volume II, 2nd ed., Elsevier, London, 539-567.

PCCB, n.d., *About, ethics consultation service*, Pellegrino Center for Clinical Bioethics, https://clinicalbioethics.georgetown.edu/about, https://clinicalbioethics.georgetown.edu/consult, [Ziyaret tarihi: 13 Haziran 2019].

Pence, G.E., 2008, *Classic Cases in Medical Ethics Accounts of the Cases and Issues that Define Medical Ethics*, 5th ed., McGraw-Hill, New York, 23-39.

Perry, M., 1995, *Sources of the Western Tradition Volume II: From the Renaissance to the Present*, 3rd ed., Houghton Mifflin Harcourt Company, Boston, 56.

Petrini, C., 2015, Codes for health care consultation: Which definitions? Which experiences? *Am J Bioeth.*, 15(5), 67-69.

Picozzi, M., Nicoli, F. & Pegoraro, R., 2017, The development of clinical ethics in Italy and the birth of the "Document of Trento", *Clinical Ethics*, 12(1), 24-30.

Pieper, A.M., 2012, *Etiğe Giriş*, Atayman, V. & Sezer, G. (çev.), 2. bs., Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 9-60.

Polat, O., 2012, Taraf bilirkişiliği nedir?, *TBB Dergisi*, 100, 271-280.

Pollak, S. & Saukko, P., 2000, *Clinical forensic medicine-Overview*, Encyclopedia of Forensic Sciences, Academic Press-Elsevier, Cambridge, 362-368.

Pollak, S. & Saukko, P., 2013, *Clinical forensic medicine*, Encyclopedia of Forensic Sciences. 2nd ed. Cambridge: Academic Press-Elsevier, 83-88.

Porter, A., 2017, Bioethics and transhumanism, *Journal of Medicine and Philosophy*, 42(3), 237-260.

Québec Official Publisher, 2020, *Civil Code of Québec*, CCQ-1991, Last updated: December 11, 2020, Government of Québec, Québec, CA, 32-26.

Racine, E. & Hayes, K., 2006, The need for a clinical ethics service and its goals in a community healthcare service centre: a survey, *J Med Ethics*, 32(10), 564-566.

Ranisch, R., 2014, *Morality of transhumanism and posthumanism*, Post- and Transhumanism: An Introduction, In: Ranisch, R. & Sorgner, S.L. (eds.), Peter Lang Publishing, Frankfurt am Main, DE, 149-172.

Rasmussen, L.M., 2011, An ethics expertise for clinical ethics consultation, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 39(4), 649-661.

Resmî Gazete, 1930, *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu*, Kabul tarihi: 6 Mayıs1930, Kanun No: 1593, Sayı: 1489, s. 8898, Yayımlandığı tarih: 6 Mayıs 1930, Sayı: 1489.

Resmî Gazete, 1960, *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi*, Kabul tarihi: 13 Ocak 1960, Kanun No: 4/12578, Yayımlandığı tarih: 19 Şubat 1960, Sayı: 10436.

Resmi Gazete, 1982, *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Kabul tarihi: 18 Ekim 1982, Kanun No: 2709, Yayımlandığı tarih: 9 Kasım 1982, Sayı: 17863 (Mükerrer).

Resmi Gazete, 1987, *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*, Kabul tarihi: 15 Mayıs 1987, Sayı: 19461, Yayımlandığı tarih: 15 Mayıs 1987, Sayı: 19461.

Resmî Gazete, 1998, *Hasta Hakları Yönetmeliği*, Yayımlandığı tarihi: 01 Ağustos 1998, Sayı: 23420.

Resmî Gazete, 2004, *Türk Ceza Kanunu (TCK)*, Kabul tarihi: 26 Eylül 2004, Kanun No: 5237, Yayımlandığı tarih: 12 Kasım 2004, Sayı: 25611.

Resmî Gazete, 2011, *Türk Borçlar Kanunu*, Kabul tarihi: 11 Ocak 2011, Sayı: 6098, Yayımlandığı tarih: 4 Şubat 2011, Sayı: 27836, s. 10843.

Resmî Gazete, 2016a, *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu* (KVKK). 242016, Sayı: 6698. Yayımlandığı tarih: 7 Nisan 2016, Sayı: 29677. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6698.pdf

Resmî Gazete, 2016b, *Bilirkişilik Kanunu*, Kabul tarihi: 3 Kasım 2016, Kanun No: 6754, Yayımlandığı tarih: 24 Kasım 2016, Sayı: 29898, s. 12536.

Resmi Gazete, 2022a, *Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*, Kabul tarihi: 12 Mayıs 2022, Kanun No: 7406, Yayımlandığı tarih: 27 Mayıs 2022, Sayı: 31848.

Resmi Gazete, 2022b, *Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik*, Yayımlandığı tarih: 15 Haziran 2022, Sayı: 31867.

Romano, M.E., Wahlander, S.B., Lang B.H., Li G. & Prager, K.M., 2009, Mandatory ethics consultation policy, *Mayo Clin Proc.*, 84(7), 581-585.

Sandelowski, M., 2004, Using qualitative research, *Qual Health Res.*, 14(10), 1366-1386.

Sarı, N., 2000, Ethical aspects of Ottoman surgical practice, *T Klin J Med Ethics*, 8(1), 9-14.

Sarı, N., 2015, *Osmanlılarda Tıp Ahlakı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 276-289.

Say, C., 2019, *50 Soruda Yapay Zekâ.* 9. bs., Yedi Renk Basım Yayın ve Filmcilik, İstanbul, 15-148.

SB, 2005, *Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelgesi*, 2005/143, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sharma, B.R., 2006, Clinical forensic medicine in the present day trauma-care system-an overview, *Injury*, 37(7), 595-601.

Simon, A., 2001, Support for ethical dilemmas in individual cases: experiences from the Neu-Mariahilf Hospital in Göettingen, *J Med Ethics*, 27(1):, 18-20.

Singer, P.W., 2009, *Wired for War the Robotics Revolution and Conflict in the 21st Century*, Reprint ed., Penguin Books, New York, US, 55-65.

Singer, P.W., 2015, *Pratik Etik*, Çatlı, N. (çev.), İthaki Yayınları, İstanbul, 9-190.

Slowther, A., Bunch, C., Woolnough, B. & Hope, T., 2001, *Clinical Ethics Support in the UK: A Review of the Current Position and Likely Development*, Nuffield Trust, London, 13-61.

Slowther, A.M., McClimans, L. & Price, C., 2012, Development of clinical ethics services in the UK: A national survey, *J Med Ethics*, 38, 210-214.

Smith, S., 1951, The history and development of forensic medicine, *British Medical Journal*, 3, 599-607.

