

# “Ölümüne karar”: Ötanazi

## Dr. Çetin Köksal



1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Dr. Çetin Köksal, 8 yıl devlet kurumlarında başhekim yardımcılığı ve başhekimlik görevlerinde bulundu. Akabinde özel sektörde başhekimlik, mesul müdürlük, medikal direktörlük ve genel müdürlük yaptı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü “Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans” programını bitirerek “Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Uzmanı” unvanını aldı. Halen aynı branşta doktora programıyla akademik kariyerine devam etmektedir. 2008 yılına kadar bir devlet hastanesi ve onun üzerinde özel hastane ve tıp merkezi kuruluşunda direktörlük yaptı. Hastane kuruluşu, yönetimi ve mimarisinin planlanmasında önemli yöntemler geliştirecek katkıda bulundu. Halen Medipol Hastaneler Grubu “Stratejik Planlama ve İş Geliştirme Grup Koordinatörü” olarak çalışmaktadır.

Eski Yunan dilindeki kolay ve yumuşak anlamına gelen “eu” ve ölüm anlamına gelen “Thanato” kelimelerinden türemiştir. “İyi ölüm” anlamına gelen ötanazi konusundaki uygulama ve tartışmaların geçmişi eski Yunan ve Roma uygarlıklarına kadar dayanmakla birlikte son yıllarda tartışmaların arttığı görülmektedir. Yaklaşık 2500 yıl önce, “Primum non nocere” (Önce zarar verme) temel prensibiyle, Hipokrat tarafından “Benden ağı ( zehir ) isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını tavsiye bile etmeyeceğim” söylemiyle

yasaklanmış olan ötanazi, günümüzde tekrar tartışılır konuma gelmiştir.

İyileşmesi imkânsız bir hastalığa yakalanan kişinin yaşama hakkından vazgeçme ya da ölme hakkını kullanması için hekimin doğrudan ya da dolaylı olarak yardımcı olması ötanazinin temel mantığını oluşturmaktadır. Ötanazi hastanın ölümünü kolaylaştırmak için hekimin ona bir ilaç zerk etmesi şeklinde olabileceği gibi (aktif ötanazi) hastanın yaşam desteğinin durdurulması şeklinde de (pasif ötanazi) olabilmektedir. Ötanazi uygulamalarının bilinci açık olan hastanın özgür iradesi ile talebi sonucu yapılabilmesinin (volunter ötanazi) yanı sıra bilinci kapalı ya da

rızası alınmamış bir hastaya hekimin kararı sonucu yapılabilmesi de (non-volunter ötanazi) söz konusudur. Son zamanlarda sıkça kullanılan “hekim yardımlı intihar” kavramı ise hastanın intiharını kolaylaştırmak için hekimin gerekli olan ilaç ve imkânları sağlama-sı anlamına gelmektedir.

**Ötanazinin ilk ve en temel düzeyi,** geriye dönüşü olmayan komada bulunan ya da varlığını sürdürmek için ventilatör gibi yapay yaşamı destek sistemlerine bağımlı olan hastaların bu araç-gereçlerle ilişkisinin kesilmesidir.

**İkinci düzeyi,** tüple beslenme ve sıvı gereksinimi dışında herhangi bir yapay







desteğe gereksinimi olmayan komadaki hastalardan bu desteklerin çekilmesini içerir. Pasif ötanazinin bu iki şekli son zamanlarda birkaç yargılamada yasal ve tıbbi olarak haklı çıkarılmaktadır.

**Üçüncü düzeyi**, ciddi ya da terminal bir hastalık için tedavisi sunulmuş, ancak yaşamı uzatan tedavinin yapılmasını ya da çekilmesini rica eden mental olarak yeterli hastalar için söz konusu olan pasif ötanazidir,

**Dördüncü düzeyi**, ölümü çabuklaştıracığı bilinen ağrı kesici ilacın ağrıyı dindirmek niyetiyle verilmesi şeklinde olur. Bu çift etki öğretisi olarak bilinir ve yıllarca, özellikle palyatif bakımda, “uygun tıbbi bakım” olarak kabul edilmiştir.

**Beşinci düzeyi**, hastanın tedavi edilemeyen bir hastalıktan ya da terminal hastalıktan da ha fazla acı çekmesini sonlandırmak için kendisini öldürmeye yardım edecek araçların sağlanmasıdır. Bu yaygın olarak bilinen ismiyle “intihara yardımdır” ve ölme hakkı tartışmalarında baskındır.

