

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında etik^{*}

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesinden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümünde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi ve Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerini sunanlar ile sağlık hizmetlerini alanların ya da yakınlarının beklentileri-değerleri arasındaki farklılıklardan doğan ikilemleri çözümlenmemiz için bize yön gösteren yol levhaları gibi işlev gören Tıp Etiğinin “4 Temel İlkesi” vardır ki, bu ilkeler Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları açısından da geçerlidir: 1) Yararlılık 2) Zarar vermeme 3) Adalet 4) Özerkliğe saygı (1,2). GETAT uygulamalarının etik boyutunu değerlendirebilmek için öncelikle şu soruların cevaplarının verilmesi gerekmektedir: “Yapılan GETAT uygulaması hastanın yararına mıdır?” (Yararlılık ilkesini ihlâl ediyor mu?), “Yapılan GETAT uygulamasının hastaya zarar vermeyeceğinden emin olabilir miyiz?” (Zarar vermeme ilkesini ihlâl ediyor mu?), “Yeterli bilgilendirme yapılarak hastanın rızası alınmış mıdır?” (Özerkliğe saygı ilkesi ihlâl edilmiş midir?) Bu hususları tıp etiğinin temel ilkeleri açısından inceleyelim:

Yararlılık İlkesi Açısından

Hekimlerin hastalarını tedavi ederken uymaları gereken ilk ilke “Yararlılık İlkesi”dir. Yapılan tüm tıbbi eylemlerin mutlaka yararlı olması zorunluluğu vardır. İşte bu noktada etik tartışma başlanmaktadır: “GETAT uygulamaları hastanın yararına mıdır?” sorusunun cevabının verilebilmesi için hasta yararının ne olduğunun iyi irdelenmesi gerekir. Eskiden

hastaları taburcu ederken hastalığın sonucunu ayırt etmek için hekimlerin kullandığı iki kavram vardı: Şifa ve *Salah*. Şifa, hastalığın tamamen son bulması; salah ise hastanın kısmen iyileşerek tam şifa bulmadan taburcu edildiği anlamında idi. Klasik tıbbın bugün akut hastalıklardaki başarısı inkâr edilemez. Ancak kronik hastalıkları tümenden iyileştirme (şifa) yönünde klasik tıbbın akut hastalıklarda olduğu kadar başarılı olduğunu iddia etmemiz mümkün değildir. *Salah* halinin yani kısmen iyileştirmenin hasta yararına olduğunu kabul ettiğimiz andan itibaren GETAT uygulamalarından da hastaların yarar gördüğünü (en azından hastaların beyanlarına dayanarak) söylememiz mümkündür.

GETAT Karşıtlığı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de klasik tıp uygulayıcılarının içinde GETAT uygulamalarına tümüyle karşı olanlar vardır. Bunların temel görüşü GETAT uygulamalarının *bilim dışı olduğu ve kanıta dayalı olmadığı* yönündedir. GETAT karşıtlarının başında Türk Tabipleri Birliği (TTB) gelmektedir. GETAT Yönetmeliği yayımlandıktan üç yıl sonra TTB adına yayımlanan TTB Etik Kurulunun görüş yazısında “*Bilimsel bilgi olarak ortaya konamamış GATSU...*” şeklinde değerlendirme yaparken bile kısaltmayı GETAT yerine GATSU şeklinde kullanılmaktadır. Bunun gerekçesini ifade ederlerken “*modern tıbbı karşı olduğu, onun yerine geçmeyi hedeflediği al-*

gısını pekiştirerek toplumda ve sağlık ortamında meşruiyetini sorgulatmamak için (GETAT Yönetmeliğinde) “*Alternatif Tıp’ teriminin kullanılmadığını*” belirterek kendilerinin özellikle “Alternatif” terimini kullanmak amacıyla “Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları” dediklerini ve GATSU olarak kısalttıklarını açıklamaktadırlar. Böylece GETAT uygulamalarının aslında modern tıbbın alternatifi olma amacında olduğu tezini ispatlama gayreti ile karşı duruşlarını gerekçelendirmektedirler (3). Bu konuda tipik örneklerden biri de Türk Toraks Derneğinin 2014 yılında henüz taslak halindeki GETAT Yönetmeliği hakkındaki bildirisinde şu ifadelerle yer verilmektedir: “*TTD Göğüs Hastalıkları uzmanlık alanımızda bu yasa taslağının kabul edilip yürürlüğe girmesi durumunda astım, tütün bağımlılığı, üst ve alt solunum yolları infeksiyonları gibi hastalıkların tanı ve tedavisinde gecikmelere, yaşamı tehdit edebilecek olumsuz sonuçlara yol açabileceği tartışılmazdır* (4).”

