



**TOBB ETÜ**  
Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

*10.yıl*  
**Tıp**

**Kardiyoloji vakalarıyla**  
**KLİNİK ETİK**

**Editör**  
**Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ**



TOBB ETÜ Yayınları

**2022**

**Kardiyoloji vakalarıyla  
KLİNİK ETİK**

Editör: Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ

## **Kardiyoloji vakalarıyla klinik etik**

TOBB ETÜ Yayınları

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Yayınları No: 2

Editör: Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ

Kapak Tasarım: Özlem Çanakçı

© 2022 TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi. Bütün hakları saklıdır.

TOBB ETÜ Yayınları

Sertifika no: 41804

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Söğütözü Caddesi No: 43

Söğütözü 06560 Ankara/Türkiye

[www.etu.edu.tr](http://www.etu.edu.tr)

Baskı: TEKSES OFSET Matbaacılık Yayıncılık Org. San. ve Tic. Ltd. Şti.

Sertifika no: 44186

Kazım Karabekir Cad. Kültür İş Hanı No.7/11 Zemin Kat. İskitler / Ankara

Phone: +90 312 341 66 19

---

Kardiyoloji vakalarıyla klinik etik / P. Elif Ekmekci, Banu Buruk, Aksüyek Savaş Çelebi [and sixteen others] ; editör P. Elif Ekmekci.

Ankara : TOBB ETÜ Yayınları, 2022.

pages : tables ; 24 cm

ISBN: 978-975-9116-18-7 (paperback)

ISBN: 978-975-9116-20-0 (e-book)

1.Ethics, Clinical (mesh) 2. Bioethics (mesh) 3. Cardiology -- ethics (mesh) 4. Medical ethics— Case studies (lch) I.Ekmekci, Perihan Elif. II.Buruk, Banu. III. Çelebi, Aksüyek Savaş.

R725.5 (LCCN) WB 60 (NLM) 174.2 (DDC)

---

*Yayında yer alan yazıların içeriğinden bilimsel, etik, yasal ve dil kullanımı açılarından yazarları sorumludur.*

*Kitabın elektronik sürümü TOBB ETÜ Kurumsal Açık Akademik Arşivinde sunulmaktadır:  
<https://gcris.etu.edu.tr/>*

# **İÇİNDEKİLER**

**Önsöz**

**Editor Hakkında**

**Yazarlar ve katkıda bulunanlar**

**Kısaltmalar**

**Sunuş**

**Vaka listesi**

**Vakalar ve etik çözümlenmeleri**

**Kaynaklar**

## Önsöz



TOBB ETÜ Tıp Fakültesinin 10. Yılında, TOBB ETÜ Uluslararası Biyoetik birimi öğretim üyeleri ve öğrenci topluluğu tarafından yazılan bu kitabı sunmaktan memnuniyet duyuyorum. Kitapta gerçek hayat deneyimlerinden derlenen 24 vaka geniş bir etik perspektifle ele alarak analiz edilmiştir. Klinik etik çerçevesinde kardiyoloji uzmanlık alanı için bir ilk olma özelliği taşıyan bu kitap, tüm tıp fakültesi öğrencileri, hekimler ve biyoetik alanında çalışanlar için bir başvuru kitabı olma niteliği taşıyor. Bu kitabın hekimlik uygulamalarında karşılaşılan etik sorunlara yönelik sistematik ve tutarlı yaklaşımlar geliştirilmesi için önemli bir adım olacağı düşüncesindeyim.

***Prof. Dr. M. Nejat AKAR***

*TOBB ETU Tıp Fakültesi Dekanı*

## **Editör hakkında**



Perihan Elif EKMEKÇİ 1971 yılında Ankara'da doğdu. TED Ankara Koleji'nde eğitimini tamamladıktan sonra 1995 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2014 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik alanında doktorasını tamamladı. Halen TOBB ETÜ Tıp Fakültesi'nde Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı başkanıdır.

2006'da Imperial College Tanaka Business School, Londra, Birleşik Krallık'ta araştırma görevlisi olarak bulundu. 2007-2016 yıllarında Sağlık Bakanlığı Türkiye AB İlişkileri Daire Başkanı olarak görev yaptı. 2011-2016 yılları arasında Avrupa Hastalık Kontrol Merkezi Danışma Kurulu'nun Türkiye temsilciliğini yaptı. 2014'te Fogarty/NIH Programı kapsamında Harvard Üniversitesi ve Boston Childrens' Hastanesi ortak programından Araştırma Etiği alanında Yüksek Lisans Sertifikasını aldı. 2016 yılında IRB Western Kurumsal İnceleme

Kurulu Araştırma Etiği Eğitim Programını (WIRB Seattle Washington, ABD) tamamladı.

Halen TOBB ETÜ Tıp Fakóltesi Uluslararası Biyoetik Birimi/ WMA İşbirliği Merkezi başkanı ve dekan yardımcısıdır. TOBB ETÜ'nün Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'nı yürütmektedir. Dünya Tıp Hukuku Birliği ve Uluslararası Biyoetik Biriminin Uluslararası Öğretmenler Forumu üyesidir. Etik ve tıp tarihi konularında seçkin dergilerde yayınlanmış çok sayıda yayını bulunmaktadır. Dr Ekmekci, Springer tarafından 2020 yılında yayınlanan “Yapay Zeka ve Biyoetik” adlı kitabın ortak yazarıdır. Tıp tarihi ve etik üzerine lisans ve yüksek lisans dersleri vermektedir.

**Editör**

Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ

**Yazarlar**

Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ

Dr. Banu BURUK

Doç. Dr. Aksüyek Savaş ÇELEBİ

Afra ŞEKERCİ

Ahmet Emre DEMİRKAYA

Asya EROL

Begüm GÜNEŞ

Berk ATALAY

Ebru SAFKURŞUN

Ece Deveci

Fadime GÖKER

Gözde TEKMEK

Irmak GÜVENÇ

Latife Büşra ÇOKASLAN

Manolya Bergüzar ŞEKERLİSOY

Mehmet Can AKSOY

Sıla ULUDAĞ

Simge TUNA

Sümeyye YOLDAŞ

**Danışmanlar**

Prof. Dr. Berna ARDA



Prof. Dr. Müberra Devrim GÜNER

**Çeviri Editörleri**

Ahmet Emre DEMRKAYA

Ece DEVEC

**Kapak Tasarımı**

Özlem anakı

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açılımları</b>
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AF	Atrial Fibrilasyon
ALT	Alanin Aminotransferaz
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
EPS	Elektrofizyolojik Çalışma
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
ICD	Implantable Cardiac Defibrilator- Kalp Pili
INR	International Normalized Ratio, Uluslararası Düzeltme Oranı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KPR	Kardiyoplumoner Resüsitasyon
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MRA	Muskarinik Reseptör Antagonistleri
NSTEMI	ST segment yükselmesiz miyokard enfarktüsü
PVC	Prematür Ventriküler Kompleks
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGLT-2	Sodyum Glikoz Ko-transporter-2
TEE	Transözofageal Ekokardiyografi

## Sunuş

Etik en genel anlamda insan davranışlarına temel oluşturan değerlerle ilgili bir disiplindir. İnsanın kendisi ile, diğer insanlarla, çevreyle ve teknolojiyle kurduğu tüm ilişkiler etiğin kapsamı içindedir. Etik bu ilişkiler içinde neyin doğru neyin yanlış olduğu ile ilgilidir. Normatif etik, ahlaki açıdan kabul edilebilir davranışlarda hangi normların neden önemli olduğunu yani neyin doğru neyin yanlış olduğunu ve neyin yapılması neyin yapılmaması gerektiğine ilişkin normları/ kuralları ortaya koyan etik alanıdır. Normatif etiğin bir alt dalı olan pratik ya da uygulamalı etik ise kavramsal olarak tanımlanmış normların günlük yaşamda ya da mesleki uygulamalarda karşılaşılan değer sorunlarına uygulanması ile ilgilenen alandır.

Tıp etiği, pratik etiğin en gelişmiş dallarından birisidir. Tarih boyunca iyi hekim kavramı, mesleği icra etmek için gerekli bilgi (*episteme*) ve teknik becerinin (*techne*) yanı sıra etik donanıma sahip olmayı kapsamıştır. Tıp etiği, hekim olmanın ayrılmaz bir yapıtaşı olarak onunla beraber gelişmiştir. Günümüzde tıp etiği başlığı altında araştırma ve yayın etiği, halk sağlığı etiği, işyeri hekimliği etiği ve klinik etik gibi özel alanlar tanımlanmaktadır.

Bu kitap bu özel alanlardan klinik etiğe eğilmekte ve klinikte karşılaşılan etik sorunları kardiyoloji branşı özelinde ele alarak incelemektedir. Vakaların etik analizinde mümkün olduğunca geniş bir perspektif sunabilmek için ilke temelli etik analiz yanı sıra deontolojik kuram, faydacı kuram gibi farklı etik yaklaşımlara ve dört kutu yöntemi gibi pratiğe yönelik etik çözümleme metodolojilerine yer verilmiştir. Metodolojide bu çeşitliliğin sunulmasındaki temel neden,

klirikte karşılaşılan etik sorunların çoğu zaman tek bir norm ya da kurama dayalı olarak çözülemeyecek etik ikilemler içermesidir.

Klinikte karşılaşılan etik sorunların çözümlesindeki ilk adım etik sorunun varlığının saptanmasıdır. TOBB ETÜ Tıp Fakültesinde tüm dönemlere entegre edilerek verilen etik eğitiminin ilk hedefi hekimlik pratiğinde ortaya çıkan etik sorunları tanıyabilecek etik duyarlılığın geliştirilmesidir. Etik sorun ya da etik ikilem hekimin karar vermektan kaçınmasının mümkün olmadığı, kararın vicdani sorumluluğunu üstlenmekten başka seçeneği olmadığı durumlardır. Bu kaçınamazlık durumu nedeniyle hekimin etik karar verme alanında donanımlı olması şarttır. Eğer bu donanım tıp eğitimi esnasında verilemezse, hekim etrafındaki uygulamaları taklit etmek, doğru ya da yanlışlığını sorgulamadan kopyalamak ya da farkına varabildiği ölçüde etik sorunları tanımlayıp kişisel çözümler üretmeye çalışmak seçenekleri ile karşı karşıya kalır.

Birinci seçenek çoğu zaman var olanı sorgulamadan devam ettirmek olarak pratiğe yansır ve genellikle “herkes böyle yapıyor, ben yapmasam başkası yapacak” cümleleri ile savunulmaya çalışılır ve yanlış tutumun yeniden üretilmesine neden olur. İkinci seçenek ise tanımlanan etik sorun karşısında doğru eylemin ne olduğuna karar vermeyi gerektirir. Etik karar süreci anlaşmazlıklara ve farklı fikirlere açık olmalı, birbiri ile çelişen iyi temellendirilmiş argümanların üzerinde sistematik olarak düşünülmesini kapsamalıdır. Sürecin asıl amacı iyi temellendirilmiş, üzerinde düşünölmüş yargılara ulaşmaktır. Bu kitap, söz konusu karar sürecinde hekimlere bir rehber olma amacını taşımaktadır.

Bu kitapta yer alan 24 vakanın tamamı gerçek yaşam deneyimlerinden derlenmiştir. Vakalar kardiyoloji kliniğinden geliyor olsa da içerdikleri etik sorunlar hemen her klinik alanında ve hekimlik pratiğinin uygulandığı her sağlık kurumunda karşılaşılabilecek niteliktedir. Bu nedenle bu kitap sadece kardiyologlar ve bu alanda uzmanlaşmak isteyen hekimler için değil, tüm tıp fakültesi öğrencileri ve uzmanlık alanları için etik düşünme ve çözümleme konusunda yol gösterici olabilir.

Bu kitapta yer alan vakaları derleyen Doç. Dr. Aksüyek Savaş Çelebi'ye ve vakaların öykülerinin yazılmasında ve çevirilerin yapılmasında yer alan TOBB ETÜ Uluslararası Biyoetik öğrenci topluluğu üyelerine, vaka analizlerine katkıda bulunan Dr. Banu Buruk'a, projenin bilimsel ve etik danışmanlığını yürüten Prof. Dr. Berna Arda ve Prof. Dr. Müberra Devrim Güner'e, kitabın tasarım ve düzenlemesini yapan Özlem Çanakçı'ya, ve tüm süreç boyunca bizi cesaretlendirerek destekleyen Prof. M. Nejat Akar'a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Keyifli okumalar...

***Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ***

*TOBB ETÜ Tıp Fakültesi*

*Uluslararası Biyoetik Birimi /Dünya Hekimler Birliği Ortaklık Merkezi*

*Dekan Yardımcısı*

*Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı*

<b>Vaka numarası</b>	<b>İçerik</b>	<b>Etik sorun alanları</b>	<b>Etik analiz yöntemi</b>
<b>1. Vaka</b>	Ciddi kardiyak sorunları olan hasta hekimin önerdiği bilimsel kanıta dayalı tedavi yerine sirke kullanmak istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Özerkliğe saygı</li> <li>• Sahte bilim</li> </ul>	İlke temelli yaklaşım Erdem etiği
<b>2. Vaka</b>	Hekim hastasına ait görselleri eğitim amacıyla kullanmak istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizlilik ve mahremiyet</li> <li>• Hekim hasta ilişkisi</li> </ul>	İlke temelli yaklaşım Erdem etiği
<b>3. Vaka</b>	Hasta alışkanlıkları hakkında eşine yalan söylüyor. Hekimden sırrını saklamasını istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizlilik ve mahremiyet</li> <li>• Hekim hasta ilişkisi</li> <li>• Kültürel normlar</li> </ul>	Erdem etiği
<b>4. Vaka</b>	Karar verme yeterliliği olmayan hasta acil serviste girişim yapılması talebinde bulunuyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Aydınlatılmış onam-karar verme yeterliliği olmayan hasta</li> <li>• Acil imtiyazı</li> </ul>	İlke temelli yaklaşım

<p><b>5. Vaka</b></p>	<p>Karar verme yeterliliği tam olan ve acil olarak tıbbi girişime gereksinim duyan hasta kendisi adına verilecek kararlar konusunda bir yakınını yetkilendiriyor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Aydınlatılmış onam-karar verme hakkının devri</li> </ul>	<p>İlke temelli yaklaşım</p>
<p><b>6. Vaka</b></p>	<p>Hekim anjiyografi için hastayı sedatize ettikten sonra aydınlatılmış onam almayı unuttuğunu fark ediyor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Özerkliğe saygı</li> </ul>	<p>İlke temelli yaklaşım</p>
<p><b>7. Vaka</b></p>	<p>Emekli hekim kendi tedavisini planlamak istiyor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hekim-hasta ilişkisi</li> <li>• Sağlık kurumlarının yasal sorumlulukları</li> <li>• Hekimlerin hastalarına karşı görevleri</li> </ul>	<p>İlke temelli yaklaşım Erdem etiği</p>

<p><b>8. Vaka</b></p>	<p>Hasta TTE esnasında sedasyona gereksinim duyuyor. Ancak sedasyon konusunda işlem öncesinde hastaya bilgi verilmemiş ve onam formunda bu konuda bir uyarı yok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Aydınlatılmış onam-süreç</li> <li>• Hafif paternalizm</li> </ul>	<p>İlke temelli yaklaşım Erdem etiği Etik ikilem durumlarında dengeleme</p>
<p><b>9. Vaka</b></p>	<p>Hasta sosyal endikasyonlar nedeniyle COVID-19 testinin sonucu beklenmeden girişimde bulunulmasını talep ediyor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karar verme süreci</li> <li>• Rasyonel endişe</li> </ul>	<p>Dört kutu yöntemi</p>
<p><b>10. Vaka</b></p>	<p>Eğitim araştırma hastanesine gelen hasta tedavi sürecine öğrencilerin dahil olmasını reddediyor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta hakları - sınırlar</li> <li>• Asistan ve öğrencilerin hasta bakım sürecine katılımı</li> </ul>	<p>Dünya Hekimler Birliği Lizbon Bildirgesi</p>
<p><b>11. Vaka</b></p>	<p>Hasta, işyeri hekiminden sağlık sorunlarını işverene bildirmemesini istiyor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizlilik ve mahremiyet</li> <li>• Hekimin ikili rolü</li> </ul>	<p>Deontolojik yaklaşım</p>



<b>12. Vaka</b>	Hasta kardiyak bir sorunu olduğu konusundaki endişesinin giderilmesi için anjiyografi yapılmasını talep ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hekimin karar sürecindeki rolü ve sorumluluğu</li> <li>• Zararın önlenmesi</li> </ul>	Hekim hasta ilişkisinde dört model
<b>13. Vaka</b>	Hipertrofik kardiyomiopatiye bağlı erken ölüm riski olan çocukların annesi testlerin yapılmasını reddediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yerine karar verme</li> <li>• Hekimin yetki ve sorumlulukları</li> <li>• Küçüklerin rıza verme kapasitesi</li> </ul>	Yediler kuralı Yerine karar vermenin etik dayanakları
<b>14. Vaka</b>	İki ayrı uzman tarafından anjiyografi yapılması önerilen hasta yanlış tanı konduğu düşüncesiyle girişimi reddediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karar verme yeterliliği</li> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Özerkliğe saygı</li> </ul>	Risk değerlendirme matrisi
<b>15. Vaka</b>	Terminal dönem kanser hastası kardiyak problemleri için ICD talep ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boşuna tedavi</li> <li>• Kısıtlı kaynakların verimli kullanılması</li> </ul>	Vaka temelli yaklaşım

<b>16. Vaka</b>	Uzak yerde yaşayan hasta hekimin kendisini görmeden ilaç yazmasını talep ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanal konsültasyon</li> <li>• Zarar vermeme</li> <li>• Hekimlerin rol ve sorumlulukları</li> </ul>	İlke temelli yaklaşım
<b>17. Vaka</b>	Yüksek riskli hasta imkanları kısıtlı bir hastanede tedavisinin yapılması için ısrar ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hekim-hasta ilişkisi-paternalist ve yorumlayıcı model</li> <li>• Karar verme süreci</li> </ul>	Dört kutu yöntemi
<b>18. Vaka</b>	KAH hastası reçeteli ilaçlarının yanı sıra hacamat yaptırmak istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sözde bilim</li> <li>• Bilimsel bilginin etik değeri</li> <li>• Hekimin savunuculuk sorumluluğu</li> </ul>	Deontolojik yaklaşım
<b>19. Vaka</b>	Yaşlı hasta yakınları onu almaya gelmek için uygun olana kadar hastanede yatmaya devam etmek istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kısıtlı kaynakların adil dağıtımı</li> <li>• Yarar sağlama</li> </ul>	Dört kutu modeli
<b>20. Vaka</b>	Deneyimsiz bir dermatolog uçuş sırasında dispnesi olan hastaya müdahale etmekten çekiniyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acil durumda risk fayda analizi</li> <li>• Uçuş acil durumları</li> </ul>	Vaka temelli yaklaşım

<b>21. Vaka</b>	Hasta, tedavi masraflarını sigortaya ödetmek için hekimden gerçek dışı beyanda bulunmasını istiyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yarar sağlama</li> <li>• Kandırma ve sadakat</li> </ul>	Faydacı yaklaşım Deontolojik yaklaşım
<b>22. Vaka</b>	Hasta için uygun koroner stend olmadığı için renal arter stendi ruhsatlı endikasyon dışı ( <i>off-label</i> ) olarak kullanılıyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlaç ve tıbbi cihazların endikasyon dışı kullanımı</li> <li>• Yarar sağlama</li> </ul>	Risk değerlendirme matrisi
<b>23. Vaka</b>	Kişisel bilgileri öğrenciler tarafından ifşa edilen hasta tedavisine öğrencilerin dahil olmasını reddediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gizlilik ve mahremiyet</li> <li>• Hasta hakları</li> </ul>	İlke temelli yaklaşım
<b>24. Vaka</b>	Hasta anjiyografisini n uzman tarafından değil profesör doktor tarafından yapılmasını talep ediyor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta hakları</li> </ul>	Erdem etiği Dünya Hekimler Birliği Lizbon Bildirgesi

## 1. Vaka

Koroner arter hastalığı (KAH) tanısı konan 60 yaşında erkek hasta rutin kontrol için kardioloji kliniğine geldi. Laboratuvar testleri sırasında düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) değeri 160 mg/dL olarak bulundu. Kardiyolog, uzun vadede LDL seviyelerini düşürmek, kardiyovasküler riski azaltmak ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkları önlemek için hastaya bir statin grubu ilacı (lipid düşürücü bir ajan) kullanılmasını önerdi. Kardiyolog, hastadan bilgilendirilmiş onam alırken, ilacın yararları ve riskleri hakkında şu bilgileri açıkladı: “Statinlerin, özellikle deneysel modellerde ateroskleroz tedavisinde faydası olan anti-inflamatuar ve antioksidan etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, karaciğere zarar vermek de dahil olmak üzere bazı advers etkileri olabilir. Statinler, hastaların %0,5-3’ünde hepatoselüler hasarla ilişkili olarak plazmada ALT düzeyinin artmasına yol açabilir. Bu sayılara rağmen, alanin aminotransferaz (ALT) değerinin yükselmesinin gerçek hepatotoksisite veya karaciğer fonksiyonundaki değişiklikler ile ilişkili olduğu gösterilememiştir ve karaciğer yetmezliğine ilerleme son derece nadirdir”<sup>1,2</sup> Hekim ayrıca miyopatinin olumsuz riskini de ekledi ve hastaya miyalji geliştirirse onu bilgilendirmesini önerdi. Hasta bu bilgiyi aldıktan sonra statinleri kullanmak istemediğini çünkü şimdi duyduklarının statinlerin ne kadar zararlı olduğuna dair önceki düşüncelerini desteklediğini söyledi. Hasta bu olumsuz etkilerden korktuğunu, statin yerine internette birçok faydasını okuduğu için "alıç sirkesi" kullanacağını ve bir arkadaşının bu organik ilaçtan faydalandığını söyledi.