**Altıncı düzeyi**, gönüllü ötanazi olarak bilinir. Ciddi hastalığı olan hastaların ricasıyla öldürücü maddenin verilmesini içerir.

**Son kategori ise**, istek dışı ötanazidir. Başka bir kişinin hastanın bilgisi ve onayı olmaksızın hastanın yaşamını sonlandırmaya karar vermesiyle olur.

İstek dışı ötanazi tartışmalarının baskın kısmı değildir.

Ötanazi konusundaki tartışmalar sonucunda ilk olarak 1935'te İngiltere'de Ötanazi Gönüllüleri Topluluğu (The Voluntary Euthanasia Society) kurulmuştur. Bu kuruluşun amacı, toplumu ötanazi konusunda bilinçlendirmek ve ötanazi uygulamasının yasallığı konusundaki tartışmalara açıklık getirmeye çalışmaktır. Bunu yine İngiltere'deki Lordlar Kamarası'ndaki tartışmalar takip etmiştir, ancak tartışmalar sonucunda ötanazinin yasallığı reddedilmiştir.

Ülkemizde yasaklanmış olmasına rağmen, günümüzde ötanazinin yasallaştığı ülkeler vardır. Hollanda, Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaletinde ötanazi değişik uygulanma şekilleriyle yasallaştırılmıştır. Ancak iki ülkede (Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaleti) de Federal Yüksek Mahkeme, yasanın Anayasa'ya aykırı olduğuna karar vererek iptal etti. Gereke şuydu: Anayasa insanların haklarını garanti altına alır. **Yaşamak bir insan hakkıdır, ama ölmek değil...**

Hollanda'da aktif ötanaziye yasalar izin vermekle birlikte gerek bu ülkede gerekse diğerlerinde tartışmalar bitmiş değildir. Hollanda'da 1980'lerden beri hükümetin kontrolünde hekimler ötanazi uygulayabiliyor ve yargılanmıyor. Bu konuda Kasım 1984'deki Alkmaar vakasının büyük önemi var. Alkmaar davasında kalçası kırık, sağır ve kör,

Hastaların ötanazi talebi aslında çok yaygın bir talep olarak ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 60'ı ötanazi talebi ile karşılaştıklarını, yüzde 91'i pasif ötanaziye taraftar olduklarını; aktif ötanazi talebi ile karşılaşan hekimlerin yüzde 32'si ise - yasal olmadığı halde- bu talebi yerine getirdiklerini belirtmiştir.

95 yaşındaki bir kadına ötanazi uygulayan bir hekim yargılanmıştı. Ancak Hollanda Yüksek Mahkemesi, **“vicdanlı bir hekimin görevleri arasında, tercihini ölümden yana kullanmak da vardır”** kararını verdi. 1993'de parlamento bir özel yasa kabul etti. Hasta ısrarla, tekrarlayarak ve özgürce ölmeyi istemeliydi. Ölümden başka hiçbir şeyle önlenemeyecek biçimde acı çekmeliydi. Hekim ötanaziden önce bir meslektaşından onay almalı ve durumu yetkililere bildirmeliydi... Bu durumda hekim, yargılanmadan ötanazi uygulayabilirdi.

Ötanazi kavramı ve uygulamaları hukuk açısından olduğu kadar ahlaki dini ve toplumsal değerler açısından da tartışmalıdır. İstanbul'da çeşitli hastanelerde çalışan hekimler ile bu hastanelerden yararlanan hastaların ötanazi konusundaki tutumlarını incelemek amacıyla sizlerle yapılmış bir araştırma (Sur H. ve ark., Hekim ve Hastaların “Ötanazi” Konusundaki Tutumları, Sağlık İdaresi Kongresi, 2000) sonuçlarını paylaşmak istiyorum:

Aktif volunter ötanaziye taraftar olma oranı hekimlerde yüzde 14,2

Hastalarda yüzde 39,7 olup aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0.0001).

Pratisyen hekimlerin aktif volunter ötanaziye taraftar olma oranı asistan uzman ve akademisyen hekimlerden daha yüksek olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Hastalar arasında aktif volunter ötanazi



ziye taraftar olma oranı öğrenim düzeyi düşük olanlarda (okul bitirmemiş+ilkokul mezunu)

Ve 50 yaş üzerindeki kişilerde diğerlerine kıyasla önemli şekilde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Pasif non-volunter ötanaziye taraftar olma oranı hekimler arasında yüzde 45,5

Ötanazinin bu şekline taraftar olma oranı özel hastane hekimleri ile anesteziistlerde diğerlerine göre önemli şekilde düşük ( $p<0.05$ ) bulunmuştur.