Öncelikle tütün bağımlılığı konusunda GETAT uygulamalarının başarısının, TTD'nin kabul ettiği bilimselliği kanıtlanmış tedavilerden daha az olduğu ve bu uygulamaların hasta yararına olmadığı hangi kanıta dayanarak iddia edilebilmektedir; hem de “tartışılmaz” hükmü ile. Bilim, hiçbir bilgiyi mutlak doğru olarak kabul edemez. Ancak bilimsel anlamda yanlışlığı ispatlanıncaya kadar doğru kabul edilen bilgiler vardır. Daha on beş-yirmi yıl önce doğru kabul ettiğimiz



tedavi metotlarını bugün artık tamamen yanlış olarak nitelendirdiğimiz örnekler hiç de az değildir. Yine astım tedavilerinde şifa yerine sürekli ilaçlarla yaşamını sürdürmek zorunda kalan hastaların en azından belli sürelerle ilaca ihtiyaç duymadan rahatlayabildiği GETAT uygulamalarını hasta yararına saymamak mıdır bilimsellik? Önemli olan hastanın yararıysa ve GETAT uygulamaları hastanın krize girmesini engelliyor ya da en azından azaltıyorsa bunu reddetmenin etik açıdan izahı nasıl yapılabilir?

Zarar Vermeme İlkesi Açısından

Konuya “zarar vermeme ilkesi” açısından baktığımızda TTD’nin yukarıdaki bildirisinin haklı endişeler taşıdığını söylememiz gerekiyor. Eğer bildiride belirtildiği gibi GETAT uygulamaları sonucunda “hastalıkların tanı ve tedavisinde gecikmelere, yaşamı tehdit edebilecek olumsuz sonuçlara yol açabileceği” ihtimali söz konusu ise kesinlikle bu endişe haklıdır ve zarar vermeme ilkesini ihlal eder niteliktedir; ancak yukarıda belirttiğimiz gibi bu hükme bir önyargıyla varmamak şartıyla. Hayati önemi haiz klasik tıp uygulamalarını engelleyecek tarzda bir GETAT uygulamasının zarar vermeme ilkesini ihlal edeceği hususunda şüphe yoktur. Zaten *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*’nin 8 inci maddesinin dördüncü fıkrası “Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz.” şeklinde olup GETAT uygulamaları zarar vermeme koşuluna bağlanmıştır. Klasik tıp uygulayıcılarının zarar vermeme ilkesini ihlal hususunda GETAT uygulamalarına gösterdikleri hassasiyeti klasik tıp konularında da yeterince gösterdiklerini maalesef söyleyemiyoruz. Hekimlerin çoğu

bilimsel bildiri ve makalelerdeki bilgileri mutlak manada doğru kabul edip güvendikleri için doğruluklarını sorgulama ihtiyacı bile hissetmeden kendilerine sunulan yeni tedavileri derhal kabul etmektedirler. Bunun en belirgin örneklerinden biri “refocoxib” etkin maddeli “VIOX” adlı ilaçtır. Yaklaşık 25 yıl önce ABD’de FDA tarafından bilimsel yayınlar yeterli görülerek ruhsatlandırıldığı için diğer ülke otoriteleri tarafından bilimsel verilerine güvenilip ruhsat verilerek tüm dünyada 5 yıl boyunca yaygın olarak kullanıldıktan ve ancak 120 bin kişinin ölümüne sebep olduktan sonra öldürücü etkisi anlaşılacak tüm dünyada pazardan çekilmiştir. Bu örnekte olduğu gibi bilimsel yayınlarda yer aldığı ve birtakım meşhur otoriteler tarafından kabul gördüğü için klasik tıp uygulayıcısı hekimler tarafından güvenilerek hastalara bolca yazılan bazı ilaçlar, klinik araştırmalar sırasında ortaya çıktığı halde gizlenen olumsuz etkilerinin ancak yüzbinlerce hastanın zarar görüp artık gizlenemeyecek boyutta çıkmasından sonra piyasadan toplatılmaktadır. Maalesef yeterince araştırmadan bilimsel olarak doğru kabul edilen bilgilere güvenen hekimler aracılığıyla yüzbinlerce hasta ciddi zararlar görebilmekte ve zarar vermeme ilkesi bariz bir şekilde ihlal edilebilmektedir. Bu tür olaylar bazen o kadar ileri boyutlara ulaşmaktadır ki *Diethylstilbestrol*’ün ibretlik hikayesi akıllardan hiç çıkmamaktadır (5).