## **Etik sorunlar**

Fayda sağlama, özerkliğe saygı, sözde bilim

## **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

Amerikan Kardiyoloji Koleji'nin mevcut yönergelerine göre, alıç sirkesinin koroner arter hastalığının kabul edilen bir tedavisi olmadığını lütfen unutmayın<sup>3</sup>.

1. Hekim, hastanın kendi tedavisini belirleme hakkını anlar ve kabul eder, hastanın alıç sirkesi kullanım kararına saygı duyar.
2. Hekim, erkek KAH hastalarında yüksek LDL değerinin kısa ve uzun vadeli risklerini açıklar, hastayı alıç sirkesinin bilimsel olarak geçerli bir tıbbi tedavi olmadığına ve kanama süresinin uzaması gibi ciddi yan etkileri olduğuna ikna eder.
3. Hastanın tıbbi tavsiyelerini reddetmesi nedeniyle hekim hastanın tedavisini planlamaz, hastayı başka bir hekime sevk eder.

## **Etik Analiz**

Birinci vakadaki etik konular iki farklı etik bakış açısı çerçevesinde tartışılabilir.

Bunlardan ilki, ilkeci etik kuram temelli yaklaşımdır. Biyomedikal etiğin çağdaş ilkeleri dört temel ilkedен oluşur. Bunlar; fayda sağlama, zarardan kaçınma, özerkliğe saygı ve adalettir. Bu ilkeler arasında hiyerarşik bir düzen yoktur, dolayısıyla etik bir ikilemle karşı karşıya kaldığında bu ilkeleri belirlemek ve dengelemek hekimin görevidir<sup>4</sup>. Bu vakadaki etik ikilem fayda sağlama, zarardan kaçınma ve özerkliğe

saygı ilkeleri arasındadır. Hekim, ikileme yaklaşırken ve fayda sağlama ve özerkliğe saygıya karşı zarardan kaçınmayı dengelerken, her bir ilkenin bu vakaya nasıl uygulanacağını dikkatle incelemelidir.

Hastanın uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde daha büyük sorunlara yol açabilecek ciddi bir sağlık durumunun olduğu aşıkardır. Hekim tarafından sunulan tedavi kanıta dayalı tıbbı dayalıdır ve hastaya fayda sağlayacağına dair yeterli bilimsel kanıt mevcuttur. Bunlar, fayda sağlama konusunda harekete geçmek için iyi nedenler sağlar. Statinlerin yan etkileri iyi tanımlanmıştır ve hasta düzenli olarak kontrol edilirse bu yan etkiler yönetilebilir. Öte yandan alıç sirkesinin hastaya zarar verebilecek ciddi yan etkileri vardır ve KAH'daki etkinliği hakkında bilimsel olarak kanıtlanmış bir bilgi yoktur.

Söz konusu ikinci ilke olan özerkliğe saygı, hastanın karar verme prosedürünü titizlikle incelediğimizde bazı eksikliklere sahiptir. Hastanın bilgilendirilmiş onamını almak, hastanın özerk karar vermesine saygı duyma şeklimizdir. Beauchamp ve Childress, bilgilendirilmiş onamın yedi unsurunu tanımlamıştır. İlk iki unsur yeterlilik ve gönüllülüktür. Bu ikisi, uygun bir bilgilendirilmiş onam prosedürünün ön koşulları olarak kabul edilir. Bunları bilgi unsurları takip eder: bilginin açıklanması bir eylem planının tavsiye edilmesi ve hastanın bu ikisini anlaması. Son iki unsur ise hastanın kararı ve kararlaştırılan planın yetkilendirilmesidir<sup>5</sup>. Bu vakada bilgilendirilmiş onam ön koşulları karşılanmaktadır. Hasta yetkindir ve karar vermeye isteklidir. Vakaya dair çok fazla ayrıntı verilmemesine rağmen, aydınlatmanın temel unsurlarından olan bilginin açıklanması ve bir eylem planının tavsiye edilmesinin de bu süreçte yerine getirilmiş

olduğunu varsayabiliriz. Ancak hastanın bilgiyi kavrayamaması ve bilimsel olarak kanıtlanmış bilgi yerine yanlış bir inanca göre hareket etmeyi tercih etmesi, hastanın karar verme sürecinde sorun olduğunu gösterir. Hastanın kararının bilimsel olarak kanıtlanmış tıbbi kanıtlar yerine sözde bilime dayanması, hastanın buna göre karar verdiği önermeye inanmakta haksız olduğunu gösterir. Hastanın sağlık sorunu önemli bir mortalite/morbidite riski içeriyorsa, hastanın kararı etik açıdan geçersiz hale gelebilir. Bu durumda hekim haklı olarak fayda sağlayacak şekilde hareket etmeyi seçebilir ve hastanın kararını geçersiz kılabilir. Bu vaka, tedaviyi reddetme hakkının mutlak olmadığını ve bu hakkın bahsi geçen sağlık sorununun hastanın iyiliği için yüksek bir risk teşkil ettiği durumlarda sorgulanması gerektiğini ima etmektedir<sup>6</sup>.

Bu sonuç, bu vakada başvurduğumuz ikinci yaklaşım olan erdem etiği perspektifi tarafından desteklenmektedir. Tıp bilimlerinde erdem etiği perspektifi, tıp etiğinin merkezine hekimin erdemli ahlaki karakterini yerleştirir ve “hekimin iyi ahlaki karakterinin, hastasının iyiliğini sağlamanı nasıl mümkün kıldığını” araştırır<sup>7</sup>. Bu açıdan hastanın yararı ve sağlığı soyut ilkelere daha önemlidir ve etik ikilemlerde dahi doğru yolu bulmak hekimin görevidir. Doğru davranış biçimini bulmanın yolu, hekimin muhakeme, anlama ve akıl yürütme gibi erdemlerine bağlıdır. Bu erdemlerin tıbbi pratikte gösterilmesi, hastanın yararının sağlanmasını mümkün kılar. Erdem temelli yaklaşım, hekimlere ilkelerin sınırlarının ötesinde düşünmek ve hareket etmek için daha fazla esneklik sağlar. Mevcut vakada erdemli hekim, hastanın kararını hemen kabul etmek zorunda değildir, bunun yerine hastanın belirli niteliklerine özel bir dikkat göstererek bu kararın

arkasındaki mantığı anlamaya çalışır. Bunu yaparken hekimin temel amacı, hastanın sağlık durumunu iyileştirecek en uygun çözümü bulmaktır. Bu bakımdan hastanın kararını geçersiz kılmak kabul edilebilir olacaktır. Ancak hastanın kararı kabul edilmese bile erdemli hekim, herhangi bir kırgınlığa mahal vermemek için hastayla etkili iletişim kurabilecek karakter özelliklerine sahip olmalıdır.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>François Mach, Colin Baigent, Alberico L Catapano, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: *lipid modification to reduce cardiovascular risk*: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

<sup>2</sup>Rosenson R, Statins. Actions, side effects, and administration. In: Post TW, ed. *UpToDate*. UpToDate; 2021. Accessed December 18, 2021. [Statins: Actions, side effects, and administration - UpToDate](#)

<sup>3</sup>Fihn SD, Blankenship JC, Alexander KP, et al. 2014 ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64(18):1929-1949. doi:10.1016/j.jacc.2014.07.017

<sup>4</sup>Etik ikilem, ilgili etik ilkelerin ve/veya ahlaki yükümlülüklerin etik temsilcinin en az iki uyumsuz şekilde hareket etmesini gerektirdiği durumdur.

<sup>5</sup>Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford Uni. Press; 2019:24.

<sup>6</sup>Hekimlere, hastanın inançlarının rasyonel olup olmadığını sorgulamasını ve irrasyonel inançlara dayandırılmışsa hastanın



---

kararlarını geçersiz kılmasını önermediğimize dikkat edin. Bir hasta, kendisi için karar vermek ve buna göre hareket etmek konusunda tamamen haklıdır. Ancak bir hasta bilimsel olarak kanıtlanmış bilgilere karşı karar verirse ve bu karar hayatını riske atıyorsa, hekim bu kararın nedenlerini anlamaktan etik olarak sorumludur.

<sup>7</sup>Kotzee B, Ignatowicz A, Thomas H. Virtue in Medical Practice: An Exploratory Study. *HEC Forum*. 2017;29(1):1-19. doi:10.1007/s10730-016-9308-x

## **2. Vaka**

Seksenüç yaşında kadın hasta, sol ayağının bir ve ikinci parmaklarında nekroz ve egzersizle artan, istirahatte devam eden sol bacak ağrısı şikâyeti ile hastaneye geldi. Nöbetçi kardiyolog periferik anjiyografi yaptı ve sol yüzeysel femoral arterde %100 ostial oklüzyon tespit etti. Tıkanan lezyona perkütan translüminal balon anjiyoplasti uygulanarak aynı seansta darlık açıldı. Kardiyolog bu vakayı oldukça zor bulduğu için periferik anjiyografi ve nekrotik parmak görüntülerini eğitim amaçlı sosyal medyada paylaşmak istedi.

### **Etik sorunlar**

Gizlilik ve mahremiyet, hekim-hasta ilişkisi

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim hastanın yazılı onayını almalı ve bu onay olmadan herhangi bir sosyal medya paylaşımı yapmamalıdır.
2. Hekim, hastanın kimliğini gizlemek için görüntülerin anonimleştirilmesi durumunda hastanın izni olmadan da paylaşımında bulunabilir.

### **Etik Analiz**

Etik literatüründe kişisel veriler daha çok gizlilik ve mahremiyet çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu iki kavram sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılsa da aslında içerik ve kapsamaları farklıdır. İkinci vakada, bu farklılıklar etik değerlendirmede çok önemli bir rol oynamaktadır.

Gizlilik kavramı hemen ilk olarak Aristoteles'in felsefesinde bireyin özel ve aile hayatına özgü olan kişisel alanını tanımlamak için ortaya çıkmıştır. O zamandan beri gizlilik, fiziksel gizlilik, veri gizliliği, karar verme sürecinin gizliliği, mülkiyet gizliliği veya ilişkisel gizlilik gibi çeşitli özel alanları belirtmek için kullanılmıştır. Tıp etiğinde günümüz gizlilik kavramının iki ana yönü vardır. Birincisi kişisel bilgileri üçüncü şahıslardan uzak tutmak, ikincisi ise bireye kendi kararlarını vermesi için ayrılmış olan özel bir alandır<sup>1</sup>. Öte yandan mahremiyet, etik bir temsilcinin kendisine emanet edilen başka bir kişinin kişisel verilerini ilgisiz veya yetkisiz kişilerin erişiminden uzak tutma göreviyle ilgilidir<sup>2</sup>.

İkinci vakada hekimin hastanın görüntülerini sosyal medyada paylaşma gerekçesi her iki kavramı da zorlamaktadır.

Hekim-hasta ilişkisi güvene dayalıdır. Hasta, fiziksel bedeni, özel hayatı ile ilgili detayları veya kişisel verileri gibi münhasır bilgilerini, sağlığının iyileştirilmesi için yardım almak amacıyla hekimle paylaşır. Bu güven, hekimin yegâne ve birincil amacının hastanın sağlığını iyileştirmek olduğu ve paylaşılanların yetkisiz üçüncü şahıslardan uzak tutulacağı inancına dayanır. Başka bir deyişle, hekime açıklanan özel hususlar; hekimin, hastanın sağlığını geri kazandırmadaki rol ve sorumluluğu ile sınırlıdır. Ek olarak, açıklanan bilgilerin gizliliği, üçüncü kişilerin hastaya sağlık hizmeti sunumuna dahil olması bakımından da sınırlıdır. Bu açıdan görüntülerin tedavi sürecine dahil olmayan kişilerle paylaşılmasının hastanın hekime olan güvenini zedelediği; hastanın gizliliğini ve mahremiyetini ihlal ettiği için etik açıdan uygun olmadığını söylemek mantıklıdır. Bu gerekçelerle,

görüntüleri sosyal medyada paylaşmadan önce hekimin hastanın aydınlatılmış onamını almasının etik açıdan daha uygun olacağı ileri sürülebilir. Bununla birlikte, bu argümanı seçmeden önce “sosyal medya” kavramına biraz daha yakından bakmalıyız. Yüklenen verilerin mahremiyeti ve gizliliği konusunda farklı güvenlik önlemleri bulunan çeşitli platformlar vardır, bu nedenle bilgilendirilmiş onam süreci sırasında hem hekim hem de hasta bu önlemler konusunda titiz olmalıdır.

Başka bir tartışma anonim veriler üzerinedir. Hekim görüntüleri internette paylaşmadan önce anonimleştirirse bu durum etik açıdan bir fark yaratır mı? Hekimin hastanın bilgilendirilmiş onamını yine de alması gerekir mi? İlkeye dayalı etik perspektifle, anonimleştirilmiş veriler bireye kadar takip edilemediğinden ne gizliliğin ne de mahremiyetin artık konuyla alakalı olmadığı, dolayısıyla bilgilendirilmiş onam gerekmediği iddia edilebilir. Bu argüman ilk bakışta akla yatkın görünse de erdem etiği açısından bakıldığında bu tutumun hasta ile hekim arasındaki güveni de zedelediğini görebiliriz. Daha önceki paragraflarda tartıştığımız gibi, hasta özel bilgilerini yalnızca kendi sağlığına ve iyiliğine hizmet edecek amaçlarla kullanılacağı ve gizliliğine saygı gösterileceği beklentisiyle (güveniyle) hekimle paylaşır. Bu şartlar altında, hekim bu verileri anonimleştirmiş olsa bile paylaşmakta özgür değildir. Hastanın güvenini korumak ve bu güvene saygı duymak için hekimin şu ibare ile hastanın aydınlatılmış onamını alması gerekir: “Hekiminiz sizinle ilgili her türlü görseli veya veriyi anonimleştirdiği sürece ve paylaşımındaki bilginin kime ait olduğu aşikâr olmayacak şekilde sosyal medyada paylaşabilir.”

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Allen A. Chapter 2: Genetic Privacy: Emerging Concepts and Values. *Genetic Secrets: Protecting Privacy and Confidentiality in the Genetic Era*. In: Rohstein M, ed. Yale Uni. Press; 1997: 31–59.

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford Uni. Press; 2013.

### **3. Vaka**

Uzun süredir, nefes darlığı dışında şikâyeti olmayan 40 yaşındaki kadın hasta KAH tanısı ile takip edilmekteydi. Bu sefer devam eden nefes darlığı şikâyetleri için eşiyle birlikte kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Kardiyolog, kocasının yanında hastayla hastalığının seyri hakkında konuştu, nefes darlığını neyin tetiklediğini bulmak için diyetini ve alışkanlıklarını kontrol etti. Kardiyolog, semptomlar için herhangi bir neden bulamadığından, nedeni bulmak için ekokardiyografi (EKG) yapmayı planladı. Test için EKG odasına gittiklerinde hasta, sigara ile ilgili soruları cevaplarken dürüst davranmadığını ve sigara içtiğini ancak eşinin bundan haberi olmadığını söyledi. Hekimden bu durumu kocasından saklamasını istedi.

### **Etik Sorunlar**

Mahremiyet/gizlilik, hekim-hasta ilişkisi, kültürel normlar

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim anlayışlı davranmalı ve hastanın isteğine saygı duyup bu bilgiyi hastanın eşiyle paylaşmamalı.
2. Hekim, sigara içmenin KAH hastaları için çok riskli bir alışkanlık olduğunu söylemeli. Hastaya sigarayı bırakması gerektiğini ve bu bağımlılıktan kurtulurken eşinin desteğine ihtiyacı olacağını söylemeli. Hastayı, bu durumu kocasına açıklamaya ikna etmeye çalışmalı.

## **Etik Analiz**

Hekim-hasta ilişkisi, samimi ve mahrem bir ilişkidir. Bu özel ilişkinin nedeni ve amacı hastaya fayda sağlamaktır. Samimiyet bu amaç için önemlidir çünkü hekimin hastanın yaşam tarzı, alışkanlıkları ve diyetiyle ilgili belirli ayrıntıları bilmeksizin sağlık sorununa nelerin yol açtığını belirlemesi imkânsız değilse de çok zor olacaktır. Bu samimiyetin ön koşulu, hekime iletilen mahrem bilgilerin gizli tutulacağına ve ilgisiz üçüncü şahıslara açıklanmayacağına olan inanç ve güvendir. Bu noktada gizliliğin ön plana çıktığı görülür.

Öte yandan kültürel ve dinsel öğelerin tıp etiği kavramları üzerinde etkisi vardır. Bazı ülkelerde, kadınların hastaneye kabul edildiklerinde yanlarında bir erkek akrabasının bulunması gerekmektedir. Bu zorunluluk kültürel öğelerden veya inanç sisteminden kaynaklanıyor olabilir. Her iki durumda da bu müdahale hekim-hasta ilişkisindeki mahremiyetini ve gizliliğini riske atmaktadır. Diğer bazı kültürlerde cinsiyet fark etmeksizin aile üyeleri, akrabalar ve hatta yakın arkadaşlar gibi üçüncü şahısların katılımı gelenekleşmiş olabilir. Bu kültürlerde gizlilik, mahremiyet ve bireysel özerklik gibi temel kavramlar, Batı ülkelerindeki önde gelen liberal bireysellik teorilerinden farklı şekilde kavramsallaştırılmaktadır.