Smith, S., 1988, The development of forensic medicine and law-science relations, *J Public Law* 3, 305-306.

Soames, S., 2006, *Philosophical analysis*, Encyclopedia of Philosophy, In: Borchert, D.M. (ed. in chief), Volume I, 2nd ed., Thomson Gale, Farmington Hills-Michigan, 144-157.

Sönmez, S. & İlgün, G., 2018, Nitel araştırma yöntemlerinin sağlık hizmetleri bağlamında incelenmesi, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 40(21), 375-399.

Stewart, G.H., 2019, *Legal Medicine*, Wentworth Press, Manchester, 3-6.

Stryker, J., 1996, *Right to die; life after Quinlan*, The New York Times, March 31.

SU-Canada, 2020, Singularity University-Canada, https://sucanada.org/about/, [Ziyaret tarihi: 4 Ocak 2021].

Tapper, E.B., 2013, Consults for conflict: the history of ethics consultation, *Proc: Bayl Univ Med Cent.*, 26(4), 417-422.

Tarzian, A.J., 2013, Health care ethics consultation: An update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies, Update Task Force, *Am J Bioethics*, 13(2), 3-13.

Tarzian, A.J. & Wocial, L.D., 2015, A Code of Ethics for Health Care Ethics Consultants: Journey to the present and implications for the field, *American Journal of Bioethics*, 15(5), 38-51.

TBMM, 2003, *Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun*, Kabul tarihi: 03 Aralık 2003, Kanun No: 5013, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Ankara.

TDK, n.d., *Çözümleme*, Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=80604, [Ziyaret tarihi: 25 Ağustos 2019].

TDK, n.d., *Danışma, danışman, danışmanlık*, Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5d8130ad841488.87046638, [Ziyaret tarihi: 24 Ağustos 2019].

Tepe, H., 2016, *Pratik Etik'-Etiğin Pratik Sorunları*, BilgeSu Yayıncılık, Ankara, 11-80.

Terzioğlu, A., 1995, Dünyada ve ülkemizde tıbbi etik kurulların değerlendirilmesi ışığında bu konuda ileriye dönük düşünceler, *Tıbbi Etik Yıllığı-IV*, İstanbul, 9-18.

Mila-Quebec Artificial Intelligence Institute, 2020, *AI Quebec*, https://ai.quebec/?noredirect=en_CA, [Ziyaret tarihi: 23 Ocak 2020].

TRAI, 2017, *Hakkımızda*, Türkiye Yapay Zekâ İnisiyatifi, https://turkiye.ai/hakkimizda/, [Ziyaret tarihi: 23 Ocak 2020].

Transhumanist PartyCA, 2020, Mission, Transhumanist Party of Canada / La Partie Transhumaniste du Canada, April 2, https://transhumanistparty.ca/, [Ziyaret tarihi: 25 Kasım 2021].

Trompoukis, C. & Lascaratos, J., 2002, Surgical operations during the Ottoman period. Informed consent according to documents of the Ottoman Archives of Crete, *T Klin J Med Ethics*, 10 (Law and History), 163-167.

Tseng, A., n.d., *Health Canada paving the way for more AI/ML medical devices*, Smart & Biggar, https://www.smartbiggar.ca/insights/publication/health-canada-paving-the-way-for-more-ai-ml-medical-devices#:~:text=Since%202018%2C%20Health%20Canada%20has,health%20technologies%2C%20specifically%20medical%20devices, [Ziyaret tarihi: 29 Kasım, 2021].

TTB, 2009a, *Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası* (Dünya Tabirler Birliği), Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 16-17.

TTB, 2009b, *Dünya Tabipler Birliği'nin Uluslararası Hekimlik Etiği*, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 173-174.

TTB, 2009c, *Bütün Ulusal Bakım Sistemleri için Sağlık Bakımı Sunulmasında On İki İlke (Dünya Tabirler Birliği)*, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 18-19.

TTB, 2009d, *Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımlı İntihar Üzerine Bildirgesi,* Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 138-139.

TTB, 2009e, *Dünya Tabipler Birliği Bildirgesi AIDS Hastalarını Tedavi Etmede Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu*, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 63-64.

TTB, 2009f, *Dünya Tabipler Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi*, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 129-131.

TTB, 2009g, *Dünya Tabipler Birliği'nin Yaşlı İstismarı Üzerine Hong Kong Bildirisi,* Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 185-186.

TTB, 2009h, *İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Beyan namesi: DNA Bankası Çerçeve Kuralları, Genetik Danışma Çerçeve Kuralları*, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler: Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler UNESCO, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2. bs., Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 237-249.

Türnüklü, A., 2000, Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: görüşme, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 6(4), 543-559.

Tzafestas, S.G., 2018, Roboethics: Fundamental concepts and future prospects, *Information*, 9(6), 148-173.

UdeM, 2017, *Montréal Declaration for Responsible Development of Artificial Intelligence*, November 3, L'Université de Montréal & Fonds de Recherche du Québec, https://www.montrealdeclaration-responsibleai.com/the-declaration, [Ziyaret tarihi: 3 Haziran 2022].

UK-CEN, 2019, *Clinical ethics committees*, Clinical Ethics Network, http://www.ukcen.net/committees/introduction, [Ziyaret tarihi: 15 Haziran 2020].

UNESCO-COMEST, 2017, *Report of COMEST on Robotics Ethics,* SHS/YES/COMEST-10/17/2 REV, September 14, Paris, 4.

Uysal, C., Karapirli, M. & İnanıcı, M.A., 2011, Osmanlı İmparatorluğunda Adli Tıbbın Kurucusu: Charles Ambroise Bernard, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 25-27.

Valpy, F.E.J., 1828, *An Etymological Dictionary of the Latin Language*, Whittaker, G.B. (ed), Baldwin & Longman, London, 99.

Vilardell, F., 1990, Ethical problems of medical technology, *Bulletin of PAHO*, 24(4), 379-385.

VMC, 1998, History of Forensic Science in Canada: the first forensic lab in Canada, Virtual Museum of Canada, http://www.virtualmuseum.ca/edu/ViewLoitLo.do?method=preview&lang=EN&id=4280, [Ziyaret tarihi: 19 Eylül 2020].

Walker, R.L., 2006, *Bioethics*, Encyclopedia of Philosophy, In: Borchert, D.M. (ed. in chief), Volume I, 2nd ed., Thomson Gale, Farmington Hills-Michigan, 598-605.

Wecht, C.H., 2005, The history of legal medicine, *Am Acad Psychiatry Law*, 33(2), 245-251.

White, M., 2011, The end at the beginning, *Ochsner J*., 11(4), 309-316.

WHO, 2017, *Human Resources for Medical Devices: The Role of Biomedical Engineers*, World Health Organization, Geneva, CH, 21-27.