Hastanın Hekimi Bilgilendirmemesi Sorunu

Hastaların tedavi süreçleriyle ilgili hekimlerine bilgi vermeleri hastanın sağlığı açısından çok önemlidir. Ancak yapılan saha araştırmaları, GETAT uygulamalarına hekimlerin tümüyle karşı durduğu

algısı, hastaların hekimlerini bu konuda bilgilendirmekten uzak durduklarını göstermektedir ki bu da hastaların yararına olmaktan uzaktır. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)’nin bir görüş yazısında beyan ettiği gibi “*hekim ile hastası arasındaki bağların bu çatışma nedeni ile gevşeyip, tamamen yok olması sonucu hastanın hekim gözlemi altında olmadan TAT (GETAT) tedavilerine yönelmesi durumunda, hastanın zarar görebileceği açıktır (6).*” Bu yüzden klasik tıp uygulayıcısı hekimlerin bu tür konularda hastalarına karşı davranışlarını değiştirmeleri hastaların uyguladıkları GETAT yöntemleri hakkında hekimlerini bildirmelerini sağlayacak, bu da hastaların zarar görmesini engelleyebilecek ve hastanın yararına bir durumun ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Özerkliğe Saygı İlkesi Açısından

Özerkliğe saygı ilkesinin yerine getirilebilmesinin olmazsa olmaz şartı yeterli bilgilendirme. Yeterli bilgilendirme, sadece hekimin benimsediği yöntemlerin değil, benimsemese bile tüm ihtimallerin tamamının hiç ayırım yapılmaksızın, objektif olarak bütün artı ve eksileriyle birlikte bildirilmesiyle gerçekleşebilir. Bu itibarla klasik tıp uygulayıcılarının diğer klasik tıp uygulamalarını ve bunların yanında en azından bilinen GETAT uygulamalarını da bildirmesi bilgilendirmenin kapsamı açısından gereklidir. Ancak GETAT konularında bilgi sahibi olmayan hekimlerin bu bilgilendirmeleri nasıl yapabileceği ayrıca bir sorundur. Aynı şekilde GETAT uygulayıcılarının da diğer GETAT uygulamaları ve klasik tıp uygulamaları hakkında bilgilendirme yapmaları gerekmektedir. Bu kadar kapsamlı bilgilendirme yapılmadan alınacak bir rızanın, özerkliğe saygı ilkesini ihlal etmesi söz konusudur (7,8).

Hastanın GETAT uygulamaları dahil her türlü tedavi seçeneklerine saygı duyulması ve hayati tehlike oluşturmayacak şekilde ilgili hekime gitmesine müsaade edilmesi de özerkliğe saygı ilkesinin bir gereğidir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD) bu konudaki görüşünü örnek olarak verebiliriz: "TAT (GETAT) tedavisinin faydalı olabileceğinin bilimsel olarak kanıtlanmış olduğu olgularda bu tedavilere önyargı ile bakan hekimlerin klasik tıbbi tedaviyi hastalarına tek seçenek olarak sunmaları hem hastaların kendilerine uygulanacak olan tedavi yöntemini seçme konusundaki karar sürecine aktif katılımlarını azaltmakta, hem de hastanın muhtemel bir faydalı tedavi yönteminde yararlanmasına engel olmaktadır. Bu gibi durumlarda hekime düşen görev hastasının değer yargılarına saygı göstermek ve taşımakta olduğu etik ve tıbbi sorumluluğu doğrultusunda hastasına elden gelen en iyi danışmanlık hizmetini sunmaktır (5).