Ubuntu etiği, geleneklerin ve kültürün temel etik kavramlarını nasıl etkilediğini anlamak için iyi bir örnektir. Ubuntu, Afrikalıların kültüründen, dininden ve kolektif bilincinden kaynaklanan bir yaşam ve dünya görüşüdür<sup>1</sup>. Ubuntu etiği; bireyleri, toplumun dinamikleri aracılığıyla birbirleriyle ilişkili olan topluluğun yapı taşları olarak tanımlar. Dolayısıyla bireylerin haklarının ve mevcudiyetinin toplumun

inşasında saklı olduğunu söylemek akla yatkındır. Bu perspektifte, bireysel hakların ancak bireyin içinde yaşadığı toplum bağlamında anlam kazanabileceği ifade edilerek, bireysel haklar toplumsal haklar temelinde tanımlanmaktadır. Benzer bir bakış açısı olan "toplumun ve bireyin refahı arasındaki karşılıklı bağımlılığı anlamının ve başkaları ve kendi için iyiyi dengelemenin bireyin ahlaki olgunluğunun sonucu olduğu"<sup>2</sup> düşüncesi kimi Asya ülkelerinde de mevcuttur. Bu bakış açıları, topluluk bireyden önce gelir. İnsanların bir arada yaşamasının refahı; kendi kendine özerklik, gizlilik ve mahremiyet dahil olmak üzere bireysel haklardan daha önemlidir<sup>3</sup>.

Elbette bu bakış açısının klinik etik üzerinde ve özellikle hekim-hasta ilişkilerinde etkileri vardır. Üçüncü kişiler, kendilerini hekim-hasta ilişkisinin asli unsuru olarak görürler ve kişisel sağlık verilerine erişim hakkı talep edebilirler ve karar alma süreçlerinde aktif rol alabilirler.

Mevcut durumda, toplum içinde yetişmiş ve toplumun kendisine öğrettiklerinin ötesinde bireysel haklar konusunda etik bir bilince sahip olmayan bir hekim için ikinci seçenek daha makul olacaktır. Aynı şekilde, etik alanı liberal bireyci bakış açısıyla sınırlı olan bir hekim, ilk etapta kocanın muayene odasında bulunmasını kabul edilemez bulacaktır ve ancak hasta onun varlığına rıza gösterdiğini onaylarsa kocasına izin verecektir. Batı perspektifi odaklı ilkeci etik kuram temelli yaklaşımın ve Batı dışı toplumsal değer temelli etiğin her ikisinin de insan haklarını ihlal etmeden, kültürel farklılıklara saygı gösterme konusunda ciddi sınırlamaları olduğunu söylemek akla yatkındır.

Öte yandan erdem etiğine dayalı bir etik bakış açısı, bir hekimin farklı kültürlerden hastalarla ilgilenirken ihtiyaç duyduğu esnekliği ve açık



düşünceyi sağlayabilir. Bu yaklaşım; hekimin, hekim-hasta ilişkisinin merkezine temel bir erdem olan güveni koymasını, güveni tesis etmek ve sürdürmek için etkin iletişimi ana araç olarak kullanmasını ve bu ilişkinin temel amacı olan hastaya fayda sağlamaya odaklanmasını sağlayabilir<sup>4</sup>.

Tartıştığımız durumda toplumsal değerlere saygı gösterilmesi ve kocanın odaya alınması makul olacaktır. Ancak hekim, hastanın yanında konuşurken rahat olup olmadığını anlamak için hastanın hem sözlü hem de sözlü olmayan iletişimini takip etme becerilerini kullanmalıdır. İkincisi; hekim, sürece kim dahil olursa olsun, hekim-hasta ilişkisinin ikisi arasında samimi ve mahrem bir ilişki olduğunu ve hastanın değerlerinin, seçimlerinin diğer tarafların görüşlerinden önce geldiğini unutmamalıdır. Bu nedenle hastanın sigara içme alışkanlığına ilişkin bilgilerin gizli tutulması talebi meşrudur. Erdemli bir hekim, hastanın sağlığı için somut bir risk oluşturmadığı sürece, hastanın mahremiyetine ve gizliliğine saygı göstermelidir. Bu durumda; özel bilgilerin gizli tutulması, hekimin KAH'ta sigara içmenin riskleri hakkında bilgi verme ve bu alışkanlığı bırakmak için etkili araçlar önerme gibi etik görevlerinden alıkoymaz. KAH'ta sigara içimi ile artan morbidite ve mortalite arasındaki nedensel ilişki hakkında bilgi verildikten sonra, hekim eşine süreç hakkında bilgi vermeyi de içerebilecek bir sigarayı bırakma planı önerebilir. Bununla birlikte, önerilen planı kabul edip etmemek yine de hastanın özerk kararıdır.

---

## **Referanslar**

<sup>1</sup>Coetzee, P.H. & Roux, A.P.J. (Eds.). The African philosophy reader. London: Routledge, 2001.

---

<sup>2</sup>Ekmekci PE, Arda B. Interculturalism and Informed Consent: Respecting Cultural Differences without Breaching Human Rights. *Cultura. International Journal of Philosophy of Culture and Axiology* 2017;14(2):159-173.

<sup>3</sup>Chuwa, L.T. African indigenous ethics in global bioethics: Interpreting Ubuntu. Dordrecht: Springer, 2010

<sup>4</sup>Pellegrini CA. Trust: The Keystone of the Patient-Physician Relationship. *J Am Coll Surg.* 2017 Feb;224(2):95-102. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.032.

#### **4. Vaka**

Kırkbeş yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikâyetiyle hastanenin acil servisine geldi. Ön muayene ve kardiyak enzim düzeyi ölçümleri için kan testleri yapıldıktan sonra EKG planlandı. Test sonuçları gelmeden hastada kardiyopulmoner arrest gelişti. Hastanın yanında herhangi bir yakını olmadığı için hekimler hastanın tıbbi geçmişi hakkında bilgi alamadı. Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) sonrası kalp ritmi sinüse döndü, ancak anterior derivasyonlarda ST yükselmeleri görüldü. Bu nedenle acil koroner anjiyografi planlandı fakat hastanın bilinci kapalı olduğu için aydınlatılmış onam alınamadı.

#### **Etik Sorunlar**

Yarar sağlama, aydınlatılmış onam, yeterliği bulunmayan hasta

#### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hastanın hayatı tehlikede olduğundan, hekim herhangi bir acil tedavi müdahalesini hastanın rızası olmadan yapmalıdır.
2. Hekimin hastanın veya yasal vasisinin onayını alması gerekir. Onay alana kadar herhangi bir tıbbi müdahaleye teşebbüs etmemelidir.

#### **Etik Analiz**

Aydınlatılmış onam, hastanın özerkliğine saygı gösterilmesini sağlayan klinik etiğin temel unsurudur. Hekimler; müdahalenin uygulanması, riskler ve prosedürün potansiyel faydalarının yanı sıra varsa alternatif işlemler ve bunların riskleri dahil olmak üzere tıbbi müdahale hakkında yeterli bilgiyi açıklamakla etik ve yasal olarak yükümlüdür. Bununla

birlikte; hasta, mortalite riski yüksek olan acil bir durumda işlem için bilgilendirilmiş onamını vermekte yetersiz ise bu yükümlülük ortadan kalkar. Hekim, acil bir durumda hastanın yazılı onayı olmaksızın gerekli, potansiyel olarak hayat kurtarıcı tıbbi müdahaleyi yapma hak ve sorumluluğuna sahiptir. Buna aydınlatılmış onam almanın acil istisnası denir<sup>1</sup>.

Acil durum istisnalarının ardındaki mantık, zaman yitirmeden hastanın yararına en uygun şekilde hareket etmektir. İlke temelli etik yaklaşım açısından hekim, hastanın hayatını kurtarmak için fayda sağlama ilkelerini ön planda tutmaktadır. Acil durum istisnası, hekimin aydınlatılmış onam olmaksızın bir hastanın hayatını kurtarmak için tıbbi müdahalede bulunması için etik ve yasal olarak geçerli bir nedendir. Hastanın yeterli olduğu bazı durumlarda da acil durum istisnalarının uygun olabileceğini ancak acil durum nedeniyle hekimin aydınlatılmış onam almak için zamanı olmadığını unutmayın.

Dördüncü vakada hekim hastayı kurtarmak için acil tıbbi müdahaleyi yapmalıdır. Hekim; hastanın yeterliği bulunsaydı, bu tıbbi müdahale için onay vereceği varsayımına güvenir. Tıp etiği literatüründe buna ima edilen veya zımni onam denir<sup>2</sup>. Hastanın hastaneye kabulü ve hastaneye yatırılmayı kabul etmesi, hayatını kurtarabilecek bir işlemin uygulanmasını onaylamış olacağı anlamına gelir. Zımni onam, gerçek bir bilgilendirme veya rıza olmadığı için tam anlamıyla aydınlatılmış onam değildir. Daha ziyade hastanın yeterliliğe sahip olsaydı nasıl karar vereceğine dair bir varsayımdır. Bu nedenle hasta, acil durumlarda hayatını kurtaracak olsa bile belirli bir tedavi türünü reddettiğini usulüne uygun yazılı olarak beyan etmişse geçersizdir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Moore GP, Moffett PM, Fider C, Moore MJ. What emergency physicians should know about informed consent: legal scenarios, cases, and caveats. *Acad Emerg Med.* 2014;21(8):922-927. doi:10.1111/acem.12429

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 7th ed. Oxford Uni. Press; 2013: 80-85.

## 5. Vaka

Yetmiş yaşında kadın hasta, üç gündür süren aralıklı göğüs ağrısı şikâyetiyle hastanenin acil servisine geldi. EKG'sinde non-spesifik ST/T dalga değişiklikleri görülen hastanın eş zamanlı yapılan kardiyak enzim düzeyi ölçümlerinde Troponin seviyesinde artış görülmesi üzerine, kardiyoloji servisine yatırıldı. Kardiyoloji uzmanı tarafından anjiyografi yapılması önerildi. Ancak hasta oğluna danışmadan karar vermek istemediğini, oğlunun ise şehir dışında olduğunu ve ancak ertesi gün gelebileceğini belirtti. Bunun üzerine, hastanın ertesi güne dek tıbbi izlemde tutulması ve oğluyla iletişime geçene dek girişimin ertelenmesi kararı alındı. Gözlem altındaki hastada göğüs ağrısının şiddetlenmesi üzerine yapılan parenteral nitrat infüzyonuna cevap alınamadı ve ardından ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon gelişti. Defibrile edilen hastanın EKG'sinde, inferior derivasyonlarda ST yükselmeleri görüldü. Hastaya, bir kez daha, anjiyografi işleminin acilen yapılması gerektiği söylendi.

### Etik Sorunlar

Yarar sağlama, aydınlatılmış onam – karar verme yeterliliğine sahip fakat karar verme sorumluluğunu akrabasına devretmek isteyen kişi

### Sorular

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim, hastanın onamı olmadığından işlemi gerçekleştiremez.
2. Hekim, hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi için bir psikiyatri uzmanından konsültasyon talep eder.

3. Hekim; hastanın oğluna ulaşmaya çalışır, durumu anlatır ve onayını ister. Oğlunun onayı olmadan işlemi yapmaz.
4. Hekim; hastanın hayati tehlikesinin bulunması sebebiyle, hastanın onamı olmaksızın uygun grdđđđ acil tedavi girişimini uygular.

### **Etik Analiz**

Bu vaka, dördüncü vakaya benzerlik gösterse de aralarında hastanın bilişsel durumu açısından önemli bir fark bulunmaktadır. Dördüncü vakada hastanın bilincinin kapalı olması, hekimin hasta onamı olmaksızın acil müdahalesini meşru kılar. Bu gerekçe, hastanın bilinci açıkken tıbbi yardıma başvurmaya istekli olmasına dayanan ‘‘zımnı rıza’’ ile desteklenmektedir. Beşinci vakada ise hasta, karar verme yetkisinin oğluna devredilmesi konusundaki düşüncelerini açıkça ifade etmekte ve onun onayı olmadan hiçbir tıbbi müdahaleye rıza göstermemektedir. Bu durum, bu vaka için ‘‘zımnı rıza’’ argümanını geçersiz kılar. Hasta için mortalite riski yüksek bulunan bir acil durum söz konusu değilse, ilk tercih etik olarak uygun olandır. Kardiyak durumun yarattığı stres nedeniyle hastanın karar verme yeterliliğinin bozulma olasılığı, düşünmeye değer bir başka noktadır. Hastanın mevcut durumunun daha da kötüleşmemesi için acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulduğundan, hastanın karar verebilme yeterliliğinin olup olmadığını belirlemek için psikiyatri konsültasyonu talep etmek mümkün görünmemektedir. Bu konsültasyon zamanında yapılabilse bile, hastanın karar verebilme yeterliliğine sahip olması halinde nasıl ilerleneceği sorusu hala geçerli olacaktır.

Onayını almak amacıyla hastanın oğluna ulaşmaya çalışmak, özerkliğe saygı için etik gerekliliği karşılayan pratik bir zm olacaktır.

Hastanın oğlunun onayı, tıbbi müdahaleye devam etmek için yeterli etik zemini sağlayacaktır. Öte yandan; oğlunun onay vermemesi, durumu daha da karmaşık hale getirecektir. Bu koşullar altında hekim, yarar sağlama ilkesini ve hastayı geri dönüşü olmayan zararlardan kaçınma yükümlülüğünü göz önünde bulundurarak, bunları özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde önceliklendirebilir ve uygun gördüğü acil tedavi girişimini yapmayı seçebilir.



## 6. Vaka

Göğüs ağrısı şikâyeti ile başvuran 60 yaşındaki erkek hasta; bir haftadır ağrıların olduğunu ve bu ağrıların eforla artıp, istirahatle azaldığını belirtti. Hastada sigara kullanımı dışında herhangi bir risk faktörü bulunmuyordu. Yapılan EKG ve efor testi sonucunda V5-6'da aşağıya eğimli ST depresyonu ve Duke Koşu Bandı skorlaması ile yüksek risk (DT-13) saptandı. Anjiyografi için hastaneye yatışı yapılan hastanın işlem konusunda gergin olduğunu belirtmesi üzerine kendisine 3 mg midazolam verildi. Hastaya sedasyon uygulandıktan sonra anjiyografi yapan hekim, hastanın aydınlatılmış onam formunu imzalamadığını fark etti.

### Etik Sorunlar

Yarar sağlama, özerkliğe saygı

### Sorular

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hasta aydınlatılmış onam formunu imzalamadığı için hekim, anjiyografi yapmadan hastanın uyanmasını beklemelidir.
2. Hekim, rızası olmadan anjiyografi yapamadığı için hastayı uyandırmak amacıyla hastaya midazolamın antidotu olan flumazenil vermelidir.
3. Hekim zaman kaybetmeden işleme devam etmelidir.

### Etik Analiz

Schloendorff v. Society of New York Hospital (1914), bir hastanın açıkça onam vermediği herhangi bir tıbbi veya cerrahi müdahaleden

muaf olma hakkını tanımlayan paradigmatik bir vakadır. Bu vakada hâkim, karar gerekçesini şöyle açıklamıştır:

*“Yetişkin yaşta ve akli başında her insanın kendi vücuduna ne yapılacağına karar verme hakkı vardır ve hastasının rızası olmaksızın ameliyat yapan bir cerrah, doğabilecek zararlardan yükümlü olduğu bir saldırıda bulunmaktadır. Bu durum, hastanın bilincinin kapalı olduğu ve rızası alınmadan ameliyat edilmesinin gerekli olduğu acil durumlar dışında geçerlidir.”<sup>1</sup>*

Bu yasal açıklama, özerkliğe saygı ilkesi ile desteklenmekte ve karar verme yetkinliğine sahip herhangi bir kişinin vücudunda tıbbi uygulamaların uygulanmasına ilişkin karar verme hakkına sahip olduğu argümanı ile desteklenmektedir<sup>2</sup>. Yazılı bilgilendirilmiş olur, hastanın rızasının yasal ve etik açıdan kanıtı olarak kabul edilir. Bununla birlikte; hiç şüphesiz, bilgilendirilmiş olur sadece bir dizi yazılı cümlenin açıklanmasından ibaret değildir. Aksine, bilgilendirilmiş olur prosedürü hasta ile hekim arasında aşağıda sıralanan ilgili gerçeklerin açıklanmasını kapsayan etkili bir iletişimi içerir<sup>3</sup>:

- Hastanın muzdarip olduğu durum, bozukluk veya hastalık
- Hastalığın doğal seyri ve olası komplikasyonlar
- Tedavi etmemenin sonuçları
- Alternatif tedavi seçenekleri
- Önerilen tedavi ve alternatif tedavi seçeneklerinin potansiyel riskleri ve faydaları
- Tedavi süresi ve tedavinin yaklaşık maliyeti
- Beklenen sonuç

- Takip gerekliliği

Bilgilendirmenin ardından hekim; hastanın üzerinde kapsamlı düşünölmüş bir kararda bulunmasını sağlamak amacıyla, hastanın sorularını yanıtlamak için zaman ayırmalıdır. Aydınlatılmış onam sürecinin son adımı, hastanın ilgili formu imzalamasını sağlamaktır. Bu adım, bazı özel durumlar dışında yasal bir zorunluluktur ve tıbbi müdahale öncesinde yerine getirilmesi gerekir<sup>4</sup>.

Altıncı vaka gözden geçirildiğinde, hekim ve hasta arasında kapsamlı bir iletişimin gerçekleştiğini düşünmek akla yatkındır. Hastanın anjiyografi işlemi için sözlü onay verdiği de açıktır. Ancak hasta formu imzalamadığı için bilgilendirilmiş olur süreci “resmen” tamamlanmamıştır. Anjiyografinin ertelenmesi halinde, hasta açısından geri dönüşü olmayan veya ciddi bir zararla sonuçlanabilecek acil bir durum riski mevcutsa sözlü rızaya dayanarak tıbbi müdahaleyi yapmak yasal ve etik olarak haklı görölebilir. Ancak bu vakada böyle bir acil durum söz konusu değildir.

Midazolam; küçük cerrahi işlemler, diş hekimliği veya diğer benzer tıbbi prosedürlerde sedasyon için kullanılan ve eliminasyon yarı ömrü 1,5-2,5 saat arasında olan bir benzodiazepindir. Midazolamın sık görölen yan etkileri, işlem sonrası amnezi veya unutkanlığı içerir<sup>5</sup>. midazolamın antidotu olan flumazenilin ise baş dönmesi, vertigo ve ataksi gibi bazı çok yaygın yan etkileri mevcuttur<sup>6</sup>. Bu yan etkiler karar verme prosedürünü bulanıklaştırarak, hastanın karar verme yeterliliğini bozar. Usulüne uygun bir aydınlatılma sürecinde; hastanın bilişsel işlevlerinin tam yerinde olması gerekir. Hastayı evrakları imzalaması

için flumazenil ile uyandırmaya çalışmak hem hukuki hem de etik açıdan uygun değildir. Hekim, anjiyografi işlemini yapmadan hastanın uyanmasını ve belgeleri imzalamasını beklemeli, işlem için uygun bir zaman planlaması yapmalıdır.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>LSU Law Center. Basic right to consent to medical care - Schoendorff v. Society of New York Hosp., 105 N.E. 92, 93 (N.Y. 1914). <https://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/schoendorff.htm>. Accessed December 18, 2021.