Williamson, L., McLean, S. & Connell, J., 2007, Clinical ethics committees in the United Kingdom: towards evaluation, *Med Law Int*, 8(3), 221-238.

WMA, 2005, *World Medical Association Statement on Medical Malpractice*, Article 2/a, World Medical Association, https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/, [Ziyaret tarihi: 19 Şubat 2020].

Yarmolinsky, R., 2016, Ethics for ethicists? The Professionalization of clinical ethics consultation, *AMA J Ethics*, 18(5), 506-513.

Yıldırım, A. & Şimşek H., 2018, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 11. bs., Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yıldırım, G, & Kadıoğlu, S., 2007, Etik ve tıp etiği temel kavramları, *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 29(2), 7-12.

Yıldırım, M.K., 2004, *Bilirkişi Delilin Mukayeseli Hukuk ve Türk Hukukundaki Durumu-Baki KURU'ya Armağan*, TBB Yayınları, Ankara, 833-841.

Yıldırım, N., 2009, *Aydınlatılmış onamın Osmanlı Devletindeki öncülleri ve 1897 Türk-Yunan Savaşı yaralılarına ait onam belgeleri: hüsn-i rıza senetleri*, *Tıp Etiğinden Biyoetiğe,* In:

Yorulmaz MedikoLegal, n.d., *Hizmetlerimiz-Adli Bilimler ve Tıbbi Malpraktis Danışmanlığı*, https://www.yorulmazmedikolegal.com/, [Ziyaret tarihi: 10 Mayıs 2019].

Yorulmaz, A.C., 2005, *İstanbul Tabib Odası'na yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıp açısından irdelenmesi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 4-42.

Yüksel, M., 2015, Etik kodlar, ahlak ve hukuk, *Hacettepe HFD*, 5(1), 1-26.

EKLER

EK-1

KLİNİSYENLERE YÖNELİK
AYDINLATILMIŞ ONAM METNİ VE SORU FORMU

Aydınlatılmış Onam

Bu araştırma, *"Bugünün ve Trans-hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Türkiye ve Kanada Düzleminde Araştırma"* başlıklı doktora tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırma; adli tıbbın alt alanı olan "klinik adli tıp" ve tıp etiğinin alt alanı olan "klinik etik" kapsamında yer alması nedeniyle inter-disipliner niteliktedir. Ayrıca, Kanada ile Türkiye karşılaştırması ve her iki ülkeden ilgili uzmanlarla görüşmeleri içermesi nedeniyle de uluslararası ölçekte gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın bu bölümü; Türkiye'de klinisyenlerin yaşadıkları etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların çoğunlukla neler olduğunu, bu sorunların temel neden(ler)ini, bu ikilem/sorunları nasıl çözüme kavuşturduklarını, etik sorun ile tıbbi-adli (mediko-legal) sorunları ne düzeyde ayırt edebildiklerini saptamak üzere gerçekleştirilmektedir. Buradaki amaç; tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddialarında, etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunlarda nasıl bir yaklaşım sergiledikleri ve çözüme yönelik nasıl bir yol izlediklerini, klinikte adli (tıbbi-adli) ve etik danışmanlığa duydukları gereksinimi, danışmanlığın yapı ve işleyiş olarak hangi niteliklerde olması gerektiğine ilişkin önerilerini belirlemektir. Nihai olarak, günümüzde bahsi geçen sorunların çözümüne yardımcı olacak, verilen kararın yasal ve etik açıdan haklı çıkarılabilir olmasını sağlayacak bir klinik etik ve adli danışmanlık/konsültasyon modeli/sistemi geliştirmek amaç edinilmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, katılmama veya görüşme sürecinde araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Görüşme formunda isminiz belirtilmeyecek, kimlik bilgileri de dâhil olmak üzere sizden alınan tüm bilgiler araştırmacıda saklı kalacak, üçüncü kişilerin erişemeyeceği şekilde korunacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımcının bu formu okuduktan sonra özgür iradesi ile araştırmaya katılımı kabul etmesi, aydınlatılmış onam vermiş anlamına gelmektedir. Araştırma, katılımcının yanıtlarına göre yaklaşık olarak 45-80 dakika sürmekte ve derinlemesine görüşme yöntemini içermektedir. Araştırma, koşullara göre yüz yüze, video-konferans ya da e-posta yoluyla yürütülecektir. Herhangi bir sorunuz olursa araştırmacıya ulaşmaktan lütfen çekinmeyiniz. Şimdiden teşekkürlerimizi sunar, katılımınızı umut ederiz.

Saygılarımla,

Soru Formu

1. Mesleki uygulamalarınızda en çok yaşadığınız/tanık olduğunuz etik ikilem/sorun ya da vermekte en çok zorlandığınız karar hakkında bilgi verebilir misiniz?
2. Sizce, yaşanan etik ikilem/sorunun ya da karardaki zorluğun temel nedeni ne olabilir?
3. Etik ikilem/sorun yaşadığınızda ya da zorlandığınız bir karar aşamasında çözüm için nasıl bir yol izlediniz/izliyorsunuz? Etik ikilem/sorun yaşamamak ya da verdiğiniz kararın etik açıdan haklı çıkarılabilir olması adına nelere dikkat ediyorsunuz?
4. "Mesleki yaşamınızda tıbbi-adli (mediko-legal) sorun yaşadınız mı ya da tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasına maruz kaldınız mı? Sizce tıbbi-adli sorunların başlıca nedenleri neler olabilir?"
5. Tıbbi-adli sorun (açılan bir davaya savunma ya da mütalaa hazırlama, tanıklık, görüş bildirme gibi), tıbbi uygulama hatası (malpraktis) davası ya da iddiası ile üst mercie şikâyet gibi olgularda nasıl bir yol izlediniz/izlersiniz? Tıbbi-adli (mediko-legal) sorun yaşamamak ve tıbbi uygulama hatası iddialarına maruz kalmamak adına nelere dikkat ediyorsunuz?
6. Alanyazında (literatür) ülkemizde son yıllarda **tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiaları**ndan mustarip olan klinisyenlerin, bu tür iddialardan olabildiğince uzak kalmak amacıyla defansif tıbba yöneldiği bildirilmektedir. Bir klinisyen olarak ileride herhangi bir sorun yaşamamak adına tıbbi uygulamadan önce ya da uygulama sürecinde adli tıp uzman görüşüne başvuruyor musunuz ya da defansif tıbba mı yöneliyorsunuz?
7. Fakültemizde adli ve klinik etik danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir bir şekilde verildiğini düşünelim. Sizce böyle bir danışmanlık sistemi/modeli faydalı olabilir mi ve sürdürülebilir olması adına nasıl verilmelidir; önerilerinizi paylaşabilir misiniz?
8. Batılı ülkelerde özellikle yaşam sonu, uzuv ya da işlev kaybı gibi yaşamın niteliğini geri dönüşümsüz şekilde etkileyen zor kararlar -nihai karar hasta/hasta yakınının olsa da- hasta-hasta yakını, hekim, bakım ekibi, (danışmanlık alınmışsa) klinik etik ve adli danışmanla birlikte verilerek, sorumluluk paylaşılmaktadır. "Paylaşılmış sorumluluk" hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Sorularımız burada sona eriyor, eklemek istedikleriniz varsa, lütfen belirtiniz! Katılımınız, vaktiniz, değerli katkılarınız ve anlamlı yardımınız için çok teşekkür ederim.