Yazılı Olur Alınması

GETAT uygulamalarının tümünde Bilgilendirilmiş Olur Formu'nda klasik tıp uygulamaları dâhil diğer tüm tedavi seçenekleri, bunların artı ve eksileri, uygulanacak GETAT yönteminin muhtemel komplikasyonları, uygulamadan sonra dikkat edilecek hususlar ayrıntılı bir şekilde yer almalıdır. Her uygulama için ayrı formlar oluşturulmalı, bu formlar genel ifadeler içermemelidir. Formların kritik ifadeler içeren belirli yerleri boş bırakılarak bu kısımların hasta tarafından el yazısı ile doldurulması ileride ortaya çıkabilecek ihtilaflı durumlarda olumsuz bir durumun yaşanmaması açısından tavsiye edilmektedir (8).

Uzmanlık Alanı Sorunu

GETAT uygulamaları için karşımıza uzmanlık alanı sorunu çıkmaktadır. Çünkü GETAT uygulamaları klasik tıbbın kullandığı hastalık sınıflamalarını kullanmadığı için hangi hastalıklarda kimin müdahale edeceği etik bir çelişkidir. Burada meseleye genel tıp (pratisyen hekimlik) boyutu ile bakmamız gerekiyor. Klasik tıp uygulamalarında bir pratisyen hekimin hangi tür hastalıkları tedavi edebilme yetkisi varsa GETAT uygulayıcısı hekimlerin de aynı tür hastalıkları tedavi edebilmelerinin önünde yasal bir engel yoktur. Önemli olan, uygulayıcının ilgili GETAT alanında sertifikasının olmasıdır. Klasik tıp uygulamalarında bazı hasta-

lıkların uzmanlık alanları arasında yetki çatışması yaşadığı görülmektedir. Örneğin; bel fıtığını FTR, Ortopedi ve Beyin Cerrahi uzmanlarının hepsi kendi yetkilerinde görmek; yine beyindeki bir anevrizmaya hem Girişimsel Radyologlar hem de Beyin Cerrahleri müdahale edebilmektedirler. Bu örneklerdeki gibi GETAT uygulayıcılarının doğrudan cerrahi müdahalede bulunmamak kaydıyla pratisyen hekimlerin yetkili olabildikleri her alanda GETAT uygulayabilmeleri için doğası gereğidir. GETAT uygulayıcısı uzman hekimlerin de aynı zamanda bir pratisyen hekim olmaları dolayısıyla pratisyen hekimlerin sahip olduğu yetkileri haiz oldukları göz ardı edilmeden, kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili uygulamalara ağırlık vermeleri daha uygun olacaktır.

Kanıtı Dayalı Tıp (KDT) Kavramı

19. yüzyılın sonlarından itibaren günümüzde olan ve "hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımı" olarak tanımlanan, ilk kez 1991 yılında Guyatt tarafından "Evidence based medicine" olarak isimlendirilen "Kanıtı Dayalı Tıp", eldeki en iyi kanıtın hekimin deneyimi ve hastanın tercihleri ile entegre edildiği sistematik bir yaklaşımı ifade etmektedir (9, 10). Bu süreçte hekimler literatür incelemesiyle en iyi kanıtı bulur, değerlendirir ve kanıtı kendi bilgi ve becerisi, hastasının bireysel değerleri ve içinde bulunduğu koşulları birleştirerek uygular. KDT, bu üç unsurun bir arada değerlendirildiği bir süreçtir (11, 12).