<sup>2</sup>WMA Declaration of Lisbon on rights of the patients <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

<sup>3</sup>Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: 1. Consent. *CMAJ*. 1996;155:177–80.

<sup>4</sup>Ekmekci PE, Ekmekci AB, Karakaş Ö, Kulduk A, Arda B. Evaluation of the informed consent procedure of total knee arthroplasty (TKA) patients in ethical perspective in Turkey. *Acta Orthopædica et Traumatologica*. 2016; 50:400-405. DOI: 10.3944/AOTT.

<sup>5</sup>Midazolam. <https://www.drugs.com/mtm/midazolam.html>. Accessed December 18, 2021.

<sup>6</sup>Flumazenil Side Effects <https://www.drugs.com/sfx/flumazenil-side-effects.html>. Accessed December 18, 2021.

## 7. Vaka

Yetmişbeş yaşında, erkek, emekli dahiliye hekimi nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. Bir aydır bu şikâyeti yaşadığını söyledi. Şikâyetin efor ile arttığını ve geceleri ortopne yaşadığını ifade etti. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %30, NT-proBNP düzeyi 1200 pg/ml olarak hesaplandı. Muayenelerin ardından Evre-C kalp yetmezliği tanısı kondu. Hemen tıbbi tedavisi başlatıldı. Ancak kendisi de bir hekim olduğu için, tıbbi tedavisini kendisi planlamak istedi.

### Etik Sorunlar

Hekim-hasta ilişkisi, sağlık kurumlarının hukuki kişiliği ve sorumluluğu, hekimlerin hastalara karşı görevleri.

### Sorular

Bu durumda “müdavi” hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim, hastasının emekli bir hekim olduğunu bilse de hasta olarak savunmasızlığını göz önünde bulundurarak tedavi planlama işini hastasına bırakmamalıdır.
2. Hekim, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için hastayla her adımı tartışarak hastayı karar verme aşamasına olabildiğince dahil etmelidir.
3. Hekim, hastanın müdahalesine izin vermemelidir, çünkü hekimin konu dışı aktörlerin müdahalesi olmadan tedaviyi planlamak ve gerçekleştirmek için yasal sorumluluğu ve buna ilişkin etik görevi vardır.
4. Hekim, hastasının özerkliğine saygı göstermeli ve geçmişini göz önünde bulundurarak kendi tedavisini planlamasına izin vermelidir.

## **Etik Analiz**

Bir hastanın sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurması, bu sağlık kuruluşunda tedavi olma niyetinde olduğunu gösterir. Etikçiler bu niyetin orada tedavi edilmek için zımni bir rıza olarak kabul edilebileceğini savunmaktadır. Ancak bu zımni rıza hastalar için gerekli görülen tıbbi müdahalelerin uygulanmasından önce aydınlatılmış onam alma etik yükümlülüğünü geçersiz kılmaz. Bununla birlikte, hastanın sağlık kuruluşunca sağlanan sağlık hizmetini almaya istekli olduğunu gösterir.

Hastaneler, sağlık yasasına bağlı personel ile hizmet veren kurumsal yapılardır. Yasal yükümlülüğü olması sebebiyle ispatlanmış suistimal durumlarında hastanelere yaptırımlar uygulanabilir. Hastanelerin yasal sorumlulukları hekimlerin etik ve yasal yükümlülükleri ile yakından ilişkilidir, ancak bunlarla sınırlı değildir.

Bu vaka iki açıdan ele alınacaktır. İlkeci etik kuram temelli bakış açısıyla hekimlerin hastalarına fayda sağlama ve zarar vermekten kaçınma konusunda etik yükümlülüğü bulunmaktadır. Hastanın sağlık sorunu ciddidir ve uzmanlar tarafından derhal ele alınmalıdır. Bu nedenle bu iki ilke hekimlerin hastanın talebini reddetmelerini ve aydınlatılmış onam alabilmeleri halinde tedaviye devam etmelerini zorunlu kılmaktadır. Özerkliğe saygı ilkesi açısından hastanın kendisi bir sağlık uzmanı olsa bile başvurduğu hastanedeki profesyoneller tarafından tedavi edilmeye istekli olduğunu göstermiştir. Hasta, hastanenin araçlarını kendi kullanarak kendini iyileştirmekten sorumlu olduğunu iddia edemez; bunun için etik, yasal ve mesleki gerekçeleri yoktur. Ayrıca, bu iddia özerkliğe saygı ilkesi içinde değerlendirilemez,

çünkü bu ilke, bir kişinin hasta olmaktan doğan haklarını tanımlar ve haklı çıkarır. Bu hastanın talebi, hasta olma rolüne dayanmadığı için bu ilkeye dayanamayacağı açıktır.

İkinci bakış açısı ise hekim-hasta ilişkisinin dinamiğinin temellerine odaklanmaktadır. Hekim- hasta ilişkisinde başarı, taraflar arasındaki güvene ve açık iletişime bağlıdır. Hastanın hassas ve dezavantajlı konumu ile hekim ve hasta arasındaki güç dengesizliği nedeniyle etkileşimi başlatmak ve yönlendirmek hekimin sorumluluğundadır. Hekim, hastanın neden bu talepte bulunduğunu anlamak için hastayla empati kurabilmelidir. Hekiminin yetkinliğine mi güvensizlik duyuyor? Hasta, hastalığından dolayı hiçbir şey için mi kendini iyi hissetmiyor ve farkında olmadan özsaygısını mı yeniden inşa etmeye çalışıyor? Etkili iletişim ve empatik yaklaşım, hekimin hastayı motive etmesine, hastanın şüphelerini ortadan kaldırmasına ve tedaviye devam etmek için benlik saygısını onaylamasına yardımcı olabilir.

## **8. Vaka**

Otuz yaşında bir kadın kalp çarpıntısı ile başvurdu. Son 72 saattir çarpıntı yaşadığını söyledi. Çarpıntının aniden başladığını ve bazen baş dönmesinin eşlik ettiğini ekledi. Muayenelerin ve EKG testinin ardından Atrial Fibrilasyon (AF) tanısı kondu. Transözofageal Ekokardiyografi (TEE) ve elektriksel kardiyoversiyon yapılması önerildi. Bu işlemlerin yararları ve riskleri hakkında bilgilendirildi. Hasta TEE sırasında, aşırı kaygı nedeniyle TEE probunu yutamadı bu yüzden kardiyolog midazolam vermeye karar verdi, ancak onam sakinleştiriciler için değil, sadece TEE ve elektriksel kardiyoversiyon için alınmıştı.

### **Etik Sorunlar**

Hastaya yarar sağlama, aydınlatılmış onam-bağlam /işlem/süreç

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim, TEE yapmadan hastanın uyanmasını beklemelidir, çünkü hastanın rızası sakinleştirici içermemektedir.
2. Hekim, rızası olmadan TEE yapamayacağından, midazolamın antidotu flumazenil hastayı uyandırmak için vermelidir.
3. Hekim zaman kaybetmeden prosedüre devam etmelidir.

### **Etik Analiz**

Bu vaka, işlemden önce hastanın aydınlatılmış onamının imzalanmaması ile ilgili olan 6. Vaka ile benzerliklere sahiptir. Altıncı ve sekizinci vakalar arasındaki en büyük fark, sekizinci vakada imzalı



aydınlatılmış onamın bulunmasıdır, ancak içeriği bazı temel öğeleri içerecek kadar kapsamlı değildir.

Altıncı vakada belirtildiği gibi, uygun aydınlatılmış onam, işlemin nasıl uygulanacağını ve bu sırada verilebilecek ilaçları içermelidir<sup>1</sup>. Bu açıdan bakıldığında, sedatif kullanımı şüphesiz hastadan saklanmaması gereken çok önemli bir bilgidir. İlkeci etik kurama dayanan bakış açısına göre temel bilgilerin açıklanmasında noksan bulunması nedeniyle özerkliğe saygı ilkesinin bir ölçüde ihlal edildiği söylenebilir.

Diğer yandan hastanın AF'den kaynaklanan ciddi ve zorlu klinik durumu ile TEE ve elektriksel kardiyoversiyonun zaman duyarlılığı göz önüne alındığında hekimin hastaya fayda sağlamak için işlemi sürdürmesi gerektiği iddia edilebilir. Ayrıca bilgi vermek için süreci yarıda kesip onam alındıktan sonra baştan başlamak hastaya zarar verme riski taşır. Hastanın klinik seyri kötüleşirse bu zarar ciddi ve geri döndürülemez bir hal alabilir.

İlke temelli bir yaklaşımla bu vaka bir etik ikilem örneğidir<sup>2</sup>. Etik ikilem iki farklı şekilde ortaya çıkabilir:

1. Etik öznenin bazı etik ilkelere uymak için A eylemini yapması ve diğer etik ilkelere uymak için B eylemini yapması gerekirken A ve B eylemlerinin aynı anda yapılamayacağı durum.
2. Etik öznenin farklı etik ilkelere uymak için A eylemini yapması ve A eylemini yapmaması gereken durum.

Etik ikilemlerde etik özne, seçiminden bağımsız olarak ahlaki başarısızlıkla karşı karşıya kalır. Klinik etikte hekimler sıklıkla etik

ikilemlerle karşılaşır. Bu ikilemlere çeşitli etik karar verme çerçeveleriyle yaklaşılır. Sekizinci vakada etik özne (hekim) özerkliğe saygı ilkesine uygun davranmak zorundadır ve yarar sağlama ile zarardan kaçınma ilkelerine uygun davranmak için başka bir şekilde hareket etmelidir ancak her iki eylem aynı anda yapılamaz. Etik bir ikileme yaklaşmanın ilk adımı, ikilemin varlığını kabul etmek ve yapılacak eylemin başka bir etik ilkeyi korumak ya da ahlaki bir görevi yerine getirmek için en az bir etik ilkedен ya da ahlaki yükümlülükten vazgeçmekle sonuçlanacağını kabullenmektir. Klinik ortamlardaki etik ikilemler, hiçbir çözümün ahlaki açıdan mükemmel olmadığı bir durumda hekimleri doğru eylem yolunu bulmaya zorlamaktadır. Hekim doğru kararı vermeye çalışırken çelişen etik ilkeleri dengelemelidir. Ayrıca tercih edilen kararın diğer seçeneklerden daha fazla ilkeyi koruyacağından emin olmalıdır. Sekizinci vakada; hastaya fayda sağlamak, özerkliğe saygıya kıyasla daha yüksek bir öncelikte dengelenebilir ve klinik seyre göre işleme devam edilebilir. Bununla birlikte hekimler, hastanın özerkliğinin daha fazla ihlal edilmesini önlemek ve eylemlerinin gerekçeleri konusunda şeffaf olmak için hastayı mümkün olan en kısa sürede bilgilendirmelidir.

Bu durum erdem temelli bir bakış açısıyla ilke temelli yaklaşıma göre daha az etik sorunu temsil etmektedir. Erdeme dayalı tıp etiği, tıbbi müdahalelerin temel amacının hastaya fayda sağlamak olduğunu ve hekimin etik bir ikilem durumunda ahlaklı olanın ne olduğunu bilen etik bir özne olduğunu savunur. Sekizinci vakada bu yaklaşım, hekimin bilginin açıklanmasındaki eksiklikleri gözden kaçırmamasına ve hastaya fayda sağlamak için yumuşak-paternalist<sup>3\*</sup> bir yaklaşım benimsemesine neden olmaktadır.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Singer PA. Bioethics for clinicians. CMAJ. 1996;155(2):189-190.

<sup>2</sup>McConnell, Terrance, "Moral Dilemmas", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2018 Edition), Edward N. Zalta (ed.)<https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/moral-dilemmas/>

<sup>3</sup>Yumuşak-paternalizm, hastaların ya prosedür hakkında yetersiz bilgilendirildiği ya da rasyonel müzakere ve özgür seçim için geçici olarak sınırlı kapasiteleri nedeniyle bilgilendirilmiş onamin alınmadığı durumlarda fayda sağlamak ya da zarar görmekten kaçınmak için yapılan tıbbi müdahaledir.

## 9. Vaka

Yetmiş yaşında kadın hasta, şiddetli anjina pektoris ile 08.30'da kliniğe başvurdu. Hasta, birkaç gün önce başka bir hastanede yaptırdığı miyokart perfüzyon sintigrafisinde iskemi tespit edildiğini söyledi. İskemi nedeniyle hastaya koroner anjiyografi önerildi. Hasta; hastaneye kızı ve damadıyla birlikte, kiraladıkları araçla geldiğini ve aracın gece 12.00'ye kadar teslim edilmesi gerektiğini söyledi. Bu yüzden hekiminden bir an önce anjiyo yapmasını ve hastaneden olabildiğince erken ayrılmak istediğini belirtti. Hastaya, COVID-19 nazofarengeal sürüntü testinin sonucu çıkmadan işlemin yapılamayacağı ve sürüntü testinin sonucunun da 6 saat içerisinde çıkacağını bilgisi verildi. İşlem ertelenmeli mi, yoksa sürüntü testinin sonucu çıkmadan işlem uygulanmalı mı?

### Etik Sorunlar

Karar verme, rasyonel kaygı

### Sorular

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekim işlemi yapmamalıdır çünkü test sonucundan önce işlem yapmak diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının sağlığı açısından çok risklidir.
2. Hekim hastanın yararı açısından hastanın isteğini kabul etmeli ve en kısa sürede işlemi yapmalıdır.

## **Etik Analiz**

Hekimlerin klinik ortamlarda aldıkları kararlar, hastalarına sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan profesyonel rollerine dayanmaktadır. Bu nedenle, herhangi bir karar iki açıdan değerlendirilmelidir:

1. Bilimsel kanıt
2. Ahlaki yükümlülükler

Bilimsel kanıt, hastanın sağlık durumunu iyileştirmek için uygun tıbbi müdahaleyi belirlemede kullanılır. Hekimin mesleğindeki yetkinliği, tıbbi müdahaleleri planlamak için bilimsel kanıtlara dayalı olarak en doğru değerlendirmeleri yapmasını sağlar. Ahlaki yükümlülükler, hekimin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini sunarken tıp etiği ilkelerini, deontolojik zorunlulukları ve ahlaki değerleri dikkate almasını gerektirir. Ahlaki yükümlülükler, hekimin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini sunarken tıp etiği ilkelerini, deontolojik zorunlulukları ve ahlaki değerleri dikkate almasını gerektirir. Bu iki bakış açısı, klinikte karar vermenin temel dayanaklarını oluşturur.

Vakanın özelliklerine ve içinde bulunduğu bağlama bağlı olarak sosyal, kültürel faktörler ve hastanın tercihleri de dikkate alınabilir. Yine de bu faktörler sıklıkla kararların çelişmesine neden olabilir. Jonsen ve arkadaşları tarafından önerilen dört konu metodu, hekimlerin klinik etikte uygun bir şekilde değerlendirilmiş kararlar almaları açısından hekimlere kullanışlı bir araç sağlar<sup>1</sup>. Bu metot, karar verirken bakılacak dört temel kategori sunar:

1. Tıbbi endikasyonlar

2. Hasta tercihleri ve değerleri
3. Yaşam kalitesi
4. Bağlamsal özellikler

Tıbbi endikasyonlar ilk adımdır. Hekim tarafından yönetilir. Hastanın klinik durumu belirlenir, tanı ve tedavi seçenekleri hasta için düşünölen tıbbi müdahalelerden göreceği faydanın kapasitesine göre değerlendirilir. Bu adımda hekim, kendi bilimsel ve etik yeterliliğine başvurur. İkinci adım hastanın tercihlerine bağlıdır. Hastanın tercihleri, hastanın iyi bir yaşamı tanımlamasına ve iyi bir yaşam anlayışına bağlı olduğu için bu adım hasta tarafından yürütölür. Bu adım hastanın özerkliğini belirlediği alandır. Üçüncü adım; dikkate alınan tıbbi endikasyonların ve hastanın tercihlerinin, hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ile ilgilidir. Yaşam kalitesinin kararları büyük ölçüde hastanın tercihlerine bağlı olsa da tıbbi müdahalenin etkisini tahmin etme konusundaki profesyonel uzmanlıkları nedeniyle hekimlerin düşünceleri de eşit derecede önemlidir. Dördüncü adım, kararı etkileyen genel durumun özelliklerinden oluşur. Burada hekim, vakanın gerçekleştiği şartları dikkate alır ve önerilen kararın kaynakların adil dağılımı veya gizlilik konuları gibi durumların özel ihtiyaç ve gerekliliklere uyup uymadığını kontrol eder<sup>2</sup>.

Dokuzuncu vakada, hekim ve hasta koroner anjiyografinin tıbbi endikasyonu konusunda hemfikirdir. Buna rağmen, ikinci adımda yani hasta tercihlerinde bir çelişki ortaya çıkmaktadır. Hasta tercihinin müdahaleyi gecikmeden yapılmasını istediğini açıkça belirtir. Hastaların tercihleri iki temel nitelik açısından değerlendirilmelidir. Bunlardan birincisi tercih sebebidir. Hekim hastanın tercihinin rasyonel

kaygılardan<sup>3</sup> mı yoksa haklı normlardan mı kaynaklandığına veya bilimsel olarak kanıtlanmış gerçeklerle çelişen yanlış bir inanç dolayısıyla mı olduğuna bakmalıdır. Eğer tercihler sonuncusuna dayanıyorsa; hekim hastanın tıbbi durumu nedeniyle karar verme yetkinliğinin bozulup bozulmadığından emin olmalıdır. Bunlardan biri söz konusu ise bu adım, karar verme sürecindeki önceliğini kaybedebilir.

Dokuzuncu vakada hastanın karar verme yetkinliği, hastanın tercihlerinin öncülleri mantıksız olduğu için sorgulanabilir. Müdahaleyi hemen yaptırmayı tercih etmesinin sebebi, pandemi kavramını ve pozitif test sonucu alan kişiye yapılan müdahalenin sonucunda oluşacak durumun ciddiyetini anlayabilen mantıklı bir kişi tarafından alakasız kabul edilebilecek önemsiz bir ihtiyaca (damadının kiralık arabayı teslim etmesi) bağlıdır. Yaşam kalitesi adımı, negatif COVID-19 nazofarengeal sürüntü testi sonucundan sonra tıbbi endikasyonun uygulanmasını doğrular. Son adım olan bağlamsal özellikler, özellikle bu durum için önemlidir. Pandemi gibi halk sağlığı açısından acil durumlarda hekimler, normal zamanlarda dikkate alınmayacak bazı etkenleri de göz önünde bulundurmalıdır. Pandemiyle birlikte gelen ve dokuzuncu vakada göz önünde bulundurulması gereken etkenlerden biri, hastaya sağlanacak bireysel faydayı halkın sağlığına sağlanacak faydaya dengelemektir. Negatif bir COVID-19 nazofarengeal sürüntü testi sonucu olmaksızın tıbbi müdahaleye devam etmek, diğer hastaların ve sağlık personelinin sağlığını tehlikeye atabilir. Bu nedenle; makul seçim, negatif test sonucu gelene kadar beklemektir.

Eğer hastanın COVID-19 nazofarengeal sürüntü testi sonucu pozitif çıkarsa doğru müdahale için izlenecek yol hakkında başka bir tartışmaya ihtiyaç duyulacağını unutmayın. Eğer hasta COVID-19 için asemptomatikse ve akciğer enfeksiyonu gibi ciddi COVID-19 belirtisi yoksa ve uzmanlar tarafından konsültasyon COVID-19 nedeniyle yüksek bir risk göstermiyorsa, hekimler tıbbi müdahaleyi ekstra koruyucu önlemler alarak yapmalı mıdır yoksa kendilerini, sağlık personelini ve diğer hastaları korumak adına işlemi ertelemeli midir?