EK -2

TO CLINICAL ETHICS CONSULTANTS
INFORMED CONSENT & QUESTION FORM

Informed Consent

We would like to invite you to participate in an interview about your experience -particular your thoughts, perceptions and assessments- regarding ethical dilemmas/issues arising from medical practice in clinic, analyzing and offer solutions to them and clinical ethics consultation. This multidisciplinary and international research is carried out in Canada as part of the doctoral thesis entitled *"Forensic and Clinical Ethics Consultation in Medicine Today and in the Future Shaped with Transhumanism: A Research Conducted in Canada and Turkey"*. In this part of the research; the objectives are to identify the ethical dilemmas/issues rising from clinical practice at most; detect the advantages of clinical ethics consultation for analyzing the ethical dilemmas/issues, and offering solutions to them; detect the advantages of clinical ethics consultation individually provided comparing with clinical ethics committees; determine the most convenient decision-making framework or develop a new one; determine the procedures and process for decision-making ethically justified and compatible with health law and legal rules and/or regulations in medicine today. The ultimate aim in this research is to develop a new consulting system/model in which clinical ethics and clinical forensic/medico-legal consultation provided together and separately specific to the case at the same health care institution in medicine today and in the future.

There is no obligation to participate in the research. If you choose to participate, you are free to withdraw at any time without prejudice. The information provided from you will be kept confidential, nobody other than the researcher will have access to the information. The interview data will be stored using the identification codes only, and your anonymity will also be safeguarded in any publication of the results of the research. The data will be used solely for the purpose of this research and the relevant publication.

By deciding to perform in the interview of your own free will, or completing and returning the attached questionnaire, you are automatically also consenting to participate in the research it. Should you agree to participate in this interview, it may take 60-90 minutes to complete at a time that is convenient for you. This research will be carried out by video-conference or email depending on your choice. Should you require any further information or have any concerns, please do not hesitate to contact the researcher by email or by phone. We would be grateful, if you would provide us to receive your decision or complete the interview as soon as it is possible for you. We greatly value your cooperation and, thank you for your time, interest and consideration.

Yours Sincerely,

Question Form

1. What does the concept of "clinical ethics consultation" mean to you, could you explain its meaning by means of a metaphor or an analogy?
2. Which ethical dilemmas/issues rising from clinic practice mostly do necessitate clinical ethics consultation? Could you describe the ethical dilemma/issue that has been the most difficult or affected you in your professional life?
3. Could you explain what the procedures and process you follow and decision-making framework you use are, while providing clinical ethics consultation for an ethical dilemma/issue?
4. There are different decision-making frameworks such as YODA and IDEA in (ten) provinces of Canada, what do you think about the main reason for the use of different decision-making frameworks in a country?
5. Could each bioethicist/medical ethicist become a clinical ethics consultant at the same time? Which qualifications are unique and skills are key to be a clinical ethics consultant?
6. What are the advantages and disadvantages of clinical ethics consultation individually provided in health care by comparing with provided consultation by clinical ethics committees?
7. Could the collaboration of clinical ethics consultant with clinical forensic/medico-legal consultant or vice versa be beneficial for analyzing especially "ethico-legal issue"s and making a decision ethically and legally justified?
8. What do you suggest us while establishing a "consultation unit" or a "consultation center" in which clinical ethics and clinical forensic/medico-legal consultation in a new model involving a systematic, sustainable and an organizational system, provided separately and together specific to the case?

There is not any further question, please feel free to add any information you would deem useful to the research. Thank you for your participation, precious contribution, consideration, interest, time and meaningful help.

EK-3

FOR CLINICAL FORENSIC CONSULTATION
INFORMED CONSENT & QUESTION FORM

Informed Consent

We would like to invite you to participate in an interview about your experience -particular your thoughts, perceptions and assessments- regarding clinical forensic medicine in the context of medico-legal and ethico-legal issues, medical malpractice and negligence claims arising from clinical practice; analyzing them, providing guidance and offer solutions to them and clinical forensic/medico-legal consultation. This multidisciplinary and international research is carried out in Canada and Turkey as part of the doctoral thesis entitled *"Forensic and Clinical Ethics Consultation in Medicine Today and in the Future Shaped with Transhumanism: A Research Conducted in Canada and Turkey"*.

In this part of the research; the objectives are to detect the requirements for "clinical forensic consultation" in order to analyze and solve medical malpractice claims, medico-legal problems and ethico-legal issues arising from the physician's medical professional work at clinical practice in medicine today; identify procedures and methods for the sustainability of the clinical forensic consulting; offer solutions for the medico-legal and ethico-legal issues. The ultimate aim of the research is to detect the requirement for "clinical forensic consultation" in clinical practice in Canada and Turkey; determine the possibility of providing the service together with clinical ethical consultation regarding the case at the same health care institution; develop a new model involving a new process for clinical forensic and ethics consultation together, and provide assistance/guidance to physicians and health care institutions about medico-legal and ethico-legal, ethical and issues and claims.

There is no obligation to participate in the research. If you choose to participate, you are free to withdraw at any time without prejudice. The information provided from you will be kept confidential, nobody other than the researcher will have access to the information. The interview data will be stored using the identification codes only, and your anonymity will also be safeguarded in any publication of the results of the research. The data will be used solely for the purpose of this research and the relevant publication.

By deciding to perform in the interview of your own free will, or completing and returning the attached questionnaire, you are automatically also consenting to participate in the research it. Should you agree to participate in this interview, it may take 60-90 minutes to complete at a time that is convenient for you. This research will be carried out by video-conference or email depending on your choice.

Should you require any further information or have any concerns, please do not hesitate to contact the researcher by email or by phone. We would be grateful, if you would provide us to

receive your decision or complete the interview as soon as it is possible for you. We greatly value your cooperation and, thank you for your time, interest and consideration.

Yours Sincerely,

Question Form

1. Concept of "clinical forensic medicine" is not well known as a sub-discipline and practice area of forensic/legal medicine, forensic sciences, in Turkey. Could you give information about the meaning and scope of "clinical forensic medicine" in short?