Öğrenim düzeyi düşük hastalar ile 50 yaş üzerindeki hastaların diğerlerine kıyasla önemli şekilde düşük oranda pasif non-volunter ötanazi taraftarı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Ötanazi tartışmalarının geçmişi çok eski olmakla birlikte ortalama insan ömrünün uzaması ile kronik hastalıkların önem kazanması terminal vakalarda yaşam desteği sağlayıcı teknolojilerin gelişmiş olması daha da önemlisi birey haklarının giderek daha önem kazanıyor olması son on yılda ötanazi tartışmalarının sürekli gündemde olması sonucunu doğurmuştur.

Halen Hollanda Avustralya ve ABD'nin Oregon eyaletinde yasal olan ötanazinin değişik türleri konusunda hekimlerin ve kamuoyunun çok değişken bir yaklaşım içerisinde olduğu dikkati çekmektedir. Yasal olmasa bile özellikle pasif ötanazinin sıkça yapıldığı bilinmektedir[1]

ABD'de yapılan bir kamuoyu araştırmasında halkın yüzde 64'ünün hekimlerin ötanazi uygulama yetkisi olmasına taraftar olduğu ortaya çıkmıştır[2]. Gene ABD'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 18.3'ü hastalarından "intihar için yardım" talebi yüzde 11.1'i ise "öldürücü bir ilaç enjeksiyonu" talebi geldiğini belirtmiştir[3]. Aynı araştırmada tüm hekimlerin yüzde 7'si bu talepleri en az bir kez karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların ötanazi talebi aslında çok yaygın bir talep olarak ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de yapılan bir araştırmada hekimlerin yüzde 60'ı ötanazi talebi ile karşılaştıklarını yüzde 91'i pasif ötanaziye taraftar olduklarını aktif ötanazi talebi ile karşılaşan hekimlerin yüzde 32'si ise - yasal olmadığı halde- bu talebi yerine getirdiklerini belirtmiştir[4].

Hollanda'da ötanazi yasalaşmadan önce yapılan bir araştırmada aile hekimlerinin yüzde 75'inin ötanazi talebi ile karşılaştıkları aktif ötanazi talebi ile

karşılaşanların yüzde 41'inin bu talebi karşıladıkları saptanmıştır[5] [6].

Avustralya'da pratisyen hekimler arasında yapılan bir araştırma sonuçlarına göre de ötanazi talebi ile karşılaşma oranı yüzde 40; talebi karşılama oranı ise yüzde 29'dur[7].

İtalya'da hastane hekimleri ile pratisyen hekimler arasında yapılan bir araştırmada aktif ötanazi ya da yardımcı intihara taraftar olan hekim oranı yüzde 17.9 pasif ötanaziye taraftar olan hekim oranı yüzde 79.4 bulunmuştur[8].

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar halkın ve hekimlerin ötanazi konusunda önemli oranda "taraftar" tutum içerisinde olduklarını hekimlerin günlük pratikte ötanazinin her türü ile ilgili taleplerle sıkça karşılaştıklarını ve yasal olmadığı durumlarda bile bu taleplerin özellikle de pasif ötanazi taleplerinin sıkça yerine getirildiğini göstermektedir.

Ancak hemen belirtmek gerekir ki ötanazi konusundaki tutum ve uygulamalar karşılaşılan vakanın durumuna toplumların kültürel özelliklerine eldeki tıbbi olanakların ve yasal durumun yeterliliğine bireylerin dinsel inançlarına ve sürekli değişmekte olan etik değerlere göre önemli değişiklikler göstermektedir.

Hatta aynı araştırma grubundan farklı zamanlarda elde edilen verilerin bile farklılık gösterdiği görülmektedir.

Örneğin ABD'de kanserli hastalar, hekimler ve halktan seçilen örnek gruplar üzerinde yapılan bir izlem araştırmasında araştırmaya katılanların üçte birinin ötanazi konusundaki tutumlarını zaman içerisinde değiştirdikleri aktif ötanazi ve yardımcı intihara başlangıçta taraftar olan hekimlerin zaman içerisinde karşı oldukları ortaya çıkmıştır[1].