KDT kavramının temeli deneysel gözleme dayalıdır ve bu konuda belirli kurallar oluşturulmuştur. Bu kuralların başında aynı hastalığı olan belirli sayıda kişiye aynı tedavinin (kontrol grupları da oluşturularak) verilmesi suretiyle etkililiğinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması gelir. Ancak "deneysel gözlem" kavramı da bilimsel camiada tartışılmaktadır. Deneysel gözlem esnasında istatistiksel değerlendirmede iki faktör daha devreye girer. Birincisi plasebo etkisi, ikincisi etkisiz olma yüzdesi. Bir deneyin sonucunda yüzde 75 etkili bulunan bir tedavi metodunda plasebo etkisini de yüzde 30 olarak bulduğumuzu düşünelim. Bu durumda yüzde 75 etkinin yüzde 30'u zaten plasebodan gelmişse tedavinin etkililik oranı yüzde 45'e düşmüş olacaktır. Bu da aslında etkililiğinin yüzde 50'nin altında oldu anlamına gelmektedir.

Plasebo olayı da klasik tıbbın sıkça kullandığı ama aslında tam olarak açıklanmadığı bir kavramdır. "Eğer etki ilacın kendisinden ise plasebo nasıl izah edilecektir? Etki beyinin ilaca verdiği reaksiyondan ise o durumda beyinin GETAT uygulamalarına da benzeri bir reaksiyon göstermeyeceğini kim garanti edebilir?" TKD'nin görüşünde belirtildiği gibi "Eski çağlardan gelen, neden-sonuç ilişkilerine dönük yüzyıllarca süren keskin gözlemlerin ve yararı defalarca yaşanmış deneyimlerin ürünü olan bir mirası çağdaş bilimin peşinen küçümseme hakkı da yoktur (6). Yani Kanıtı Dayalı Tıpta bir hekimin kendi deneyimleri önemli olurken, kendinden önceki çağlardan günümüze kadar hekimlerin birçok tecrübeleri sonucu yararlı olduğu bildirilen yöntemlerin önemsiz sayılması nasıl izah edilebilir?

GETAT Uygulamalarında Kanıtı Dayalı Araştırma Zorlukları: 1) Araştırma maliyeti, 2) Hasta sayısı yetersizliği, 3) Yayınlayacak dergi azlığı, 4) Hakem heyetlerinin karışıklığı, 5) Standardizasyonu sağlama zorluğu, 6) Hastalık yoktur hasta vardır yaklaşımı (13).

a) Araştırma maliyetinin yüksekliği: GETAT karşıtları GETAT uygulamaları ile ilgili yeterli bilimsel veri olmadığı için kanıtı dayalı tıp açısından kabul edilemez olduğunu savunmaktadırlar. Aslında bu konuda haksız da sayılmazlar. Ancak günümüzde klasik tıp metodlarıyla yapılan tedavilerinin araştırılmasındaki yüksek maliyet unsuru GETAT araştırmalarının önündeki en büyük engel olarak durmaktadır. İlaç sektörünün 2 milyar doların üzerinde olduğunu bildirdiği bir ilaca ait geliştirme maliyeti, patent ve diğer fikri mülkiyet korumaları sayesinde firmalar tarafından fazlasıyla geri alınmaktadır. GETAT tedavilerinin birçoğunda ortada satılacak ürün bile olmadığından, olsa bile bu tür ürünler patent haklarıyla korunamayacağı için araştırma maliyetlerinin geri dönüşü mümkün olmayacağından GETAT uygulamalarıyla ilgili araştırmalar firmalar tarafından desteklenmemektedir. Bu araştırmaların sadece bilim adamlarının ve bilimsel kuruluşların kaynaklarıyla yapılması da pek mümkün olamamaktadır. GETAT araştırmaları açısından daha az maliyetli yeni metodolojilerin geliştirilmesi ve bunların bilimsel olarak kabulü gerekmektedir. Ayrıca GETAT araştırmalarının devlet destekli fonlar aracılığıyla yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler de bir an önce

hayata geçirilmelidir. Bu destekler sağlanmadan kanıt yok demek tıbbi uygulamalarımızı tümüyle büyük ilaç firmalarının desteklediği araştırmalara mahkûm etmek demektir.