2. When you compare forensic medicine expertise, clinical forensic consultant and medico-legal consultant to each other, in your opinion, what are the main similarities and differences between them?

3. Which issues do mostly have medical-legal characteristic but not been submitted to the court yet or cases require expert opinion about legal medicine in clinic practice?

4. Which issues submitted to the court do mostly require an expert opinion or consultancy about legal medicine or medico-legal specialty?

5. Could you explain the process and method you follow to solve the issues and provide guidance to the physician or patient to need your opinion?

6. In Turkey, physicians are anxious about the subject of medical malpractice claims. Physicians, especially surgeons, are anxious about being subject of medical malpractice claims or litigation. Therefore, they prefer to apply aggressive to treatment and thus defensive medicine advice. And so some of the physicians, especially surgeons, get forensic physician's opinion before medical/clinical practice or important/difficult decisions. Could you share your thoughts about this matter and would you see the similar situation in Canada?

7. Could the collaboration of clinical forensic/medico-legal consultant with clinical ethics consultant or vice versa be beneficial for analyzing especially "ethico-legal issue"s and making a decision ethically and legally justified?

8. What do you suggest us while establishing a "consultation unit" or a "consultation center" in which clinical ethics and clinical forensic/medico-legal consultation in a new model involving a systematic, sustainable and an organizational system, provided separately and together specific to the case?

There is not any further question, please feel free to add any information you would deem useful to the research. Thank you for your participation, precious contribution, consideration, interest, time and meaningful help.

KLİNİK ADLİ DANIŞMANLIĞA YÖNELİK AYDINLATILMIŞ ONAM METNİ VE SORU FORMU

Aydınlatılmış Onam

Bu araştırma, *"Bugünün ve Trans-hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Türkiye ve Kanada Düzleminde Araştırma"* başlıklı doktora tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırma; adli tıbbın alt alanı olan "klinik adli tıp" ve tıp etiğinin alt alanı olan "klinik etik" kapsamında yer alması nedeniyle inter-disipliner, Kanada ile Türkiye karşılaştırması ve her iki ülkeden ilgili uzmanlarla görüşmeleri içermesi nedeniyle de uluslararası nitelik taşımaktadır.

Araştırmanın bu bölümünde Kanada ve Türkiye'de adli bilim/tıp uzman görüşü gerektiren davaların yanı sıra tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddialarında, tıbbi-adli (mediko-legal) nitelikte olup yargıya intikal etmemiş vakalarda ve etiko-legal sorunlarda "klinik adli danışmanlığa" duyulan gereksinimi ortaya koymak; klinik adli /tıbbi-adli danışmanlık hizmetinin ülkemizde sistematik, kurumsal ve sürdürülebilir nitelikte sunulabilmesi adına uygun model, işleyiş ve yöntemi belirlemek/geliştirme hedeflenmektedir. Araştırmanın amacı ise klinik adli danışmanlığa yeni bir yorum getirerek Kanada ve Türkiye'de yeni bir klinik adli ve etik danışmanlık modeli geliştirmek; bu hizmete duyulan gereksinimi ve hizmetin vaka özelinde klinik etik danışmanlık ile birlikte aynı çatı altında sunulmasına ilişkin olanaklılığı saptamak; hekim ve sağlık kurumuna tıbbi-adli ve etiko-legal sorunlarda yardımcı olabilmektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, katılmama veya görüşme sürecinde araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Görüşme formunda isminiz belirtilmeyecek, kimlik bilgileri de dâhil olmak üzere sizden alınan tüm bilgiler araştırmacıda saklı kalacak, üçüncü kişilerin erişemeyeceği şekilde korunacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katılımcının bu formu okuduktan sonra özgür iradesi ile araştırmaya katılımı kabul etmesi, aydınlatılmış onam vermiş anlamına gelmektedir. Araştırma, katılımcının yanıtlarına göre yaklaşık olarak 60-75 dakika sürmekte ve derinlemesine görüşme yöntemini içermektedir. Araştırma, koşullara göre yüz yüze, video-konferans ya da e-posta yoluyla yürütülecektir.

Herhangi bir sorunuz olursa araştırmacıya ulaşmaktan lütfen çekinmeyiniz. Şimdiden teşekkürlerimizi sunar, katılımınızı umut ederiz.

Saygılarımla,

Soru Formu

1) "Klinik adli tıp" size ne ifade ediyor, bir metafor ya da analojiyle açıklayabilir misiniz?

2) Adli tıp uzmanlığı, adli tıp bilirkişiliği ve tıbbi-adli (mediko-legal) danışmanlığı karşılaştırdığınızda, aralarındaki temel benzerlik ve farklılıklar nelerdir, açıklayabilir misiniz?

3) Klinikte ortaya çıkan ancak yargıya intikal etmemiş tıbbi-adli (mediko-legal) nitelikteki sorunlar ya da adli tıp uzman görüşü gerektiren vakalar en çok hangi alan ve konularla ilgili oluyor, bilgi verebilir misiniz?

4) Yargıya intikal etmiş ve sizin danışmanlığınızı/görüşünüzü gerektiren vakalar/davalar en çok hangi alan ve konularda oluyor, bilgi verebilir misiniz?

5) Söz konusu sorun ya da vakalarda sizden görüş istendiğinde, nasıl bir yol izliyorsunuz; uyguladığınız yöntem ve süreci kısaca açıklayabilir misiniz?

6) Ülkemizde son yıllarda tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddialarından mustarip olan klinisyenler, bu tür iddialardan olabildiğince uzak kalmak amacıyla defansif tıbbi uygulamalara yönelmektedir. Bu noktada, klinisyenler ileride herhangi bir sorun yaşamamak adına tıbbi uygulamadan önce ya da uygulama sürecinde sizin görüşlerinize başvuruyorlar mı?

7) Tıbbi-adli sorunların etik ikilemlerle kesiştiği noktada ya da bu sorunların hukuka ve etiğe uygun çözümünü sağlamak adına adli tıp uzmanı ile klinik etik uzmanının iş birliği yapması sizce faydalı olur mu, neden?

8) Ülkemizde klinik etik ve adli danışmanlık hizmetinin aynı çatı altında kurumsal, sistematik ve sürdürülebilir olarak verildiği bir sistem/model geliştirdiğimizi düşünelim. Bu sistemin/modelin işlevsel ve sürdürülebilir olabilmesi adına bize önerileriniz neler olur?

Sorularımız burada sona eriyor, eklemek istedikleriniz varsa, lütfen belirtiniz!

Katılımınız, vaktiniz, değerli katkılarınız ve anlamlı yardımınız için çok teşekkür ederiz.