Ötanazinin ülkemizde hukuken yasak olmasına rağmen yapılan araştırmalarda gerek hekimlerin gerekse hastaların önemli ölçüde ötanazi taraftarı olduğu görülmekle birlikte, diğer ülkelerde yapılan çalışmaların ışığı altında kesin bir sonuca varılması uygun olmayıp bu konudaki tutum ve uygulamaların sürekli yenilenen araştırmalarla netleştirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, ümitsiz hastalar için ötanazi uygulamak hukukumuzda adam öldürme fiili olarak kabul edilmekte ve ayrıca dini ve geleneksel görüşlere de aykırı düşmektedir. Ancak bazı vakalarda hekimler, inleyen bir hastanın ruh, durumunu ve bu durum karşısında aciz kalan hekimin çaresizliğini göz önünde bulundurarak beraat kararı da



vermektedirler. Unutmamak gerekir ki bugün tedavisi imkânsız bir hastalık, yarın tedavi edilebilme durumuna gelebilir. Öyle görülüyor ki (Hipokrat yeminini de göz önünde bulundurarak) hekimin her türlü çaresiz hastalığa tutulmuş hastayı tedavi ve iyileştirme yoluna gitmesi görüşü halen geçerliliğini korumaktadır.

#### Kaynaklar

1. Harris J. *Euthanasia and the value of life*. J Keown (ed.) *Euthanasia Examined: Ethical Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge University Press 1996.
2. Emanuel E. *Euthanasia and physician-assisted suicide*. <http://www.rmfi.org/b3415.html>.
3. Özkara, E. : *Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2002.
4. Meier DE Emmons CA Wallenstein S Quill T Morrison RS Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Eng J Med* 1998 Apr 23;338(17):1193-201.
5. Ward BJ Tate PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994;308:1332-34.
6. Van Der Wal G Van Eijk JThM Leenen HJJ Spreeuwenberg C. Euthanasia and assisted suicide. I. How often is it practised by family doctors in the Netherlands? *Fam Pract* 1992;9:130-4.
7. Van Der Maas PJ Van Delden JJM Pijnenborg L Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669-74.
8. Kuhse H Singer P. Doctors' practices and attitudes regarding voluntary euthanasia. *Med J Aust* 1988;148:623-7.
9. Grassi L Agostini M Magmani K. Attitudes of Italian doctors to euthanasia and assisted suicide for terminally ill patients (letter). *Lancet* 1999 Nov 27;354(9193):1876-7.
10. Wolfe J Fairlough DL Clarridge BR Daniels ER Emanuel EJ. Stability of attitudes regarding physician-assisted suicide and euthanasia among oncology patients physicians and the general public. *J Clin Oncol* 1999 Apr;17(4):1274.

# Yaşayanı sevmek: Biyoeetik

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

**S**ağlık doğuştan gelen temel bir insan hakkıdır. Sağlığın korunması; güvenlik ve adaletin temin edilmesi gibi insanların birlikte mutlu yaşamalarını sağlamakla

görevli organizasyonlar olan devletlerin asli görevleri arasındadır. Bu yüzden devletler sağlıkla ilgili tedbirleri alma sorumluluğu taşımaktadır.

Devletler, bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine kolayca erişimini ve ihtiyacı olanın ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını temin edecek bir yapı oluşturmakla yükümlüdür. Bu yapı, hangi sosyal veya ekonomik modeli öncelik alırsa alsın, mutlaka insana, insan olarak değer veren, saygılı, hakkaniyet

ölçüsünden sapmayan bir özellik taşımalıdır.

Odağında insan hayatı bulunan sağlık hizmet örgüsü, tabiatı itibarıyla toplumdaki sosyoekonomik ve sosyokültürel değişkenlere bağlı olarak farklılıklar gösterecektir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, bilinen ve üzerinde tartışılan bir alanı oluşturmaktadır. Ne var ki, hangi farklı sosyal yapı olursa olsun, hangi bilimsel gerçek ya da kabul uygulama aracı olursa olsun, bu alan evrensel ahlak ilkelerinden uzak tutulmamalıdır.

Tekrar etmek gerekirse, sağlık temel bir hak. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kadar kronik bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele ve sağlığın korunması, geliştirilmesi de, kısacası ihtiyaç sahip-

lerinin daha iyi sağlık seviyelerine ulaşması için güçlü sağlık sistemlerini oluşturulması, bu hakkın ifası için en temel şarttır. Bu sistemleri, hakkaniyet üzerine, adalet üzerine kurmak zorundayız.