b) Uygulayıcı hekim-hasta sayısı ve bilimsel dergi azlığı: GETAT araştırmalarının yeterli sayıda olmadığı gelen eleştirilerden biridir. GETAT uygulamaları yeni yeni yaygınlaşmaya başladığı için uygulayıcıları klasik tıp uygulayıcıları kadar yaygın olmadığı gibi GETAT uygulanan hastalar da klasik tıp uygulanan hastalara nazaran oldukça sınırlı sayıda kalmaktadır. Az sayıdaki GETAT uygulayıcısı hekimin yine kısıtlı sayıdaki hasta üzerinde yapacakları araştırmaların sonuçlarının da klasik tıp araştırma sonuçları kadar yaygın olması nasıl beklenebilecektir? GETAT araştırmalarının yayınlanabileceği dergilerin sayısının oldukça az olması, dergilerdeki hakemlerin bu tür makaleleri yayınlama konusunda gösterdikleri dirençler çalışmaların yayınlanması konusundaki en büyük engellerdendir. Etki (impact) faktörü yüksek dergilerin makaleleri yayınlamak için yüksek ücretler istemeleri, bu yayınları yapmak için ilaç firmalarının desteğine ihtiyaç duyulmasını gerektirmekte, destek bulamayan araştırmacılar ise daha düşük etki faktörüne sahip dergilerde makalelerini yayınlama yoluna gitmektedirler.

c) Hakem heyetlerinin karışıklığı: TÜBİTAK, TÜSEB gibi araştırma destekleri veren kurum ve kuruluşlara yapılan destek müracaatlarını değerlendiren hakem heyetlerinde yer alan kişilerin GETAT uygulamalarının tamamen karşısında durmaları ya da en azından bu konularda bilgi sahibi olmamaları dolayısıyla müracaatların değerlendirilmeden reddedilmeleri de bu araştırmaların yapılmasının önündeki en büyük engellerden biridir. Bu yüzden bu kurumlara yapılan araştırma başvurularını değerlendirecek hakem heyetlerinde hiç olmazsa konuya hâkim en az bir bilim insanının olması ve onun vereceği bilgiler çerçevesinde hakem değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir.

d) Standardizasyon zorluğu: Klasik tıp araştırma metodlarında en önemli yöntemlerden biri kontrollü çalışmalardır. Bu çalışmalarda özellikle plasebo kontrollü çalışmalar bazı GETAT uygulamalarında mümkün olmayacaktır. Örneğin; arı ya da sülük kullanılarak yapılacak tedavilerde plasebo nasıl uygulanabilecektir?

Yine her hastaya özel remedi seçimi yapılan bir homeopati klinik araştırmasında standart nasıl oluşturulabilir? Bu itibarla GETAT araştırmaları için bilimsel geçerliliği olan farklı standartların oluşturulması gerekmektedir.

e) Bütüncül yaklaşım: Aynı hastalığı olan belirli sayıda hastada aynı tedavinin etkisinin ölçülmesi kanıt açısından değerli ise de tıbbin en temel söylemi olan “*hastalık yoktur hasta vardır*” felsefesi açısından sıkıntılı bir durumdur. İnsanı bir bütün olarak ele almak yerine parçalardan ibaret gibi gören bir anlayış ortaya çıkmaktadır. Aslında “*hastalık yoktur hasta vardır*” prensibini temel felsefe kabul eden GETAT uygulamalarında hastalara bütüncül (*holistik*) yaklaşmakta ve aynı semptomlar görüldüğü halde hastalara verilen tedavinin seçimi hastaya özel olarak farklılaşabilmektedir. Bu durum klasik tıbbin kanıta dayalı deneysel metodunu kullanabilme açısından önemli bir zorluk olduğu için GETAT uygulamalarında deneysel araştırmalar için yeni bir metodolojinin belirlenmesini zaruri kılmaktadır.