EK-4

TO BIOMEDICAL ENGINEERS

INFORMED CONSENT & QUESTION FORM

Informed Consent

We would like to invite you to participate in an interview regarding your thoughts and assessments about the current and potential impacts of advances in biomedical technology such as the fields of artificial intelligence, robotics, bio-nanotechnologies, genetics or biomedical engineering today and in the future. This multidisciplinary and international research is carried out in Canada and Turkey as part of the doctoral thesis entitled *"Forensic and Clinical Ethics Consultation in Medicine Today and in the Future Shaped with Transhumanism: A Research Conducted in Canada and Turkey"*. In this part of the research; the objectives are to identify the thoughts of biomedical engineers, working in Canada or Turkey, about biomedical technologies today and in the future; to bring light the thoughts of biomedical engineers, as "designers of the future", about the risks and benefits of these technologies; to detect their expectations and concerns regarding these technologies today and in the future; to ascertain their thoughts and awareness level on trans-humanism and futurism; to set forth their prediction on medicine of the future in the context of the patient, physician, disease, approach and philosophy of the future medicine; to detect the potential medico-legal, ethical and ethico-legal issues arising from the use of these technologies in medicine today and in the future. The ultimate aim of the research is to detect biomedical engineers, as one of the parties building the future of medicine, not having dystopian fictions that may lead existential/ ontological harm to humanity, reveal their intellectual similarities with other groups of the research, and thus offer solutions to the potential medico-legal, ethical and ethico-legal issues arising the use of these technologies in medicine today and in the future together providing interaction among all groups.

There is no obligation to participate in the research. If you choose to participate, you are free to withdraw at any time without prejudice. The information provided from you will be kept confidential, nobody other than the researcher will have access to the information. The interview data will be stored using the identification codes only, and your anonymity will also be safeguarded in any publication of the results of the research. The data will be used solely for the purpose of this research and the relevant publication.

By deciding to perform in the interview of your own free will, or completing and returning the attached questionnaire, you are automatically also consenting to participate in the research it. Should you agree to participate in this interview, it may take 60-75 minutes to complete at a time that is convenient for you. This research will be carried out by video-conference or email depending on your choice.

Should you require any further information or have any concerns, please do not hesitate to contact the researcher by email or by phone. We would be grateful, if you would provide us to receive your decision or complete the interview as soon as it is possible for you. We greatly value your cooperation and, thank you for your time, interest and consideration.

Yours Sincerely,

Question Form

1) What does technology, biomedical technology or biomedical advancement mean to you, could you explain its meaning by means of a metaphor or an analogy?
2) What do you think about the recent advances such as electronic health records, tele-medicine, cyborg, humanoid and so forth in biomedical technologies? Could you share your expectations and concerns about them and the future?
3) What are the risks and benefits of the recent biomedical technologies? In your opinion, how to reduce/prevent these risks?
4) Would we consider that humanistic medicine loses "humanistic characteristics and values" because of the advanced biomedical technologies? I mean, in your opinion, would the values in medicine today change and humanistic medicine turns into trans-humanistic medicine in the (near) future?
5) Could you explain your opinion on the potential patient, physician, hospital, disease, approach, and/or treatment methods in the future?
6) What do you think about "human enhancement" by means of biomedical technologies? Would "human enhancement" harm the essence of human being?
7) Could the current health law, policies, and ethical principles consist of biomedical technologies in medicine, and offer a solution to the ethical issues/dilemmas and medico-legal problems arising the use of advanced biomedical technologies in medicine?
8) If you have an active role for developing law and policies, especially health law or health care policies, what would be your priority/priorities in order to design a "better world"?

There is not any further question, please feel free to add any information you would deem useful to the research. Thank you for your participation, precious contribution, consideration, interest, time and meaningful help.

BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLERE YÖNELİK AYDINLATILMIŞ ONAM METNİ VE SORU FORMU

Aydınlatılmış Onam

Bu araştırma, *"Bugünün ve Trans-hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Türkiye ve Kanada Düzleminde Araştırma"* başlıklı doktora tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırma; adli tıbbın alt alanı olan "klinik adli tıp" ve tıp etiğinin alt alanı olan "klinik etik" kapsamında yer alması nedeniyle inter-disipliner, Kanada ile Türkiye karşılaştırması ve her iki ülkeden ilgili uzmanlarla görüşmeleri içermesi nedeniyle de uluslararası nitelik taşımaktadır.

Araştırmanın bu bölümü Kanada ya da Türkiye'de görev yapan biyomedikal mühendislerin günümüz ve geleceğin biyomedikal teknolojilerine ilişkin fikirlerini saptamak, "geleceğin tasarımcı"ları olarak bu teknolojilerin risk ve faydalarına ilişkin düşüncelerini ortaya koymak, bu teknolojilere ve geleceğe dair beklenti ve kaygılarını saptamak; trans-hümanizm ve fütürizme dair düşüncelerini ve farkındalık düzeylerini anlamak; geleceğin tıbbına ve bu bağlamda geleceğin hastası, hekimi, hastalıkları, yaklaşımları ve tıp felsefesine dair öngörülerini öğrenmek; geleceğin tıbbında yaşanması olası tıbbi-adli (mediko-legal), etiko-legal ve etik sorunlara dair uzgörülerini ve çözüm önerilerini saptamak hedefiyle yapılmaktadır. Araştırmanın nihai amacı ise geleceğin tıbbını inşa eden taraflardan biri olarak biyomedikal mühendislerin insanlığa varoluşsal zarar verebilecek distopik kurgulardan uzak olduklarını ortaya koymak böylece araştırma yapılan diğer gruplarla düşünsel düzlemde benzerliklerini saptayıp, gruplar arası etkileşimle günümüzün ve geleceğin olası tıbbi-adli, etik ve etiko-legal sorunlarına birlikte çözüm önerileri sunabilmektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olup, katılmama veya görüşme sürecinde araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz. Görüşme formunda isminiz belirtilmeyecek, kimlik bilgileri de dâhil olmak üzere sizden alınan tüm bilgiler araştırmacıda saklı kalacak, üçüncü kişilerin erişemeyeceği şekilde korunacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katılımcının bu formu okuduktan sonra özgür iradesi ile araştırmaya katılımı kabul etmesi, aydınlatılmış onam vermiş anlamına gelmektedir. Araştırma, katılımcının yanıtlarına göre yaklaşık olarak 60-75 dakika sürmekte ve derinlemesine görüşme yöntemini içermektedir. Araştırma, koşullara göre yüz yüze, video-konferans ya da e-posta yoluyla yürütülecektir. Herhangi bir sorunuz olursa araştırmacıya ulaşmaktan lütfen çekinmeyiniz. Şimdiden teşekkürlerimizi sunar, katılımınızı umut ederiz.