Dünya Sağlık Örgütü'nün geçen yıl kaybettiğimiz başkanı Dr. Lee'nin ifadesiyle, bugünün küresel sağlık durumunun acil ve önemli sorunu adaletin tesisi konusudur. Dünyanın gelişmiş bir bölgesinde dünyaya gelen bir kız çocuğu ortalama 85 yıl ömür sürme ümidi taşımaktadır. Bu bölgelerde sağlıklı beslenme, uygun bağışıklama, iyi bir eğitim, kontrollü ve sağlıklı bir gebelik dönemi şansı vardır. Anne olarak ölmeye riski düşüktür. Modern sağlık kuruluşlarında uygun şartlarda doğum yapacak ve bebeğini düzenli kontrollerle ve dengeli beslenme ile büyütebilecektir.



Aynı anda dünyanın bir başka köşesinde dünyaya gözlerini açan bir başka kız çocuğunun ortalama hayatta kalma umudu ise sadece 35 yıldır. Muhtemelen beslenme geriliğine mahkum olacak, enfeksiyon hastalıkları ile boğuşacak, eğitimden mahrum kalacak, erkenden evlenip sık gebeliklerle halsiz düşecek, doğumlarını bir köy evinde gerçekleştirecektir. Anne olarak ölme riski yüksektir. İhtimal ki, bebeklerinin bir kısmını yitirecek, hayatta kalanlarını da beslenme geriliği ve aynı riskler altında yaşatmaya çalışacaktır.

Bu dengesizlik bir yandan toplumları kitlesel olarak tehdit eden epidemilerin devam etmesine yol açarken, öte yandan yeni salgın hastalıklar karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıklarla mücadele için milyar dolarlar yatırılarak araştırmalar yapılmakta, yeni tanı ve tedavi araçlarının geliştirilmesine çalışılmaktadır. Uluslararası sermaye gruplarının büyük yatırımlar yapmakta olduğu bu alanda neredeyse bütün sağlık sistemlerini kontrol yeteneği kazanmış sektörler oluşmaktadır.

Diğer taraftan bu araçlara, geliştirilen bu yeni ilaçlara muhtaç olan yığınlar en fakir ülkelerde yer almaktadır. Kişi başı yıllık sağlık harcaması 40 doları aşmayan 50 ülke vardır. Geliştirilen bu pahalı teknolojileri, bu pahalı ilaçları kullanma ihtiyacı olanlar öncelikle bu yoksul ülkelerdir. AIDS'in yaygın halde bulunduğu Afrika ülkeleri ve ihtiyaç duydukları antiviral ilaçlar bunun en tipik örneğidir. Araştırma geliştirme gereklilikleri, ticari kaygılar ve etik dışı fırsatçılıklar birbiri içine geçmiş durumdadır. Gelişmiş ülkelerdeki ilaç endüstrisi ile bu ilaçlara muhtaç yoksul toplumlar arasında sağlıklı bir etkileşimin kurulabilmesi, bugün küresel sağlık politikalarının çıkmazlarının başında gelmektedir.

Görülüyor ki, sorumluluk sahibi sağlık profesyonelleri olarak bizlerin ajandasında doğal olarak yer alması gereken tıp etiğinin ötesinde kaygı duymamız gereken etik sorunlar da vardır. Tıp etiği ile birlikte çevre etiğini de kapsayan biyoetik, ticaret etiği ve hatta siyasal etik de göz önünde bulundurulmalıdır. Daha yaşanılır bir dünya özlüyorsak, bu etik kaygıları diri tutmak için kültürel, politik ve inanç dinamiklerimizi harekete geçirmeliyiz.

AIDS 1980'lerin başında ortaya çıkınca, gelişmiş sanayi toplumlarının salgın hastalık riskinden kurtuldukları varsayımının bir illüzyondan ibaret olduğu ortaya çıktı. Hatta etik kaygıdan uzak gelişmelerin ayrıca bir risk oluşturduğu görüldü. Böylece Amerika başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde, epidemilere karşı korunmada toplum sağlığının önemi tekrar fark edilmiş oldu.

AIDS'le birlikte bireysel mahremiyet ve özgürlüğe önem veren liberal toplumlarda epidemi ile nasıl mücadele yapılacağı sorusu gündeme gelmiş oldu. Bir tarafta toplumun iyiliği uğruna toplum sağlığının korunması, diğer tarafta sivil özgürlüklerin karşılıklı çatışma içinde olduğu görülmektedir. Sivil özgürlüklerle toplum sağlığının temel etik değerleri, algılayış biçimleri ve hareket alanları birbirinden radikal bir şekilde ayrılabilir. Bireysel özgürlüklerin korunması uğruna özgürlüklerin yaşanamayacağı sağlıklı toplumların oluşturulmasına fırsat verilmesi gibi karmaşık bir durum ortaya çıkmaktadır.