Sonuç

GETAT uygulamalarının, ilgili Yönetmelikte de belirtildiği gibi “*Hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz.*” temel kuralına bağlı kalmak kaydıyla tıp etiğinin ilkelerine uygun olarak yararlı olması ve zarar vermemesi hususunda azami dikkat gösterilerek, hastanın özerkliğine saygı ilkesini ihlal etmeden, hastalar yeterince bilgilendirildikten sonra olurları alınmak suretiyle yapılması ve klasik tıbbi yok sayacak aşırılıklardan uzak bir şekilde uygulanması etik açıdan uygun olanıdır. Klasik tıp uygulayıcılarının da toptan reddetme yerine hastanın faydasına olabilecek uygulamalara karşı çıkmamaları, hastanın zarar görmesine de meydan veremeyecek şekilde hastanın kendisine uygulanacak tedavi metodunu seçme hakkına (özerklik) saygı duymaları etik davranış şekli olup aksi davranışlar ise etik olmaktan uzaktır. Klasik tıp uygulayıcılarının bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmaları ve hastalarının yararına olabilecek şekilde hastalarını yönlendirmeleri tıp etiğinin temel ilkelerine uygun davranmaları açısından kendilerinden beklenen bir ödevdir. GETAT uygulamaları ve uygulayıcı hekimlere karşı önyargılı tavırlarla tümünden reddetme davranışı

bilimsel olmadığı gibi etik bir davranış da olmamaktadır. Unutulmamalıdır ki klasik tıp uygulayıcıları GETAT konusunda katı tutumlarını devam ettirdikleri sürece bu alan şarlatanlara kalmakta ve bu da hasta yararına olmaktan uzak bir durumu ortaya çıkarmaktadır. GETAT uygulamalarının bilimsel olarak kanıtlanması daha çok hastada uygulanabilecek ortamın sağlanması, bu konuda ekonomik ve bilimsel desteğin sağlanması ile yakından ilişkilidir.

Kaynaklar

1) Beauchamp, T.L., Childress, J.F.; “*Biyomedikal Etik Prensipleri*”, (Yedinci Edisyon, Çev. M.K. Temel), BETİM, İstanbul, 2017.

2) Çobanoğlu, N.; “*Tıp Etiği*”, İke Yayınevi, Ankara, 2007.

3) TTB; *Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları Hakkında TTB Etik Kurulu Görüşü*, (İlgili link: http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=57390ba2-e1ab-11e7-ae04-02a94b7a8425 (Erişim Tarihi: 15.01.2019).

4) TTD; *Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kanun Taslağına Yönelik Türk Toraks Demeği Görüşü*, (İlgili link: <http://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=1939> (Erişim Tarihi: 15.01.2019).

5) Sezer, R.E.; *Toplatılan İlaç Öyküleri (1. Kısım): Saatli bomba; Diethystilbestrol, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2017;43:40-5.*

6) Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., Özcan M.; *TKD Etik Kılavuzu, Bölüm 7: Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp ile İlişkilerde Etik, Türk Kardiyol Dem Arş -ArchTurk-SocCardiol 2009;37 Suppl 3, 33-35.*

7) Somer, P., Vatanoğlu-Lutz, E.E.; “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin Hukuki ve Etik Açısından Değerlendirilmesi*”, *Anadolu Kliniği*, 2017;22(1):58-65.

8) Tokaç, M.; “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Bilgilendirilmiş Olur Formu Nasıl Olmalıdır?*” (*Sözel Bildiri*), *Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi, İstanbul, 19-22 Nisan 2018.*

9) Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.*

10) Köse Uysal, E., Özenç Uçak, N.; *Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları, Bilgi Dünyası, 2013, 14 (1) 37-61. <http://www.bby.hacettepe.edu.tr/yayinlar/dosyalar/375-827-1-PB.pdf> (Erişim Tarihi: 15.01.2019).*

11) Babaoğlu, M.Ö., Yaşar, Ü., Dost T., Kayaalp, O.; *Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler, Türkiye Klinikleri J MedSci 2009;29(5):1298-305.*

12) Kahveci, R., Tokaç, M.; *Kanıta Dayalı Sağlık Politikası ve Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J MedSci 2010;30(6):2020-4.*

13) Tokaç, M.; *GETAT Uygulamaları ve Etik, 2. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi, İstanbul, 24-27 Nisan 2019.*

* Bu makale yazarın 2019 yılında *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi (Özel Konular) / Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Etik ve Hukuki Sorunlar*. (Editör: Mahmut Tokaç) [ISBN: 978-605-034-017-4] adlı kitapta 14-22 sayfalar arasında yer alan “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Etik Problemler*” başlıklı yazısından yazarı tarafından kısaltılarak hazırlanmıştır.