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Jonsen AR, Sieglar M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 6th ed. New York: McGrawHill, 2010.

<sup>2</sup>Sokol DK. The "four quadrants" approach to clinical ethics case analysis; an application and review. *J Med Ethics*. 2008;34(7):513-516. doi:10.1136/jme.2007.021212

<sup>3</sup>Ploug ve Holm rasyonel kaygıyı şu şekilde tanımlar: "X kişinin Y dünyasının gelecekteki durumu hakkında ancak ve ancak şu durumlarda rasyonel bir endişesi vardır:

- 1) X, Y'nin istenmeyen olduğuna inanıyor,
- 2) X, Y'nin oluşabileceğine inanır,
- 3) X, Y'nin toplumun mevcut durumundan nasıl kaynaklanabileceğine dair tutarlı bir gerekçe sağlayabilir,
- 4) Y'nin varlığının mevcut bilimsel kanıtlarla desteklendiği/dışlanmadığı ve
- 5) Y'nin arzu edilmezliği, kamusal aklın asgari gereklerini karşılayan bir değer sistemi tarafından desteklenir/dışlanmaz." (Ploug T, Holm S. The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence. *Med Health Care Philos*. 2020;23(1):107-114. doi:10.1007/s11019-019-09912-8)



## **10. Vaka**

Yirmili yaşlarında genç bir kadın olan K.D. Hanım bir plazada çalışıyordu ve birkaç yıldır aşırı derecede sigara kullanıyordu. Taşikardi ve baş dönmesi şikâyetleri ile bir eğitim ve araştırma hastanesinde kardiyoloji kliniğine başvurdu. Hastanın muayene ve tetkiklerden sonra Prematür Ventriküler Kompleks (PVC) gözlendi. Hastaya tedavi için Elektrofizyolojik Çalışma (EPS) ve ablasyon önerildi. Aydınlatılmış onam metnini okuyan K.D., eğitim ve araştırma hastanesinde olduğu için asistanların da işlem yapıp yapamayacağını sordu. Asistanların işlemin yapılması sürecine eğitim amaçlı olarak katılabildikleri ve bazen de birincil operatör olabilecekleri belirtildi. Hasta, işlemin "Profesör Hekim" akademik unvanına sahip bir hekim tarafından yapılmasını ve hiçbir asistanın işleme dahil olmamasını istedi.

## **Etik Sorunlar**

Hasta Hakları

## **Sorular**

Hasta, belirli kurallar çerçevesinde, hekim seçme özgürlüğüne sahip midir? Seçme özgürlüğü sınırsız mıdır?

1. Hastalar her durumda hekim seçme özgürlüğüne sahiptir.
2. Hastaların hekim seçme özgürlüğü vardır ancak sınırsız değildir.
3. Eğitim ve araştırma hastanesinde hastanın hekim seçme özgürlüğü yoktur.

## **Etik Analiz**

Tıbbın temel amacı, sağlık hizmeti vererek ihtiyaç sahiplerinin sağlık durumlarını yeniden kazanmalarına yardımcı olmaktır. Hastaneler bu amaca yönelik olarak geliştirilmiş kurumlardır. Hastaneler zaman içinde eğitim ve araştırma sağlamak için evrimleşmiş olsa da sağlık hizmeti sunmanın temel amacı korumaktır. Bu düşünce, Dünya Tabipler Birliği'nin Cenevre Bildirgesi'ndeki şu ifadeyle desteklenmektedir; “Hastanın sağlığı, hekimlerin temel düşüncesidir.”<sup>1</sup>

Hasta hakları ve tercihleri, sağlık hizmetlerinin planlanma ve sunulma biçiminde önemli bir ağırlığa sahiptir. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi hastanın haklarını şu şekilde sıralamaktadır:

1. Kaliteli tıbbi bakım hakkı
2. Seçme özgürlüğü hakkı
3. Kendi kaderini belirleme hakkı
4. Bilinci yerinde olmayan hastanın hakları
5. Hukuken yetersiz hastanın hakları
6. Hastanın iradesine aykırı işlemler
7. Bilgi edinme hakkı
8. Gizlilik hakkı
9. Sağlık eğitimi hakkı
10. Onur hakkı
11. Dini yardım hakkı

Seçme özgürlüğü, “Hastanın hekimini, hastanesini, özel veya kamuya ait olup olmadığına bakılmaksızın sağlık hizmeti aldığı kurumu serbestçe seçip değiştirme” olarak tanımlanmaktadır<sup>2</sup>.

Bu tanım, hastaların herhangi bir sağlık kuruluşunda hekimini seçme hakkına sahip olduğunu açıkça belirtmektedir. Buna rağmen, bu hak mutlak veya sınırsız değildir. Hastaların seçim yapma özgürlüğü; hastanedeki sağlık personelinin niteliği ve niceliği, hastanın özgün medikal ihtiyaçlarına göre uzmanlaşmış hekimin uygunluğu veya hasta tarafından seçilen hekimin iş yükü gibi bağlamsal faktörlerle sınırlıdır. Bu bağlamsal faktörlerin dışında, hekimler ve hastane yönetimleri sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için ahlaki bir yükümlülüğe sahiptir. Bu ahlaki yükümlülük, etik fayda ilkesine dayanmaktadır<sup>3</sup>. Sağlık kurumları ve hekimler, sadece hastalara bireysel fayda sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda ihtiyacı olan tüm insanlar için sağlık hizmetlerinin faydasını sağlamaktan da sorumludur.

Hastanelerin tarih içindeki evriminde hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının eğitilmesi, klinik araştırma faaliyetleri önemli bir ağırlık kazanmıştır. Halihazırda eğitim ve araştırma, bazı hastanelerin temel bir işlevi haline gelmiştir. Eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi olmayı kabul eden hastaların, tıp fakültesi öğrencilerinin ve asistanların sağlık hizmetlerine katılımına rıza verdiklerini düşünmek makuldür. Eğitim ve araştırma hastanelerinin ileri düzeyde tıbbi hizmetler sunabilecek kapasitede olması ve bu hizmetlere ihtiyacı olan hastaların tek bir tesisten başka bir seçeneğinin olmaması bu iddiayı geçersiz kılmaktadır. İkincisi, tıp eğitimi hasta başında veriliyor olsa da asistanların ve tıp öğrencilerinin yatan hasta bakımına dahil edilmesi

hastanın mahremiyeti ve haklarından üstün tutulamaz. Üçüncüsü, hekimlerin hastanın yararını sağlamadaki ahlaki yükümlülüğü, asistanları eğitme ve asistanlara rehberlik etme sorumluluğundan daha önceliklidir.

Onuncu vakada; hekim ve hasta arasındaki etkili ve şeffaf bir iletişim, hastanın sağlık hizmetini alacağı kişileri seçme (ya da reddetme) hakkı ile tıp öğrencilerinin ve asistanların eğitimini sürdürürken bu hakkın uygulanmasını sınırlayan bağlamsal faktörler arasında denge kurması açısından elzem olacaktır.

---

### Referanslar

<sup>1</sup>WMA Declaration of Geneva 2006 <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/Decl-of-Geneva-v2006-1.pdf>.

<sup>2</sup>WMA World Medical Association Declaration of Lisbon on Rights of the Patient 2005. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf>.

<sup>3</sup>Jeremy Bentham'ın sözleriyle, fayda ilkesi “çıkarı söz konusu olan tarafın mutluluğunu artırma veya azaltma eğilimine göre, her türlü eylemi onaylayan veya onaylamayan ilke” anlamına gelir. (Brink, David, "Mill's Moral and Political Philosophy", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2018 Edition), Edward N. Zalta (ed.), [URL](https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/mill-moral-political/) = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/mill-moral-political/>>.)

## **11. Vaka**

A. Bey 32 yaşında ve profesyonel bir kulüpte futbolcuydu. Rutin zorunlu sağlık muayenesi için kulübün iş sağlığı merkezindeki kardiyoğa gitti. Kardiyolog, anamnez ve fizik muayeneden sonra efor testi yaptı ve efor testinde iskemik değışiklikler gözlemedi. Hasta, kariyerini mahvedeceğini düşündüğü için kulübün test sonuçlarından haberdar olmasını istemedi.

### **Etik Sorunlar**

Mahremiyet, hekimin ikili rolü

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Gelecekte olası herhangi bir komplikasyon için kulübe durumu rapor etmelidir.
2. Hastaya sadık olmalı ve bilgiyi gizli tutmalıdır.

### **Etik Analiz**

Gizlilik, bir hasta hakkında mesleki bir ilişki sırasında elde edilen bilgilerin, ilgisiz üçüncü şahıslardan güvenli ve saklı tutulmasını sağlayan bir tıp etiği ilkesidir. Ayrıca gizlilik hastanın ölümünden sonra dahi saygı duyulması gereken bir hakkı olarak da tanımlanmaktadır<sup>1</sup>.

Hekimlerin özel bilgileri mahrem tutma konusundaki etik sorumluluğu, hekimin ikili role sahip olduğu ortamlarda tartışmaya açıktır. Askeri hekimler, adli tıp uzmanları ve iş sağlığı profesyonelleri; hekimin ikili role sahip olduğu, yani sağlık hizmeti sunucuları olarak hastalarına ve

sözleşmelerinin muhatabı olmalarından kaynaklı meslek ortaklarına karşı sorumluluklarının bulunduğu pozisyonlardır.

Hekimin ikili rolü, hastanın bilgisinin mahremiyetini koruma konusundaki etik sorumluluklarından feragat etmesi anlamına gelmez. Ancak bu sorumluluğun bağlamını kısıtlar ve değiştirir<sup>2</sup>. Örneğin; kanunlar, hekimin herhangi bir suç şüphesini ya da halk sağlığını tehdit eden bir durumu tespit etmesi halinde durumu rapor etmesi gerektiğini söylemektedir. Bu yasal sorumluluk hastanın gizlilik hakkını sınırlandırır da profesyonel hizmetin verildiği ortamlardan bağımsız olarak geçerlidir. Bu mahrem bilginin üçüncü şahıslara açıklanması, özel bilgilerin elde edildiği bağlam dolayısıyla haklı çıkarılabilir. Açıkça görülmektedir ki, iş yeri hekimi, hastanede ya da özel muayenehanede görev yapmakta olan hekimden farklı bir profesyonel pozisyondadır. Hekimin sağlık sorunu bulunan kişiye karşı sorumlulukları, iş sağlığı ve güvenliği servislerinde ve klasik sağlık tesislerinde birbirinden farklıdır. Bu fark, iş yeri hekimliğinde hastanın kişisel bilgilerinin üçüncü kişilere açıklanmasını haklı çıkarabilir.

Normal ortamlarda mahrem olan gizli bilgilerin açığa vurulmasının bir başka gerekçesi ise, sürdürülebilir iş yerine katkı sağlamak ve diğer çalışanlara ya da bilgisi ifşa edilen kişiye zarar gelmesini önlemek olabilir. İş sağlığı merkezinde çalışan hekim, çalışanın ciddi sağlık sorunları olduğunu tespit ederse, çalışanın çalışma pozisyonunun değiştirilmesini önerme sorumluluğuna sahiptir. İş yeri hekimi işçinin sağlığına zarar verebilecek bir işten işçiyi korumak için iş değişikliği önermelidir. Bu kapsamda işyeri hekimi yaptığı işin işçinin sağlığına olası zararları konusunda hem işçiyi hem işvereni bilgilendirerek iş

değişikliği önerisini sunmalıdır. Başka bir kişiye zarar ya da işyerine hasar verme niyetini ifade etmiş psikiyatrik sorunları bulunan çalışan hakkındaki bilgilerin açığa vurulmasının, üçüncü şahıslara zarar gelmesini engelleme bağlamında etik olarak izin verilebilir olduğu düşünülebilir.

Bir diğer taraftan, iş sağlığı hizmetlerinde mahremiyetin ihlalini önlemek için bazı tedbirler alınabilir. Çalışanlar; görevli hekimin, hastaların sağlık kuruluşlarında alışkın olduğu geleneksel gizlilik sorumluluğuna bağlı olmadığı konusunda açıkça bilgilendirilmelidir. Bu bilgilerle birlikte, karşılıklı bir anlayışa varmak için hekimin ikili rolünün gizlilik ve mahremiyet üzerindeki sonuçları da açıklanmalıdır.

Bu durumda; hekimin, futbolcunun sağlık sorunları hakkında kulübü bilgilendirmesi makuldür. Ayrıca kalp problemleri için risk ve tedavi seçenekleri hakkında futbolcuya bilgi sağlaması açısından da etik sorumlulukları bulunmaktadır.

---

### **Referanslar**

<sup>1</sup>Bourke J, Wessely S. Confidentiality. BMJ. 2008;336(7649):888-891. doi:10.1136/bmj.39521.357731.BE

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford Uni. Press; 2019:250-251.

## **12. Vaka**

Kırk beş yaşındaki erkek hasta kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Ailesinde ciddi bir KAH geçmişi olduğundan bahsetti ve babasının 40 yaşında, amcasının ise 45 yaşında ani kalp krizi sonucunda hayatlarını yitirdiğini ifade etti. Hasta 19 senedir sigara içmekteydi. Rutin kontrolleri ise herhangi bir sağlık sorunu olmadığını göstermekteydi. Yine de hasta babası ve amcası ile aynı kaderi paylaşmaktan korktuğu için, olası herhangi bir KAH riskini ortadan kaldırma amacıyla koroner anjiyografi yapılmasını istedi.

### **Etik Sorunlar**

Hekimin karar vermede rolü ve yetkisi, gereksiz zararlardan kaçınma

### **Sorular**

Hekim, hastanın anjiyografi görüntüleme isteğini yerine getirmeli midir?

1. Hekim hastaya kontrol sonuçlarını detaylı bir şekilde açıkladıktan sonra hastaya tedirgin olmasının normal olduğunu ama ciddi bir problemin bulunmadığını söylemeli, anjiyografinin risklerini anlatmalı ve anjiyografi yapmamalıdır.
2. Ortada herhangi bir tıbbi endikasyon olmamasına rağmen, hekim hastanın kararına saygı duymak ve korkularını gidermek için anjiyografi yapmalıdır.

### **Etik Analiz**

Bu vaka, hastaların hekimden mantık dışı veya gerçekçi olmayan taleplerinden kaynaklanan etik sorunları temsil etmektedir. Bu vakanın



etik analizi, hekim-hasta ilişkisine ve farklı hekim-hasta etkileşimi modellerinin hekimi nasıl harekete geçireceğine dayanmaktadır.

Ezeikel J. Emanuel ve arkadaşları dört farklı tür hekim- hasta ilişki modeli tanımlamışlardır<sup>1</sup>. Her model bir uçta hasta tercihlerine, diğer uçta ise hekimin otoritesine en fazla ağırlık veren bir spektruma dayandırılmıştır.

Bunlardan biri olan paternalistik model, tanı ve tedavi amacıyla karar verilirken hekime en yüksek gücü vermeyi temsil etmektedir. Paternalistik modelde, daha yüksek hiyerarşik konumu nedeniyle hekimlerin, hastaları yerine karar alma yetkisine sahip oldukları düşünülmektedir. Paternalistik model; hastaya, hekim tarafından dayatılanı kabul etmekle sınırlı olan edilgin (pasif) bir rol atfetmektedir. Bu, hastanın özerkliğini görmezden gelmekte ve hastayı pasif bir alıcı konumuna indirgemektedir. Paternalistik model hastanın özerkliğini kullanma kabiliyetinin bulunmadığı ve kararın hemen verilmesi gerektiği özel bağlamlar haricinde çağdaş klinik etik tarafından büyük ölçüde terk edilmiştir. İlaç etkisi altında olmak ya da acil tıbbi müdahale ve hastanın yetkinliğini sınırlayan koma durumunda bulunmak, paternalistik modeli haklı çıkaran sınırlı sayıdaki çerçevelerden bazılarıdır.

Emanuel'in tanımladığı ikinci model ise *bilgilendirici model*'dir. Bu model ayrıca bilimsel mühendislik veya tüketici modeli olarak da adlandırılmaktadır. Bu başlıklardan da anlaşılacağı üzere, bilgilendirici model; tüm karar gücünü hastaya vermesi, ayrıca hekimi; hastaya ilgili tüm bilgileri sağlamakla ve hasta tarafından seçilen tıbbi müdahaleyi

uygulamakla yükümlü teknik bir kişiye indirilmesi yönleriyle spektrumun zıt ucunda karşımıza çıkmaktadır. Bu model hekimin ahlaki muhakemesini ihmal ederken hastanın özerkliğine önemli bir ağırlık vermektedir. Mevcut durumda bilgilendirici modeli destekleyen kişiler, makul bir şekilde hastanın talep ettiği anjiyografinin hekim tarafından yapılması gerektiğini iddia edeceklerdir. Burada tek ön koşul hastanın, müdahalenin potansiyel risklerini anlamış olduğundan ve bu riskleri almaya rıza gösterdiğinden emin olmak olacaktır.

Üçüncüsü, *yorumlayıcı model*'dir. Bu model, paternalistik modelin konumlandırıldığı spektrumun sonuna yakın bir yere yerleştirilmiştir. Hastayla etkileşim sırasında hekim; hastanın değerleri, tercihleri ve iyi bir yaşam kavramı hakkında bilgi toplar. Bu bilgi hekimin, hastanın yaşam biçimine ve ahlaki değerlerine en uygun tıbbi müdahaleyi önermesine olanak sağlar. Hekimin ana rolü, hastanın değerlerini ve yaşamdan beklentilerini tanımasına yardımcı olarak bunlarla uygun seçime yönlendirmektir. Diğer bir deyişle; hekim, "*hasta için hastanın kendi değerlerini yorumlamasına yardımcı olmak*" ile yükümlüdür. Yorumlayıcı modelde, hasta cahil ya da kendi değerlerinin kısmen farkında olan ve onları anlamak için hekimin yardımına ihtiyaç duyan biri olarak düşünülür. Bu yaklaşım; hastayı açıkça bir uzmanın yardımı olmadan mantıklı tercihler yapabilme kapasitesine sahip özerk bir yetişkinden hiyerarşik olarak daha aşağı bir pozisyona yerleştirmektedir. Mevcut durumda, açıklayıcı modeli tercih eden bir hekim hasta hakkında daha çok şey öğrenmeye çalışacak ve hastaya rasyonel olanı, yani anjiyografıyı yapmamayı, seçmesi için yardımcı olmaya çalışacaktır.

Son model ise *görüşmeci model*'dir. Bu model; hekimi, hastanın tıbbi durumuna ilişkin en çok sağlıkla ilişkili değerleri tanımlaması konusunda hastaya yardım eden bir arkadaş ya da öğretmen olarak tasvir eder. Hekim ve hasta hangi değerlerin göz önüne alınması gerektiğini düşünür ve hastanın tıbbi durumu bağlamında her bir ahlaki değerın ağırlığını tartışır. Hekimin arkadaş ya da öğretmen rolü, hastanın özerklik hakkını ihlal etmeden ya da hastanın kendi değerlerini tanıma kapasitesini küçümsemekten en iyi tıbbi seçimi belirtmesine olanak sağlar. Görüşmeci model, hekimin mesleki yeterliliğini veya hastanın karar verebilme kapasitesini denklemin dışında bırakmadan hekim ve hastayı aynı hiyerarşik seviyeye yerleştirir. Bu uzlaşmadan dolayı, görüşmeci model çağdaş klinik etikte en çok tercih edilen hekim-hasta ilişki modelidir.