Belki başka hiçbir hastalık, bu kadar geniş spektrumda etik prensiplerin tartışılmasına yol açmamıştır. HIV enfeksiyonu ve AIDS, tıbbi anlamda neredeyse bütün temel etik prensiplerin değerlendirilebilmesine imkân sağlayan bir model olmuştur. Enfekte olanların belirlenmesinden etkili bir tedavi yönteminin araştırılmasına, hastalığın tedavisinden ölümüne engel olamadıklarımıza duyulan merhamet hissine kadar birçok husus etik çerçevede değerlendirilmek zorunda kalmıştır. Bireysel özgürlüklere karşılık toplum sağlığı, yeni ilaç geliştirilmesi için teşviklere karşılık kısıtlı kaynakların dağıtılması, mahremiyete karşılık doğrunun ifşa edilmesi ve ayırmacılık, dışlama hep bu tartışmanın içinde olmuştur.

Bireysel sağlığı çevre faktörlerinden, tıp etiğini de çevre etiğinden ayırmak zordur. Biyoetik, yaşayan organizmalarla ilgili karar süreçleri ve etik konuları kaygı edinir. Bu yüzden hem tıbbi etiği hem de çevre etiğini kapsamaktadır. Biyoetik anlayışı, canlı ile ilgili farklı avantajlar, riskler ve görevler arasındaki dengenin sağlanmasını konu edinir; dolayısıyla biyoetik tüm hayatı konu edinen bir etik tartışmadır. Bu anlayış tarih boyunca edebiyatta, sanatta, müzikte, kültürde, felsefede ve dinde yer alagelmıştır. Biyoetik bazılarınınca hayatı sevmekle eşdeğer görülmekte ise de, kanımca hayatı değil 'yaşayanı sevmek' olarak algılanmalıdır.

Bir toplumun biyoetik olgunluğu, 'Evet' ve 'Hayır'lardan, siyah ve beyazlardan oluşan bir ergen düşünce biçimi değil, biyolojik veya tıbbi teknolojilerin uygulanmasında avantaj ve risklerin arasındaki dengeyi gözetme yeteneğine sahip bir erişkin birikimidir. Sürdürülebilir bir gelecek için biyoetik olgunluğu toplumumuza yerleştirmek zorundayız.

Biyoetiği sadece bir düşünce biçimi, bir görüş olarak değil, topuma mal olmuş bakış açılarının ve bilinçli bireysel tercihlerin güvence altına alındığı ve toplumun sorumluluklarının öne çıkarıldığı bir politika haline getirmek gere-



Aslında evrensel etik değerler, inançlar üstü bir anlam ifade eder. Ancak, 'Nil kenarındaki kuzunun hesabının kendinden sorulacağı' kaygısını taşıyan, kendini 'Elinden ve dilinden başkalarının emin olduğu' bir kimlikle tanımlayan toplumlar bunu herkesten daha fazla yapabilme potansiyeli ve sorumluluğu taşımaktadır.

Risklere karşı farkındalık sürekli diri tutulmalı, tartışılmalı ki, sağlığı korumak adına üretilen teknolojilerin abartılı ve hatta yanlış kullanımı azaltılabilir. İstismarın, çıkar çatışmalarının, aşırı kâr güdülerinin acımasız ortamında bu çabalar harcanır. Yarar-zarar dengesi gözetilirken özerklik ve adalatten taviz vermemek zorundayız. Zor bir göreve talip olduğumuzu biliyoruz. Sağlık çalışanları ve sağlık politika yapımcıları olarak bu zor görevden kaçma hakkına sahip olmadığımızı da bilmek zorundayız.

Aslında evrensel etik değerler inançlar üstü bir anlam ifade eder. Ancak, 'Nil kenarındaki kuzunun hesabının kendinden sorulacağı' kaygısını taşıyan, kendini 'Elinden ve dilinden başkalarının emin olduğu' bir kimlikle tanımlayan toplumlar bunu herkesten daha fazla yapabilme potansiyeli ve aynı oranda herkesten daha fazla yapma sorumluluğu taşımaktadır.

Toplumumuzun bilgi düzeyi ve değer yargılarının, etik kaygıyı göz ardı ederek bu sorumluluktan kaçanları ayırt etme gücünde olmasını diliyorum.