Saygılarımla,

Soru Formu

1) Teknoloji, biyoteknoloji, biyomedikal teknoloji ya da biyomedikal gelişmeler size ne ifade ediyor, bir metafor veya analoji ile açıklayabilir misiniz?

2) Elektronik sağlık kayıtları, tele-tıp, sayborg, insansı robotlar (*humanoid*) gibi biyomedikal teknolojilerdeki nihai gelişmeler hakkında ne düşünüyorsunuz? Bunlarla ve gelecekle ilgili beklenti ve kaygılarınızı paylaşabilir misiniz?

3) Günümüzde üretilen ve kullanılan biyomedikal teknolojilerin risk ve faydaları nelerdir? Sizce bu riskler nasıl azaltılabilir / önlenebilir?

4) İleri biyomedikal teknolojiler nedeniyle hümanist tıbbın "hümanist özelliklerini ve değerlerini" kaybettiğini düşünebilir miyiz? Sizce bugünün hümanist tıbbı (yakın) gelecekte trans-hümanist tıbba dönüşebilir mi?

5) Geleceğin potansiyel hastası, hekimi, hastanesi, hastalıkları, yaklaşımları ve/veya tedavi yöntemleri hakkında ne düşünüyorsunuz, bizimle paylaşabilir misiniz?

6) Biyomedikal teknolojiler aracılığıyla "insanın geliştirilmesi" (*human enhancement*) hakkında ne düşünüyorsunuz? "İnsanın geliştirilmesi", insanın özüne/doğasına zarar verir mi?

7) Mevcut sağlık hukuku, politikaları ve etik ilkeleri biyomedikal teknolojileri kapsayıcı nitelikte midir ve bu teknolojilerin tıpta kullanımından kaynaklanan etik sorunlara/ikilemlere ve tıbbi-adli sorunlara yanıt verebilir nitelikte midir?

8) Geleceğin, özellikle sağlık hizmetleriyle ilgili, yasa ve politikalarının geliştirilmesinde aktif bir rolünüz olsaydı, "daha iyi bir dünya" tasarımı için önceliğiniz/öncelikleriniz neler olurdu?

Sorularımız burada sona eriyor, eklemek istedikleriniz varsa, lütfen belirtiniz! Katılımınız, vaktiniz, değerli katkılarınız ve anlamlı yardımınız için çok teşekkür ederiz.

EK-5

YODA* Principle-Based Ethics Framework

YOU

Steps For Thinking Through An Ethical Issue

Ethics Is Everyone's Responsibility

OBSERVE	
Identify the Problem	What is causing the uneasiness? Speak with your manager, direct supervisor and/or the physician.
Acknowledge Feelings	What are your intuitions? What does your conscience tell you?
Gather the Facts	Separate legal, clinical and ethical facts. Review professional standards, relevant legal information and hospital policies. Who else needs to be involved?
DELIBERATE	
Consider Alternatives	List the benefits and risks of each alternative. Have any new alternatives come to light?
Examine Values	What are the relevant values of each stakeholder? Examples: respect, teamwork, compassion and social responsibility
Evaluate Alternatives	Which ethics principles are operative? Examples: respect autonomy, do no harm, foster what is good for the patient and promote social justice
Articulate the Decision	Which alternative best reflects the values and principles.
ACT	
Implement the Plan	How will the decision be documented and communicated? Who needs to act? What follow-up is needed?
Perform a Concluding Review	How can we do things differently in future similar cases? What additional resources and/ or training would be useful?

A copy of the **Health Ethics Guide** is available on the intranet.

Patient Advocacy – patient.advocate@hdgh.org x74404
Shannon Tompkins, Legal & Risk – Shannon.Tompkins@hdgh.org x73800

*Developed in partnership with the Centre for Clinical Ethics

EK-6

GREAT | A principle-based ethical decision-making framework

UNITY HEALTH TORONTO

A framework for making GREAT decisions at Unity Health Toronto

GATHER

1. Get background information

- What is the issue, question, or decision at hand?
- What is the background or context of our decision?
- What is the timeline for our decision and action?
- Have we engaged the relevant stakeholders?

2. Identify initial judgments

- Which values or principles may be relevant to this issue or decision (e.g., legal requirements, ethical principles, college policies)?
- Are there any systemic barriers or inequities we should be mindful of in our decision-making?
- What guidance does the Health Ethics Guide provide on this issue?
- What does our conscience or "gut" tell us to do?

REFINE

3. Distill judgments

- Are there unspoken feelings or biases that might be influencing our initial judgments (e.g., habits, prejudices)?
- Are there any "red flags" that should inform our decision-making?
- Which particular values or principles deserve priority in our decision-making?

4. Name the options

- What are our options?
- Which options are compatible with each other?
- Which options are incompatible with each other?

EVALUATE

5. Assess the options

- What are the primary risks and benefits of each option and who do they affect?
- Can any options be ruled out on risk/benefit grounds?
- Which options are most consistent with the priority values or principles named earlier?
- Keeping in mind the risks, benefits, values, and principles, and the interests of stakeholders, which is the overall best option (or set of options)?
- Which options best respond to any relevant systemic barriers or inequities?

6. Reflect on organizational values

- Is the chosen course of action consistent with our commitment to:
  - human dignity?
  - compassion?
  - excellence?
  - community?
  - inclusivity?

If this is an organizational decision, consider using the "Reflection Tool for Organizational Decision-making".