Mevcut vakada; hastaya görüşmeci model perspektifinden yaklaşan bir hekim, herhangi bir tıbbi endikasyon olmadığı halde, hastanın anjiyografi ısrarına neden olan endişelerini anlamak için zaman tanımalıdır. Hastanın endişelerinin tam anlaşılmasından sonra hekim bu endişeleri aşması için hastaya alternatif çözümler sunmalıdır. Burada görüşmeci modelin, hastanın kararında ısrar etmesi halinde hekime anjiyografi yapmasını önermediğine dikkat etmek gerekir. Hekim tıbbi endikasyonu bulunmayan herhangi bir tıbbi girişimi yapmayı reddetme hakkına sahiptir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226. doi:10.1001/jama.1992.03480160079038

### **13. Vaka**

Kırk beş yaşında kadın hasta, son 3 aydır nefes darlığı şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Hasta şikâyetlerinin eforla arttığını, merdiven çıkmakta zorlandığını belirtti. EKG’de sol ventriküler hipertrofi bulunması üzerine yapılan EKO’da hipertrofik kardiyomiyopati saptandı. İnterventriküler septum 24 mm (<15 mm) saptandı. Hasta; 1 kız, 3 oğlan olmak üzere 4 çocuğu olduğunu, ancak en büyük oğlunun üç yıl önce egzersiz yaparken ani kalp krizinden öldüğünü ifade etti. Çocuklarından en küçüğü şu anda 5, en büyüğü ise 17 yaşındaydı. Hastalığın kalıtsal özellikleri nedeniyle hastanın çocuklarına da ekokardiyografik tarama yapılması önerildi. Hasta; en büyük oğlunun ölümü nedeniyle, diğer çocuklarının ekokardiyografik taramadan panikleyebileceklerini söyleyerek bunu istemedi.

#### **Etik sorunlar**

Vasinin karar vermesi, hekimin rolü ve yetkisi, reşit olmayanların rıza verme kapasitesi

#### **Sorular**

Hekim durumu hastanın çocuklarına açıklamalı ve ekokardiyografik tarama yapmalı mıdır?

1. Hekim taramanın gerekli olduğunu ve olası bir riski önlemenin en önemli yolunun bu olduğunu açıklamalı ve hastanın çocuklarına tarama yapılması gerektiğini söylemelidir.
2. Hekim hastanın kararına saygı duymalıdır. Hastanın isteği üzerine çocuklarına durumu anlatılmamalı ve ekokardiyografik tarama yapılmamalıdır.

## **Etik Analiz**

Hastalar, tedavilerinin herhangi bir aşamasında herhangi bir tıbbi müdahaleyi başlatmayı veya sürdürmeyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta hakları, temel insan haklarıyla yakından bağlantılıdır. Bireylere kendi kendini değerlendirme yetkisini veren özerklik hakkı, hastaların tıp uzmanlarınca gerekli görülen bir tıbbi müdahaleyi reddetmesi için etik bir zemin hazırlar. Hasta haklarına ilişkin Dünya Tabipler Birliği Lizbon Deklarasyonu hastanın kendi kaderini belirleme hakkını şu şekilde tanımlamaktadır:

*‘‘a. Hastanın kendi kaderini tayin etme, kendisi ile ilgili özgür kararlar verme hakkı vardır. Hekim, hastayı kararlarının sonuçları hakkında bilgilendirecektir.*

*b. Zihinsel olarak yetkin yetişkin bir hasta, herhangi bir teşhis prosedürü veya hastalık tedavisine izin verme veya vermeme hakkına sahiptir. Hasta, karar vermek için gerekli bilgilere sahip olma hakkına sahiptir. Hasta, herhangi bir testin veya tedavinin amacının ne olduğunu, sonuçların ne anlama geldiğini ve onam vermemenin sonuçlarının ne olacağını açıkça anlamalıdır. ’’<sup>1</sup>*

Çocuklar, kendi kendilerine karar verme yetkinliklerinden yoksun savunmasız gruplar arasındadır. Bu nedenle on sekiz yaşından önce yapılacak herhangi bir tıbbi müdahale için ebeveyn onayı gerekir. Çocukları için karar verme hakkının ebeveynlere verilmesinin nedeni; ebeveynlerin, çocuklarının menfaati için hareket ettiğinin genel kabulüdür. Ebeveynin etik karar verme yetkisi dört faktöre bağlıdır<sup>2</sup>:

1. Makul kararlar vermek için yetkin olmalıdır.
2. Karar vermeyi gerektiren tıbbi durum hakkında yeterli bilgi ve anlayışa sahip olmalıdır.
3. Duygusal ve psikolojik olarak istikrarlı olmalıdır.
4. Her zaman çocuğun çıkarlarını en iyi şekilde korumak için hareket etmelidir.

Karar verme sürecinde hekimler, ebeveynlerin makul bir seçim yapmasına yardımcı olacak mevcut tıbbi durumla ilgili tüm bilgileri sağlama sorumluluğuna sahipken ebeveynler etik olarak hasta çocuğun çıkarlarını diğer tüm etkenlerden üstün tutmakla yükümlüdür. Hekimler; hasta çocuğun anne-babasının, karar vermede vekil olarak dört faktörden bir veya birkaçını taşımadıklarından şüphelenirlerse veya anne babanın kararının çocuğun sağlığına zarar vereceğine veya çocuk için risk oluşturacağına dair bilimsel kanıtları varsa, ebeveynlerin kararını geçersiz kılmak için müdahale etme yasal hakkı ve etik yükümlülüğüne sahiptirler<sup>3</sup>.

Çocuklar; yasal olarak kendileri için karar verme yetkisine sahip olmasalar da sağlık durumları ve önerilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgilendirilmelidir. Açıklanan bilgilerin içeriği ve detayları çocuğun olgunluk düzeyine, entelektüel kapasitesine ve duygusal durumuna uygun olmalıdır. Bu bilgilendirmenin etik yükümlülüğü, özerkliğe saygı ilkesini ve insanları her zaman bağlam içerisinde bir amaç olarak görmemizi ve asla sadece bir araç olarak görmememizi isteyen deontolojik etik normu temel alır<sup>4</sup>. Çocukların değişen derecelerde olgunluk ve kendi kaderini tayin etme kapasitesine ulaştığının kabulü,

yediler kuralı ile açıklanır<sup>5</sup>. Yediler kuralına göre, bir çocuğun kendi kaderini tayin etme kapasitesi, 14 yaşından sonra bir yetişkine çok benzer<sup>6</sup>. Tartışılan vakada en büyük çocuk 17 yaşındadır ve dolayısıyla bu gencin kendi kaderini belirleme kapasitesini engelleyecek özel bir neden yoksa, taşıdığı sağlık riskleri ve tanısal anjiyografi için tıbbi endikasyon hakkında kendisine bilgi verilmelidir.

Bu bilgi verme süreci, reşit olmayan bireyi taşıdığı sağlık riskleri konusunda uyarabilir ve günlük aktivitelerinde aşırı risk almasını engelleyebilir. Bu nedenle bilgilendirme, yalnızca özerkliğe saygı gösterilmesi veya her insana kendi başına bir amaç olarak davranılmasıyla değil, aynı zamanda zarardan kaçınma ilkesiyle de haklı çıkarılır. Küçük çocuklar da yaşlarına uygun şekilde bilgilendirilmelidir. Ebeveynin yazılı aydınlatılmış onamı bulunmaksızın çocukların hiçbirinin onayının yasal olarak yeterli olmayacağını unutulmamalıdır.

Bu vaka, çocuklarına psikolojik zarar vermemek için tanısal müdahaleyi reddeden bir ebeveyni konu almaktadır. Ancak, önerilen tanısal testi reddetmesinin erken teşhis şansını ortadan kaldırarak çocuklarının sağlığı için ciddi risk oluşturduğuna dair bilimsel kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle, ebeveynin kararının çocuklarının yüksek yararına olmadığını söylemek daha doğru olacaktır. Öte yandan, ekokardiyografinin çocuklara getireceği psikolojik stres ve kaygı konusunda haklı olduğu noktalar bulunmaktadır. Bununla birlikte, risk-fayda analizi hala tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektirmektedir. Bu durumda, potansiyel olarak faydalı bir tıbbi müdahaleyi reddetmek

yerine, beraberinde gelebilecek stres ve kaygıyı önlemek veya yönetmek için alternatif bir yol önerilmelidir. Hekim ve ebeveyn arasındaki güven ve şeffaf iletişim, çözüme giden ana yol olacaktır.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>WMA Declaration of Lisbon on the rights of the patient. 2005. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf>

<sup>2</sup>Diekema DS, Mercurio MR, Adam MB, eds. Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. doi:10.1017/CBO9780511740336

<sup>3</sup>Fleischman AR. Pediatric Ethics: Protecting the Interests of Children. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199354474.001.001/med-9780199354474>. Accessed December 18, 2021.

<sup>4</sup>Kant, Immanuel. Critique of Practical Reason. Translated by Thomas K. Abbott, Dover Publications, 2004.

<sup>5</sup>Yediler Kuralı: 7 yaşından küçük çocukların kendi kaderini tayin etme kapasitesinin olmadığı varsayılır. 7-13 yaşındaki çocukların bazı vaka bazlı kararlar verme kapasitelerinin geliştirildiği düşünülürken, 14 yaşından büyük çocukların kendi sağlıkları hakkında karar verme konusunda yetişkinlere benzer bir kapasiteye sahip oldukları düşünülmektedir. Bu yaş aralıklarında kendi kaderini tayin etme kapasitesinin bilişsel gelişim, fizyolojik ve duygusal faktörler, stres, olgunluk düzeyi vb. gibi çeşitli faktörler nedeniyle önemli ölçüde değiştiğini unutmayın.

<sup>6</sup>Diekema DS, Mercurio MR, Adam MB, eds. Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook. Cambridge: Cambridge University Press; 2011; Page 8 doi:10.1017/CBO9780511740336



## 14. Vaka

Seksen yaşında erkek hasta oğlu ile kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın daha önce göğüs ağrısı şikâyeti ile bir başka hastaneye başvurduğu, bu hastanede yapılan Eforlu EKG testi sonucunda hastaya koroner anjiyografi işlemi önerildiği oğlu tarafından aktarıldı. Hasta yakını; hastanın bu işlem ve tanının doğruluğu hakkında şüpheleri olduğunu, bu sebeple anjiyografi yapılmasını reddettiğini belirtti. Hastanın göğüs ağrısının devam etmesi üzerine bir başka görüş almak üzere başvuran hasta ve yakını, bir önceki tanının da doğruluğunu teyit etmek istedi.

Bu başvuru üzerine kardiyoloji uzmanı tarafından daha önce dış merkezde yapılmış olan Eforlu EKG testinin sonucu incelendi. Eforlu EKG testinde yer yer aşağı eğimli-ST çökmelerinin izlendiği ve testteki parametrelere göre hesaplanan Duke Koşu Bandı skoruna göre de iskemik kalp hastalıkları açısından yüksek risk grubunda yer aldığı tespit edildi. Önceki tetkiklerin sonuçları ve hekimin hastayı bizzat muayenesi sonrası elde ettiği muayene bulguları ışığında mümkün olan en erken vakitte koroner anjiyografi işlemi uygulanması gerektiği hastaya açıklandı. Ancak hasta mevcut hekimin de tıpkı bir önceki hekim gibi durumu yanlış teşhis ettiği düşüncesiyle anjiyografi işlemi reddetti.

## Etik Sorunlar

Yeterlilik, özerkliğe saygı, risk değerlendirmesi

## Sorular

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Daha fazla müdahale olmaksızın hastanın kararına saygı duyması gerekir.
2. Hastaya yarar sağlamanın öncelikli görevi olduğunu düşünerek mevcut klinik durumun ciddiyetini hastaya tekrar açıklamalı ve hastayı anjiyografi yaptırmaya ikna etmek için çabalaması gerekir.

### **Etik Analiz**

Bu vakada etik ikilem hastanın kararına saygı duyup bu kararın gereğini yerine getirme ve hastanın tıbbi gereksinimi doğrultusunda gerekli tıbbi müdahaleyi kabul etmeye zorlaması arasında kuruludur. Hastanın kararını kabul ederek bu kararın gereğini yapmak hekimin hukuki ve etik yükümlülüğüdür, ancak bu yükümlülüğün geçerli olması için belirli birkaç koşul aranır. Bu koşullardan ilki hastanın yeterlilik düzeyidir. Entelektüel ve psikolojik özellikleri kendi kaderini tayin için yeterli olan bir kişi, acil bir klinik durum veya sağlık durumu hakkında kötü haberler duyması nedeniyle makul seçimler yapamayabilir. İleri yaşta olmak bazı durumlarda tam kapasite kaybına dahi neden olmuş olabilir. Bu sebeple, hekim hastanın isteği doğrultusunda bir tıbbi girişimi gerçekleştirme kararı almadan önce bu yetersizlik faktörlerinden birinin veya birkaçının olup olmadığını kontrol etmelidir. Hastanın yeterlilik düzeyinden emin olmak için psikiyatri konsültasyonu istemek iyi bir seçim olabilir. Hekimler, hastanın kendi kaderini tayin etme yetkinliğinin azaldığı konusunda hemfikirse; hastaya fayda sağlama etik ilkesi gereği, hastayı işlemin uygulanmasına ikna etmek için alternatif iletişim becerilerini kullanmaları ve hastanın yasal vasisinden yazılı aydınlatılmış onam almaları gerekebilir.

Konsültasyon ve değerlendirme sonrası hastanın kendi kararını vermede tam anlamıyla yetkin olduğu ortaya çıkarsa, hekim bir kez daha hastanın özerkliğine saygı duymak ile fayda sağlamak arasında etik ikilemele karşı karşıya kalır. Bu aşamada hekimin izlemesi gereken etik ve yasal açıdan uygun bir aydınlatılmış onam süreci aşağıdaki adımları içermelidir:

1. Hastanın klinik durumu ile ilgili detaylı, açık ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmesi; mevcut durum ve işlemin riskleri ve faydaları, alternatif prosedürler ve tıbbi müdahaleyi durdurmanın sonuçları hakkında ilgili tüm bilgilerin tam olarak açıklanması sağlanmalıdır.
2. Bilgiler basit kelimelerle aktarılmalı, tıbbi terimlerden ve uzun karışık cümlelerden kaçınılmalıdır.
3. Yazılı aydınlatılmış onam formu; hastanın okumasını kolaylaştıracak, okuyucu dostu bir şekilde tasarlanmalıdır.
4. Hekim, hastanın açıklanan bilgileri anlayıp anlamadığını kontrol etmek için etkili iletişim becerilerini kullanmalı ve hastayı herhangi bir belirsizlik hakkında soru sormaya teşvik etmelidir.
5. Hastanın düşünmesi ve mantıklı bir seçim yapması için yeterli zaman verilmelidir.
6. Hastanın gönüllülüğünü ve özgür iradesini engelleyen faktörler açısından dikkatli olunmalı ve mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

Tüm bu faktörler, hastanın rasyonel bir seçim yapması, yani hastanın net beklenen faydasını maksimize edecek bir karar vermesi için gereklidir.<sup>1</sup> Hastanın kararının tıbbi yararı maksimize etmeyeceğine veya hastaya zarar vereceğine dair bilimsel olarak kanıtlanmış kanıtlar olduğunda ikilem varlığını sürdürmeye devam eder. Genel olarak,

aydınlatılmış onam ile ilgili tüm faktörler karşılanıyorsa, hekimin hastanın kararına saygı duyması yasal ve etik bir zorunluluktur. Ancak klinik etik, genel ilkelere atıfta bulunmadan önce her bir vakaya özenli bir yaklaşım gerektirir. Hekim, ahlaki olarak doğru davranışı belirlemek için her vakanın kendi özel bağlamına odaklanmalıdır. Beauchamp ve Childress, buna benzer ikilemlerde yol gösterici olarak vakanın özelliklerini değerlendirmek için bir risk değerlendirme matrisi önerdi<sup>2</sup>. (Tablo 1)

		<b>Riskin gerçekleşme olasılığı</b>	
		Yüksek	Düşük
<b>Riskin büyüklüğü</b>	Majör risk	1	3
	Minör risk	2	4

**Tablo 1:** Büyüklüğü ve gerçekleşme olasılığı göz önüne alınarak yapılan risk değerlendirmesi

Hastanın önerilen tıbbi müdahaleyi reddetme kararı, hastayı muhtemelen ölüm ve/veya morbidite riski yüksek klinik bir durum olan birinci kutuya koyacaktır. Bu durumda hekim; fayda sağlama ilkesi gereği, hastanın kararının sonuçlarının tam olarak farkında olduğundan emin olmak için hastayla bir kez daha iletişim kurmayı tercih edebilir. Aynı davranış biçimi, ölüm veya hastalık riskinin büyüklüğünün yüksek olduğu, ancak gerçekleşmesinin pek olası olmadığı üçüncü kutuya giren vakalar için de makul olabilir. Özerkliğe saygı ile fayda sağlama (veya bazı durumlarda zarardan kaçınma) arasındaki ikilem, ikinci ve dördüncü kutular için daha zayıf bir ikilemdir. Bu durumda

tıbbi sonuçlar hasta için daha tolere edilebilir olduğundan hekimler hastanın kararına kabul etmekle daha rahat hareket edebilirler.

---

### **Referanslar**

<sup>1</sup>Kraus JS, Coleman JL. Morality and the Theory of Rational Choice, *Ethics*. 1987;97(4):715–749.

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford Uni. Press; 2013.

## **15. Vaka**

Doksan sekiz yaşında erkek hasta öksürük ve nefes darlığı şikâyetiyle hastaneye başvurdu. Hastadan alınan öyküde, hastanın son evre akciğer kanseri tanısıyla kemoterapi ve radyoterapi almış olduğu öğrenildi. Hasta, ayrıca, kanserin mevcut evresi nedeniyle de kansere yönelik ek tedavi önerilmediğini de aktardı. Hasta son zamanlarda oral alımının bozulduğunu ve yaklaşık 20 kilo kaybettiğini söyledi.

Yapılan ekokardiyografide hastanın ejeksiyon fraksiyonu %15 olarak tespit edildi. Kalp yetmezliğine yönelik farmakolojik tedavisi planlandı (beta blokör, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri [ACE], muskarinik reseptör antagonistleri [MRA], diüretik, Sodyum glikoz kotransporter-2 inhibitörü [SGLT-2]). Bu görüşmeden 3 ay sonra hasta tekrar kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Hastadan alınan öyküye göre kalp yetmezliği tedavisine klinik olarak iyi yanıt verdiği, şikâyetlerinde azalma olduğu gözlemlendi. Hasta, kendisi de kardiyolog olan bir akrabasının kalp yetmezliği olan hastaların semptomlarını hafifletmek için implante edilebilir kalp pili (ICD) cihazından bahsettiğini belirtti. Hasta, kardiyologdan kendisine ICD'nin implante etmesini istedi.

## **Etik Sorunlar**

Boşuna tedavi, kısıtlı kaynakların etkin kullanımı

## **Sorular**

1. Hekim, tıbbi durumunu göz önünde bulundurarak ICD'yi uygulamanın yarardan çok zarar vereceğini ve ICD'nin uygulanmasının beyhude bir müdahale olacağını hastaya bildirmelidir.