ACT WITH TRANSPARENCY

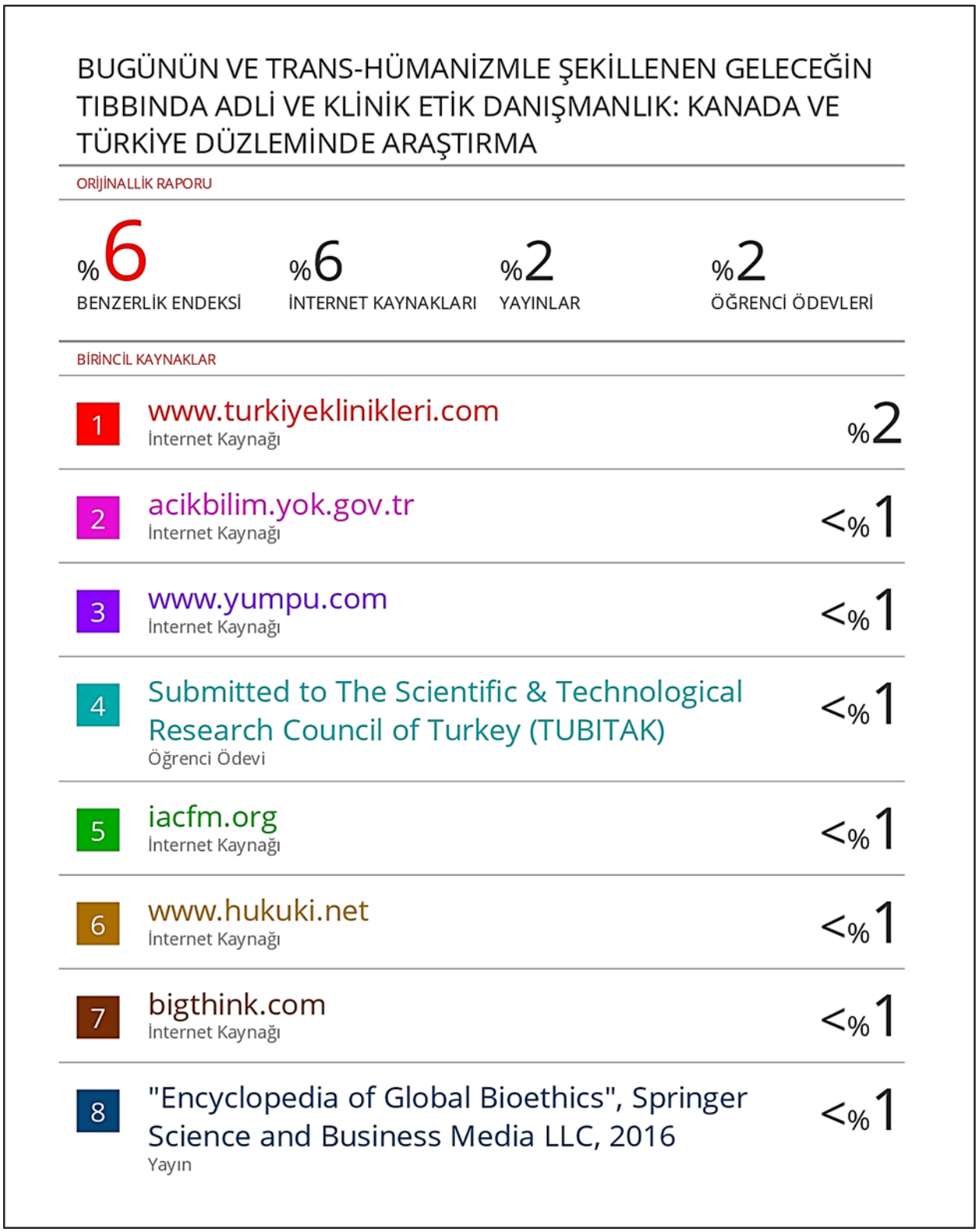
7. Articulate the choice

- What is our decision?
- What is our plan for following through on and carrying out our decision?
- What is our plan for communicating our decision and rationale to the relevant stakeholders?

8. Reflect and learn

- Through what venue or process may stakeholders offer us feedback on our decision or action?
- Is there a future opportunity for us to revisit or reflect on this decision, including what went well, what could have gone better, and how we might proceed differently in the future?

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



BUGÜNÜN VE TRANS-HÜMANİZMLE ŞEKİLLENEN GELECEĞİN TIBBINDA ADLİ VE KLİNİK ETİK DANIŞMANLIK: KANADA VE TÜRKİYE DÜZLEMİNDE ARAŞTIRMA

ORİJİNALLİK RAPORU

%6	%6	%2	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
3	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
5	iacfm.org İnternet Kaynağı	<%1
6	www.hukuki.net İnternet Kaynağı	<%1
7	bigthink.com İnternet Kaynağı	<%1
8	"Encyclopedia of Global Bioethics", Springer Science and Business Media LLC, 2016 Yayın	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Gamze NESİPOĞLU
(İmza)

Tarih ve Sayı: 08.11.2022-483863

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

(2011-KAEK-55)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Bugünün ve Trans-hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Kanada ve Türkiye Düzleminde Araştırma**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	A-19 (07.12.2018 Tarih ve 106548 Sayılı Etik Kurul Kararı

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**
	AÇIK ADRESİ:	**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul**
	TELEFON	+90 (212) 414 30 00/60131-60132
	E-POSTA	kliniketik@iuc.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Araş.Gör.Uzm.Gamze Nesipoğlu**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Tıp Tarihi ve Etik**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı**			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	—			
	DOKTORA TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	**DOKTORA TEZİ☒**		**AKADEMİK AMAÇLI**	
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz: Derinlemesine görüşme (Nitel Araştırma)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL	ULUSLARARASI ☒

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak doğrulaması https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-cerrahpasa-ebys?eD=BSLM3E1J02&eS=483863 adresinden yapılabilir.

Tarih ve Sayı: 08.11.2022-483863

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

(2011-KAEK-55)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Bugünün ve Trans-hümanizmle Şekillenen Geleceğin Tıbbında Adli ve Klinik Etik Danışmanlık: Kanada ve Türkiye Düzleminde Araştırma**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	☒		TÜRKÇE
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		TÜRKÇE/İNGİLİZCE
	OLGU RAPOR FORMU	-		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-		

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	-	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	-	
	İLAN	-	
	YILLIK BİLDİRİM	-	
	SONUÇ RAPORU	-	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER:	☒	

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No: 252	**Tarih: 05.07.2022**
	Araş.Gör.Uzm.Gamze Nesipoğlu yürütücülüğünde 04.12.2018 tarihinde etik kurul onayı almış olan yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyasında,çalışma başlığın değiştirilmesi ve danışmanın Prof.Dr.Gökhan Oral olması talebi ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	**İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu**
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mehmet Sarper ERDOĞAN (Başkan)

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım *	
Prof. Dr. Mehmet Sarper ERDOĞAN (Başkan)	Halk Sağlığı	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Semra ÖZDEMİR (Başkan Yard.)	Biyofizik	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel (Raportör)	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H
Prof. Dr. Sibel ÖZYAZGAN	Tıbbi Farmakoloji	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Halil Koyuncu	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Dış üye	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Şükrü Öztürk	İç Hastalıkları	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Kerem Erkalp	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-Kardiyoloji Enstitüsü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Ayşe Ayzıt KILINÇ SAKALLI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☒	H
Dr.Öğr.Üye.Ahmet ÖZDİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Dr.Serdar Şirazi	Avukat	Dış Üye	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H ☐
Muhamet Fethi Aslaner	Sivil Üye	İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☒	H

Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 11 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.
"Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında çalışmaya katılan gönüllülerin verilerinin korunması ile ilgili tedbirleri almak Araştırmacının sorumluluğundadır"

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak doğrulaması https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-cerrahpasa-ebys?eD=BSLM3E1J02&eS=483863 adresinden yapılabilir.