2. Hekim karar verirken hastanın tercihine öncelik verip ICD'yi denemelidir.

### **Etik Analiz**

Bu vaka, hekimin tıbbi müdahalenin yararsızlığı/boşunalığı hakkında karar vermesi gereken klinik durumlara örnek verilebilir. Boşuna tedavi, hastanın mevcut sağlık durumunu iyileştirmeyecek ve hastalığın tedavisine katkı sağlamayacak tıbbi müdahaleyi ifade eder<sup>1</sup>. Diğer bir deyişle, mevcut bilimsel kanıtlar önerilen müdahalenin hastaya fayda sağlamayacağını, ancak muhtemelen hastaya gereksiz acı ve zarar vereceğini gösterdiğinde tıbbi müdahalenin boşunalığı tartışılır.

Boşuna tedavi tartışmalarında değerlendirilmesi gereken iki ana konu vardır. İlki, yaşamın sonuna dair etik tartışmalarla ilişkilidir. Burada, artık normal yaşama dönme kapasitesine sahip olmayan bir hastadan yaşam destek tedavisinin geri çekilmesine odaklanılır. Yaşam destek sistemleri sayesinde yaşamı devam ettirilen kalıcı vejetatif durumdaki hastalarla ilgili kararlar bu gruptadır. İkinci konu ise, önerilen tıbbi müdahaleden yararlanacak tıbbi kapasitesi olmayan son dönem hastaların tedavisinin durdurulması veya geri çekilmesidir. On beşinci vakada karşılaşılan durum, boşuna tedavi konseptinin ikinci grubu ile ilgilidir.

Faydasız tedavi kararlarının nitel ve nicel bileşenleri vardır<sup>2</sup>. Nicel veya olgusal bileşen, tıbbi müdahalenin boşuna olduğuna dair bilimsel kanıtlara dayanmaktadır. Bu bileşenin değerlendirilmesinde esas görev hekimlere düşmektedir, çünkü hekimler mevcut bilimsel kanıtlar hakkında klinik deneyime ve bilgiye sahiptirler. İkinci bileşen, hastanın

iyi yaşam kavramına ve ahlaki değerlere vurgu yapan nitel bileşendir. Nitel bileşen, hasta veya hasta kendi kararını veremeyecek durumda ise hasta vekili/vasisi karar vericiler tarafından yönetilir. Her insanın kaliteli yaşam anlayışı kendine özgüdür ve genel-geçer bir kaliteli yaşam kalıbından bahsetmek mümkün değildir. Bir kişi tarafından yaşamaya değer bulunmayan bir hayat, bir başkası için kabul edilebilir olabilir. Bir kişinin inançları veya ahlaki değerleri onu ne olursa olsun hayatta kalmaya itebilirken, bir başkası sevdiğilerine veda edebileceği bir ortamda ölmeyi daha değerli bulabilir. Boşuna tedavi kararlarının nitel yönünde, özellikle bireysel tercihlerine de önem vermek gerekir.

Boşuna tedavi probleminde hesaba katılması gereken bir diğer konu da kısıtlı kaynakların adil dağıtımıyla ilgilidir. Yaşamın sonunda verilen tedaviler veya yüksek teknolojik kardiyolojik tıbbi girişim olanakları da kısıtlı tıbbi kaynaklar arasındadır. Bu kaynakların kısıtlılığı, sağlık yetkilileri ve hekimler tarafından adil dağıtım için normlar oluşturma gereksinimini doğurmaktadır. Kısıtlı kaynakların adil dağıtımı için öncelikleri ve normları belirlemede farklı yaklaşımlar mevcut. Liyakat, tıbbi kullanım kapasitesi, aciliyet ve tıbbi ihtiyacın ciddiyeti, 'ilk gelen alır' mantığı bu yaklaşımlardan bazılarıdır. Faydacı etik teori, en sık kullanılan yaklaşımlardandır. Faydacı teori, kısıtlı tıbbi kaynakların fayda sağlama kapasitesi en yüksek olanlara sağlanmasına vurgu yaparak, en çok sayıda insan için fayda maksimizasyonuna öncelik veren yaklaşımdır<sup>3</sup>.

Bu durumda, hastanın talep ettiği girişimi uygulama kararı hekim tarafından boşuna tedavi olarak kabul edilir. Hasta, başka bir kaynaktan karşıt uzman görüşleri aldığı için kardiyoloğuna katılmaz. Genellikle



boşuna tedavi kararlarıyla ilgili etik ikilemlerde gerilim nitel ve nicel bileşenler, yani bilimsel kanıtlara karşı bireysel değerler ve tercihler arasındadır. Ancak bu vaka farklı bir ikilemi temsil ediyor: vaka temelli bir yaklaşımda bilimsel kanıtların yorumlanması konusunda kafa karışıklığından doğan bir karmaşa söz konusudur. Kalp yetmezliği hastalarına semptomlarını hafifletmek için implante edilebilecek ICD hakkında ikinci görüşü veren kardiyolog genel anlamda haklıydı. Ancak, “ICD kalp yetmezliği hastalarında semptomları hafifletir” bilgisi gibi genel bilgiler belirli durumlarda tedavinin yararsızlığına karar vermek için yeterli olmayabilir ve vaka özelinde değerlendirilmesi gerekir. Tedavisi mümkün olmayan son dönem kanser ve beklenen yaşam süresi göz önünde bulundurulduğunda ve ICD'lerin uygulanmasının riskleri de hesaba katıldığında, bu tıbbi müdahale hastaya faydadan çok zarar verebilir. Bu durumda önerilen yaklaşım, hastanın şüphelerini gidermek için mevcut sağlık durumuna ilişkin ilgili bilgileri açıklamak olacaktır. Ancak, detaylı ve anlaşılır üslupla şeffaf bir iletişim yoluyla yapılan açıklamadan sonra hasta hala kararında ısrar ediyorsa, hekim “boşuna olduğu bariz olan ve hastaya zarar verebilecek” tıbbi müdahaleye zorlanamaz<sup>4</sup>.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Bernat JL. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care*. 2005;2(2):198-205.

<sup>2</sup>Schneiderman LJ. Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *J Bioeth Inq*. 2011;8(2):123-131.

<sup>3</sup>Ekmekci PE, Arda B. An evaluation of justice and right to health in the frame of basic ethical theories. *Turkish Clinics J Med Ethics*. 2015; 23(1): 6-21.

---

<sup>4</sup>The Committee on Bioethics (DH-BIO) of the Council of Europe. The Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. 2014.

## **16. Vaka**

Elli altı yaşında erkek hasta hipertansiyon nedeniyle takip edilmekteydi. Hasta inşaat mühendisiydi ve il dışındaki bir şantiyede çalışmaktaydı. Hekimi, bir yıl boyunca reçete edilen antihipertansifleri alması için bir rapor verdi. Raporun süresi doldu ve ilaçları bitti. Uzak bir bölgede olduğu için hasta hekimini aradı, ilaçlarının bittiğini ve ilaçları almak için yeni bir reçete istediğini söyledi. Hekim ona randevu teklif ettiğinde, işinden dolayı gelemeyeceğini söyledi. Hasta, hekimden kendisini görmeden raporunu yenilemesini istedi. Kullandığı ilaçlarından memnun olduğunu ve hiçbir yan etkisi olmadığını belirtti. Kan basıncını düzenli olarak ölçtüğünü ve kontrol altında olduğunu söyledi. Ayrıca baş ağrısının da geçtiğini ekledi<sup>1</sup>.

### **Etik Sorunlar**

Sanal konsültasyon, Zarar vermeme, Hekimin Rolü ve Sorumluluğu

### **Sorular**

1. Hekim, hastanın seçimine saygı duyduğu için ilacı tekrar reçete etmelidir.
2. Hekim, hastaya zarar vermeme ve yanlış uygulamadan kaçınmak için hastayı muayene etmeden raporunu uzatmayı reddetmelidir.

### **Etik Analiz**

Bu durumda etik sorun, hekimin hastanın sanal konsültasyon talebine saygı duyması açısından bir ikilemi temsil etmektedir. Bugün, hekim-hasta iletişimde “anlık mesajlaşma/arama uygulaması” konsültasyonu çok yaygındır. Günümüzde hastalar "en kısa sürede en iyi sağlık hizmetini" almayı tercih etmektedir. Yani hastalar için

"zaman her şeydir ve teknoloji zaman yönetimi için en verimli şekilde kullanılmalıdır" yaklaşımı ön plana çıkmaktadır. Etkin zaman yönetiminin yanı sıra hastaların sanal konsültasyon taleplerinin altında yatan başka nedenler de vardır. Bunlar; muayene ücretleri, sağlık merkezlerine girmekten kaçınma ve COVID-19 pandemisinde bu merkezlere giderken toplu taşıma araçları kullanıma bağlı bulaş riskidir. Bununla birlikte tıp mesleğinin pratiğindeki en temel konu, hekimin en uygun sağlık hizmetini sağlamak için hastasını şahsen görmesidir. Doğru teşhisi koymak veya teşhis ve tedavi takibindeki hataları önlemek için hekim ve hastanın birebir olarak iletişim kurması önemlidir.

Sanal danışma, hata riskini artırır. Zarar vermeme ilkesini ihlal etme, aydınlatılmış onam unsurlarına zarar verme ve yanlış uygulama gibi etik sorunlara neden olur. Sanal danışma, boşuna ve zararlı bir tedaviye başlatacak veya devam ettirecek yanlış uygulamalara sebep olarak malpraktis riskini artırır. Bu nedenle fayda sağlama yükümlülüğünü yerine getirmek için hastanın çevrimiçi danışma talebini karşılamak, zarar vermeme ilkesine uyulmamasına neden olmaktadır.

Sanal danışmanın aydınlatılmış onam unsurlarına zarar veren diğer problemleri de vardır.

Bu unsurlar aşağıda verildiği gibidir<sup>2</sup>:

- Anlama ve karar verme yeterliliği
- Gönüllülük
- İlgili var olan bilginin açıklanması
- Planın önerilmesi
- Bilgi ve önerilerin anlaşılması

- Plan lehine karar verme
- Seçilen plana uyulması

Çevrimiçi iletişimde, hekim hastaya iletilen bilgileri hastanın anlayıp anlamadığından emin olamamaktadır. Hastalık, irrasyonellik ve olgunlaşmamışlık gibi hastanın anlamasını sınırlayıcı koşullar “anlık mesajlaşma/arama uygulaması” konsültasyonu yoluyla tespit edilmesi kolay bileşenler değildir.

Bu vakada son etik sorun, yanlış uygulama olasılığıdır. Tıbbi yanlış uygulamayı başarılı bir şekilde ortaya koyabilmek için hasta, yanlış uygulamaya uğradığını aşağıdaki unsurlarla kanıtlamak zorundadır<sup>3</sup>:

- Tedavi eden hekimin mesleğin standartlarına uymaması nedeniyle görev ihlali
- Bu görev ihlali ile hastanın zarar görmesi arasında nedensel bir ilişki

Tıp mesleğinin standartları, hekimin hastayı bizzat görmesini ve değerlendirmesini gerektirir. Bu adım göz ardı edilirse ve inceleme sanal olarak yapılırsa, sanal inceleme ile meydana gelen zarar arasında nedensel bir ilişkinin varlığını iddia etmek makul olacaktır. Bu nedenle basit ve iyi niyetli bir “anlık mesajlaşma/arama uygulaması” konsültasyonu hekime hukuki suçlamalar getirebilir.

Hasta ile çevrimiçi iletişim kurmanın bir diğer sorun olan yönü de hekimin bir çağrı merkezi gibi 7/24 ulaşılabilir olmasını zorunlu kılmasıdır. Hekim hakları temelinde hekimler, herhangi bir hastanın

ihtiyaçlarına cevap vermek için her zaman hazır bulunma zorunluluğunda değildir. Sanal hekim konsültasyonunun koşulsuz desteği muhtemelen birçok etik ve yasal soruna neden olabilir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Bazı sağlık sistemleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, kronik hastalığı olan hastalarına ilaçları bittiğinde tekrar almaları için resmi bir rapor çıkarmalarına izin verir. Bu durumda sorun, bu resmi raporun süresi dolduğunda söz konusu olacaktır.

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. “The elements of informed consent.” *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford Uni. Press; 2019:80

<sup>3</sup>Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(2):339-347. doi:10.1007/s11999-008-0636-2

## **17. Vaka**

Elli yaşında erkek hasta hipertansiyon ve böbrekte kist nedeniyle takip edildiği kardiyoloji kliniğine başvurdu. Sol koluna ve sırtına yayılan göğüs ağrısı vardı. Kalp sintigrafisi çekildi ve şiddetli iskemi gözlemlendi. Acil koroner anjiyografi önerildi.

Laboratuvar testleri yapıldı ve böbrek fonksiyon bozukluğunu gösteren GFR değeri 35 mL/dk olarak ölçüldü. Anjiyografi sırasında verilecek opak maddenin böbrek fonksiyonlarını daha da bozma ve akut böbrek yetmezliğine yol açma riski vardı. Akut böbrek yetmezliği riskinin yüksek olduğu için nefroloji uzmanı gerekliydi, ama hastanede yoktu. Hekimler hastaya sağlık durumunu, riskleri ve müdahalenin faydalarını açıkladılar. Bu gerekçeyle hekimler, hastaya olası komplikasyonların yönetilebileceği daha gelişmiş bir sağlık merkezine nakledilmesini önerdiler. Ancak hasta, bu hastaneye ve buradaki hekimlerine bu işlem için güvendiğinden burada tedavi görmekte ısrar etti.

### **Etik Sorunlar**

Acil durumda risk-yarar değerlendirmesi, hasta hakları

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hekimler tedavi boyunca ve sonrasında komplikasyonların olabileceğini göz önünde bulundurmalıdır. Hekim, hastayı nefroloji uzmanı bulunan gelişmiş sağlık merkezine transfer etmelidir.
2. Hekimler, durumun aciliyeti ve hastanın isteklerini göz önünde bulundurmalıdır. Süratle koroner anjiyografi yapmalıdır.

## Etik analiz

Dokuzuncu vakada açıklanan dört-kutu metodu, makul olarak düşünülen kararın ne olacağını tartışmak için kullanılacaktır. (Tablo 2)

<b>Kategori</b>	<b>Kategorinin tanımı</b>	<b>Vaka 17'nin bu kategoriye göre içeriği</b>
Tıbbi endikasyon	<p>- Hastanın klinik durumu tanımlandı.</p> <p>-Teşhis ve tedavi seçenekleri, hastanın tıbbi müdahalelerden fayda sağlama kapasitesine özel önem verilerek değerlendirilir.</p>	<p>-Hastanın klinik durumu koroner anjiyografiye ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ancak hastanın böbrek fonksiyon bozukluğu, akut böbrek yetmezliği riskinden dolayı anjiyografi için engelleyici bir faktördür.</p>



Hastanın tercihleri ve değerleri	<p>-Hastanın tercihleri hastanın iyi yaşam anlayışı ve ahlak değerlerinin tanımına bağlıdır.</p> <p>-Hastanın özerkliğini uyguladığı alan.</p>	<p>Hastanın tercihi nefroloji uzmanı olmayan hastanede tedavi edilmektedir. Hastanın karar verme konusunda önceliği uzmanına güvenmektir.</p> <p>Hasta isteklerinden bahsetme konusunda özgür ve yeterlidir ancak kuşkuları mantıklı değil çünkü karar verme sürecinde hesaplama ve muhakeme hataları var.</p> <p>Yaptığı hata, ilgili gerçeklerin akut böbrek yetmezliğine işaret etmesi ve muhakemesinin bu gerçekleri görmezden gelmesidir.</p>
----------------------------------	--	--

<p>Hayat kalitesi</p>	<p>-Göz önünde bulundurulan tıbbi endikasyonların ve hasta tercihlerinin hastanın yaşam kalitesine etkisi</p> <p>-Hekimlerin düşünceleri, tıbbi müdahalenin etkisini tahmin etme konusundaki profesyonel uzmanlıkları nedeniyle yaşam kalitesi kararlarında eşit derecede önemlidir.</p>	<p>-Değerlendirilen tıbbi endikasyonun riskleri ile hasta tercihleri birbiriyle uyumlu değildir.</p> <p>-Koroner anjiyografinin uygunluğu değerlendirilirken hastanın yaşam kalitesini nasıl etkileyeceğini düşünmek önemlidir. Yaşam kalitesi kararları güçlü öznel bileşenlere sahip olduğundan, hastanın kendi tercihleri önemlidir. Vaka 17'de, hastanın konuyla ilgili mevcut görüşleri onun sağlığı ile uyumlu değildir; aksine bilimsel gerçekler ve hekimin mesleki uzmanlığı ile kanıtlanmış yaşam kalitesini düşürebilecek bir seçim yapar.</p>
-----------------------	--	---

Bağlamsal özellikler	-Hekim, vakanın gerçekleştiği bağlamı dikkate alır ve önerilen kararın, kaynakların adil dağılımı veya gizlilik konuları gibi bağlamın özel ihtiyaç ve gerekliliklerine uyup uymadığını kontrol eder.	Vaka 17'nin gerçekleştiği bağlam, ekonomik, dini, kültürel faktörler veya gizlilik sorunları gibi dikkate değer özelliklere sahip değildir. Ancak, bu durumda kararın hekim üzerindeki etkisi olan belirli bir bağlamsal özellik vardır. Hastanın iyilik halini desteklemeyen bir tedavi girişiminde bulunmak hem hekimin özerkliğine hem de meslek etiği ilkelerine zarar verir.
----------------------	---	---

**Tablo 2:** Vaka 17'ye uygulanmış dört-kutu metodu.

Bağlamsal özelliklerin daha geniş bir değerlendirmesiyle, hekim ve hasta arasında bir çatışma çıkması durumunda hangi hekim-hasta ilişkisi modelinin kullanılacağı önemlidir<sup>1</sup>. Her model, hekimin ve hastanın pasiflik veya proaktiflik derecesine göre diğerinden farklılık gösterir<sup>2</sup>. Model seçimi, büyük ölçüde sorunun ciddiyeti, akutluğu ve hastanın yeterlilik düzeyi gibi sağlık sorununun klinik belirtilerinin doğasına ve özelliklerine bağlıdır. Durum şiddetli ve akut olarak kabul edilirse, hastanın yüksek yararına bağlı olarak paternalist bir yaklaşım haklı gösterilebilir. Bu gerekçe, hastaların kendi çıkarlarına hizmet edecek akılcı kararlar vermelerini engelleyecek ölçüde yetkinliklerini

ytirdiği durumlar için geçerlidir. Yorumlayıcı model; bir hastanın kendisini önemli zarar riskine maruz bıraktığı, tamamlanmamış ve çelişkili seçimleri temsil eden vakalar için başka bir uygun seçimdir. On yedinci vakada tanımlanan hastanın klinik durumu ve mantıksız endişeleri değerlendirildiğinde, yorumlayıcı veya paternalist yaklaşımın hekimlerin ciddi zararlardan kaçınmasını ve hastanın yüksek yararını en iyi şekilde korumasını sağlayacağı görülmektedir.

---

### **Referanslar**

<sup>1</sup>Hekim-hasta ilişkisi modelleri için Vaka 12'deki etik analize bakınız.

<sup>2</sup>Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.

## **18. Vaka**

KAH sebebiyle izlenen 70 yaşındaki erkek hasta kardiyoloji kliniğine geldi. Hiçbir şikâyeti olmadığını ve kardiyoloğunun reçete ettiği ilaçları; aspirin, beta-blokör ve ACE inhibitörünü kullandığını belirtti. Hasta, bir yakının hacamat<sup>1</sup> olduğunu ve bunun üzerine kendini çok daha iyi hissettiğini, ayrıca bir hastane reklamında hacamat yaptırmanın KAH ve ateroskleroz gibi hastalıklara iyi geldiğini gördüğünü belirtti. Bunun üzerine hacamat yaptırap yaptırmaması konusunda hekimine danıştı.

## **Etik Sorunlar**

Sözde bilim, bilimsel bilginin değeri, hekimin görevleri

## **Sorular**

1. Bilimsel ve geleneksel tedavi yöntemleri arasındaki etik farklılıklar nelerdir?
2. Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

## **Etik Analiz**

On sekizinci vaka “Bilimsel ve geleneksel tedavi yöntemleri arasındaki etik farklılıklar nelerdir?” sorusuna odaklanmaktadır. Buradaki asıl mesele ampirik olan ve ampirik olmayan tıp arasındaki çatışmadır. Eğer ki, bir bilgi ampirik deneyler ile kanıtlanabiliyorsa ve potansiyel olarak çürütülebiliyorsa bilimseldir<sup>2</sup>. Ampirik bilgiyi üretmenin asıl yolu bilimsel yöntemdir. Bilimsel yöntemin basamakları sırasıyla; soru, gözlem, hipotez, deneyler ile test etmek, veri toplanması/analizi ve doğrulama/yanlışlamadır<sup>3</sup>. Bu süreçteki ilk adım, pratik bir ihtiyacı

karşlamak veya dünya hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak adına araştırma sorusu oluşturmaktır. Gözlem aşamasında, kaynaklar gözlemlenir ve skeptik bir yaklaşımla bilgiler toplanır. Üçüncü aşamada, eleştirel bir gözle yapılmış bu gözlemler temel alınarak hipotez kurulur. Sonraki aşamada, kurulan hipotez deneyler yapılarak test edilir. Deneylerin sonunda, elde edilen veriler çözümlenir. Analizlerin sonuçları hipotezi doğrular veya yanlışlar. Eğer hipotez yanlışlanıyorsa araştırmacı üçüncü basamağa dönerek yeni bir hipotez kurar ve tekrar başlar. Kurulmuş olan hipotez doğrulandığında ise diğer araştırmacılar tarafından test edilmesi için sonuçlar yayınlanır. Tıptaki bilimsel yöntem, bilimsel kanıtlara, diğer bir deyişle “kanıta dayalı tıp”a dayandırılmaktadır.

Kanıt dayalı tıp müdahalelerinin verimliliği, riskleri ve yan etkileri bilimsel yöntemle değerlendirilir. Tıp etiğine göre, tıbbi müdahalede hastanın çıkarı risk-fayda oranına bağlıdır. Düşük risk veya yüksek risk gibi ifadeler zarar görme olasılığını ve zararın büyüklüğünü ifade eder. Bilimsel tedavi yöntemleri, hastaların karşılaşacakları yarar ve zarar risklerini daha kesin bir şekilde belirlememizi ve buna göre gerekli önlemleri almamızı sağlar. Bu tanımlamalar sadece bilimsel yöntemlerle yapılabilir çünkü bu yöntemler çoğu geleneksel tedavi yönteminin aksine doğrulanmıştır. Bu nedenle bilimsel yöntemlerle kanıtlanmayan geleneksel tedavilerin hastalar için bilinmeyen bir risk oluşturduğunu söylemek akla yatkındır. Klinik müdahaleler, geleneklere veya taleplere göre değil bilimsel araştırma sonuçlarına göre yapılmalıdır.

Geleneksel tedavilerin kanıta dayalı tıbbi temel alan tıbbi müdahalelere bir alternatif oluşturduğunu popülerleştiren bir aldatmaca vardır. Bu aldatmaca, yanlış bilgi salgınının de kışkırttığı gibi kanıta dayalı tıba olan güvenin kaybolması riskini ortaya çıkarmaktadır. COVID-19 pandemisinin ilk zamanlarında gerçekleşmiş ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan bir konferansta belirtildiği gibi *“İnsanlık sadece bir epidemiyi değil, aynı zamanda yanlış bilgi salgını ile de savaşıyor. Yalan haberler virüsten hem daha kolay ve hızlı yayılıyor hem de virüs kadar tehlikeli.”*<sup>4</sup> Yeterli bilimsel bilgiye dayanmayan fikirlerin öne sürülmesi insanlardaki irrasyonel düşünceleri tetikliyor. Bu irrasyonel düşünceler normatif rasyonelitenin apaçık kanıtlarından yoksun inanışları<sup>5</sup>, komplo kuramlarına inançlarını veya bilim karşıtı tutumlar gibi içerik bakımından farklılık gösteren inançları kapsıyor<sup>6</sup>. On sekizinci vakadaki sorun bu tür bilim karşıtı tutumlarının git gide yaygınlaşıyor olması ve bunların akıl yürütme süreçlerini yanlış yönlendirme olasılıklarının yüksek olmasıdır.

Bu zararı önlemek için önerilen iki davranışsal model vardır<sup>7</sup>. İlk olarak özellikle üniversitelerde ve sağlık kurumlarında sözde bilime müsamaha göstermek ve onu meşrulaştırmak yaklaşımından vazgeçilmelidir. Bu kurumlar, bilimsel yöntemle üretilen bilgiyi ve bilimin öne çıkan değerlerini savunmalıdır. Bunun yanında bilimsel bilgi üretmek için çalışan araştırmacılar sözde bilime karşı aktif rol almalıdır. Buna göre on sekizinci vakanın sorusu *“Hekimin geleneksel tıbbi tedavi yöntemlerine ve bilimsel olarak kanıtlanmış tedavi yöntemlerine karşı yaklaşımı nasıl olmalıdır?”* şeklinde olmalıdır. Sözde bilimi meşrulaştırmak hem bireysel hem de toplumsal sağlığı tehdit etmektedir, tıpkı COVID-19 salgını sırasında aşya olan güven

eksikliğinin toplumsal sağlığı tehdit ettiği gibi. Bu sebeple bilimsel bilgiye sahip olmak, onu kullanmak ve kanıta dayalı tıbbi savunmak hekimlerin en temel görevlerinden biridir. Hekimlerin duruşu bilimsel bilgiyi değersizleştirmek olmamalıdır.

Şüphesiz tıp yalnızca hastalıkları iyileştirmez aynı zamanda hastaları korur. Bu vakada geleneksel bir tedavi yöntemi olan hacamatı yaptırmak isteyen hastaya karşı hekimin yaklaşımı yalnızca hastalığı iyileştirmeye bağlı olmamalı, aynı zamanda hastanın kişisel değerlerini göz önünde bulundurarak fiziksel ve mental dengesini yeniden sağlamaya bağlı olmalıdır. 18. vakaya etik açıdan bakıldığında; hekim, hacamatın yararının bilimsel yöntemlerle kanıtlanmadığını açıkladıktan sonra aspirin nedeniyle kanama riskinin artabileceği bilgisini de vererek kararı hastaya bırakabilir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Hacamat, vücudun ağırlı bir bölgesinden kan emmek için bardak kullanan Çin ve Mısır tıbbından eski bir şifa yöntemidir. Lütfen bakınız: Qureshi NA, Ali GI, Abushanab TS, El-Olemy AT, Alqaed MS, El-Subai IS, Al-Bedah AMN. History of cupping (Hijama): a narrative review of literature. J Integr Med. 2017 May;15(3):172-181. doi: 10.1016/S2095-4964(17)60339-X. PMID: 28494847.

<sup>2</sup>Popper K. The Logic of scientific discovery. Routledge, New York, 2002.

<sup>3</sup>Godfrey-Smith, Peter (2009). Theory and Reality: An Introduction to the Philosophy of Science. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 978-0-226-30062-7.

<sup>4</sup>World Health Organisation. (2020, February 15). *Munich Security Conference*. WHO. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/munich-security-conference>



---

<sup>5</sup>Žeželj, I., & Lazarević, L. B. (2019). Irrational beliefs. *Europe's Journal of Psychology*, 15(1), 1– 7.  
<https://doi.org/10.5964/ejop.v15i1.1903>

<sup>6</sup>Rizeq, J., Flora, D. B., & Toplak, M. E. (2020). An examination of the underlying dimensional structure of three domains of contaminated mindware: Paranormal beliefs, conspiracy beliefs, and anti-science attitudes. *Thinking & Reasoning*, 1– 25.  
<https://doi.org/10.1080/13546783.2020.1759688>

<sup>7</sup>Caulfield T. Pseudoscience and COVID-19 - we've had enough already [published online ahead of print, 2020 Apr 27]. *Nature*. 2020;10.1038/d41586-020-01266-z. doi:10.1038/d41586-020-01266-z

## **19. Vaka**

Doksan beş yaşında erkek hasta dispne ile acil servise geldi. Öncesinde iskemik kardiyomiyopati teşhisi konmuş ve hastaneye yatırılmıştı. Hasta tekrar hastaneye yatırıldı ve tedavisine başlandı. Tedaviye iyi yanıt veren hastaya, hastaneye yatırılmasının dördüncü gününde ertesi gün taburcu edileceği bilgisi verildi. Ancak hasta, yakınlarının şehir dışında olduğu ve çok yoğun çalıştığını, hafta sonuna kadar gelemeyeceklerini belirtti. Hasta yakınları hastaneyi arayarak hastanın çıkışının onların döneceği zamana kadar ertelenmesini istedi.

## **Etik Sorunlar**

Kısıtlı kaynakların adil dağıtımı, yarar sağlama

## **Sorular**

1. Hasta, hekimlerin karar verdiği günde taburcu edilmeli mi yoksa hafta sonuna kadar hastaya kalması için izin verilmeli mi?
2. Kısıtlı kaynakların adil dağıtımı bağlamında bu vaka nasıl değerlendirilmelidir?

## **Etik Analiz**

Dokuzuncu vakada açıklanan dört-kutu metodu makul bir karara ulaşmak için on dokuzuncu vakada da kullanılacaktır.

<b>Kategori</b>	<b>Kategorinin Tanımı</b>	<b>Vaka 19'un Kategoriye Göre İçeriği</b>
Tıbbi Endikasyonlar	-Hastanın klinik durumu belirlenir -Tanı ve tedavi seçenekleri, düşünülen müdahalelerden hastanın tıbbi fayda sağlama kapasitesine özel vurgu yapılarak değerlendirilir.	-Hastanın klinik durumu, hastanede kalmaya olan ihtiyacının bittiğini gösteriyor.  -Hastanın birkaç gün daha hastanede yatmasının sağlayacağı tıbbi fayda kapasitesi çok kısıtlıdır.
Hastanın tercihleri ve değerleri	-Hastanın iyi bir yaşam anlayışına ve tanımına bağlı olan tercihleri  -Hastanın kendi özerkliğini kullandığı alanlar	-Hasta yakınlarının tercihi onlar şehir dışından dönene kadar hastayı hastanede tutmaktır. Hasta taburcu olacağını öğrendikten sonra yakınlarına bu durumu haber verdiği için kendi tercihi ile yakınlarının tercihi uyumludur. O halde hastanın ailesinin yardımı olmadan hastaneden ayrılma kapasitesinin olmadığı varsayımını

		<p>yapmak mantıklı olacaktır. 95 yaşındaki bir hasta için iyi bir yaşamın tanımı etrafında sevdiği insanların olması ve güvenli bir çevreye sahip olması olabilir.</p> <p>-Hasta isteklerini söylemekte özgür ve yetkilidir ancak gitmek veya kalmak istese bile yakınlarının şehir dışından dönerek onu hastaneden almasını beklemek zorundadır.</p>
Yaşam kalitesi	<p>-Düşünülen tıbbi endikasyonların ve hasta tercihlerinin hastanın yaşam kalitesine etkisi</p> <p>-Hekimlerin düşünceleri, tıbbi müdahalenin etkisini tahmin</p>	<p>-Düşünülen tıbbi endikasyonlar ve hastanın yaşam kalitesi üzerine tercihleriyle ilgili bilgi yokluğu bir sonuca ulaşmak için sağlam bir zemin oluşturmamaktadır.</p> <p>Hastanın istekleriyle ilgili varsayımlara ihtiyaç duymamızın sebebi budur.</p>

	<p>etme konusundaki profesyonel uzmanlıkları nedeniyle yaşam kalitesi kararlarında eşit derecede önemlidir.</p>	<p>-Tıbbi müdahaleler hastanın yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefler. Hastayı birkaç gün daha hastanede tutmanın herhangi bir tıbbi etkisi olmayacaktır. Ancak hastanın esenliği üzerinde sosyal ve psikolojik etkileri olacaktır.</p>
<p>Bağlamsal özellikler</p>	<p>-Hekim vakanın geçtiği bağlamı dikkate alır ve önerilen kararın spesifik ihtiyaçlarla ve kaynakların adil dağılımı veya mahremiyet problemleri gibi bağlamın gereksinimleriyle uyup uymadığını kontrol eder.</p>	<p>-Vaka 19'un bağlamı, kısıtlı kaynakların adil dağılımı ve yakınlarının yardımını olmadan hastaneden çıkmayacak olan bir hastanın pratik ihtiyaçları konularını içermektedir. Hastayı hastanede tutmak adalet ve eşitlik ilkeleri gereği sorunlu bir karardır. Hastaneye yatırılarak tedavi edilmiş ancak artık tıbbi tedaviye ihtiyacı olmayan bir hastanın hastanede kalmaya devam etmesi, benzer tedaviye</p>

		ihtiyacı olan başka bir hastanın hakkını ve erişimini engellemektedir.
--	--	--

**Tablo 3:** Vaka 19'a uygulanmış dört-kutu metodu.

Bağlamsal özelliklerin daha geniş bir şekilde değerlendirmesiyle, kısıtlı kaynakların adil dağıtımını ve adalet konularını derinlemesine incelemek gerekir. Kısıtlı kaynakların adil dağıtımı kararı açısından, hangi sağlık sorunlarına ne kadar sağlık hizmeti sunulacağını ve ne tür sağlık hizmeti sunulacağını belirlemeye çalışıyoruz. On dokuzuncu vakada kısıtlı kaynak hastanedeki yatak sayısıdır. Hastane yatakları transplante edilecek bir organ gibi tek kullanımlık kısıtlı bir kaynak değildir. Yani bir hastanın kullanımına sunulduklarında, gelecekte başka bir hasta için kullanılmaz hale gelmezler, bu durum kaynağın kullanımının sadece şu an için değerlendirilmesine olanak tanır. On dokuzuncu vakada olduğu gibi, diğer acil yatışlar için başka boş yataklar varsa ve hastanın sadece birkaç gün daha hastanede kalması gerekiyorsa hasta yakınlarının talebine tolerans gösterilebilir.

## **20. Vaka**

Kırk altı yaşında, görüntü yönetmeni, iki çocuk babası olan M. Bey; İstanbul'dan Paris'e giden uçağa bindi. Uçak kalktıktan yarım saat sonra nefes alıp veriş hızlandı ve M. Bey kabin görevlilerine uçuş korkusu olduğunu söyledi. Yolculardan birisi M. Bey'in kan basıncını ve kalp hızını ölçtüğünde, kan basıncının 180/100 ve nabzının dakikada 95 olduğunu saptadı. Görevlinin M. Bey'i sakinleştirmeye çalışmasına rağmen, M. Bey kısa bir süre içinde nefes darlığı nedeniyle fenalaşmaya başladı. Hasta el hareketleriyle nefes almasında sorun olduğunu göstererek yardım istediğinde, uçakta hekim olup olmadığına ilişkin bir anons yapıldı. Uçakta tek bir hekim yolcu vardı: uzmanlık eğitimini yeni tamamlamış bir dermatolog. Hekim, daha önce böyle bir acil durumla karşılaşmadığı için anonsa cevap verip vermeme konusunda tereddüt etti.

## **Etik Sorunlar**

Acil durumda risk-fayda değerlendirmesi, uçak içi tıbbi acil durum

## **Sorular**

1. Hekim anonsa cevap verip, kardiyolog olmamasına rağmen, o sırada uçakta bulunan malzemeleri kullanarak hastaya yardım etmeli mi?
2. Hekim, hastanın kardiyak sorununun ciddi olup olmadığını anlayacak kadar tecrübeli olmadığı için uçağın en yakın havaalanına iniş yapmasını istemeli mi?

## **Etik Analiz**

Yirmi birinci vaka bir ‘‘Uçak içi Tıbbi Acil’’ durumuna örnektir. Uçak içi tıbbi acil durumlarda zarar vermeme, fayda sağlama gibi bazı etik ilkeler ya da riskli ve az kaynağa sahip bir ortamda müdahale etmek için sorumluluk alıp almamak gibi ahlaki yükümlülükler arasında çelişkiler olabilir.

Bu ikilemler, uçaklarda sınırlı tıbbi ekipman bulunduğundan ve uçuş sırasında uçakların en yakın tıp merkezinden saatlerce uzakta olabileceğinden ‘‘Uçak İçi Tıbbi Acil’’ durumlarda ortaya çıkar. Sağlık hizmetlerinin sağlanması açısından bu şekildeki emniyetsiz bir ortam hem uçaktaki mürettebat hem de sağlık çalışanları için alışılmadık bir hizmet zorluğu yaratmaktadır. Uçaklardaki acil tıbbi kitler; kanama kontrolü, hafif ağrıyı tedavi etmek için intravenöz hattın başlatılması, alerjik reaksiyonlar, bronkokonstriksiyon, hipoglisemi, dehidrasyon ve bazı kardiyak rahatsızlıkların temel tıbbi değerlendirilmesi için koruyucu eldiven gibi ekipmanlar içerir<sup>1</sup>. Elbette bu ekipmanların acil durumlarda uçakta kullanılabilmesi için sağlık konusunda eğitimli sağlık profesyonellerinin bulunması şarttır.

Uçakta acil bir sağlık sorunu meydana geldiğinde şu konu değerlendirilmelidir: Bir tane veya birden fazla gönüllü sağlık çalışanı var mı yoksa hiç yok mu? Eğer birden fazla gönüllü varsa, her uzmanın yeteneğine/deneyimine/mevcut durumuna göre iş birliğine dayalı tartışma yapılması tercih edilir.

Eğer uçakta sadece bir hekim varsa, hekimin uzmanlığı ve deneyimi fark etmeksizin, hastaya müdahale etmek, o hekim için ahlaki bir yükümlülük ve yasal sorumluluktur. Öte yandan müdahalenin sınırlarını belirleyen bazı faktörler de vardır. Tek hekimin mevcut



kişisel durumu bu faktörlerden biridir. Hekim de uçuş kaygısı yaşıyor olabilir veya sağlık hizmeti vermesini engelleyen bir ilaç veya alkolün etkisi altında olabilir. Hekim, mevcut koşullar altında tıbbi bakım sağlama kapasitesini göz önünde bulundurmalıdır. Ayrıca uçakta sorumluluğu paylaşabileceği başka herhangi bir meslektaşı olmayan deneyimsiz hekimin durumdan korkması ve kaygı duyması da oldukça normaldir.

Korku genellikle caydırıcı bir unsur olarak düşünülür, ancak bazı acil durumlarda bir motive edici olarak da rol oynayabilir. Hekimler hastalarını reddetmekten kaynaklanan utanç suçlamasından korkabilirler<sup>2</sup>. Bu nedenle, bu sorumluluğu hem fiziksel hem de zihinsel olarak tek başına üstlenip üstlenmeyeceğini değerlendirmek hem mesleki hem de ahlaki açıdan hekimin ilk görevidir.

Hekim sorumluluk alabileceğine karar verdiyse birincil görevi bilgi toplamak, tıbbi ihtiyacı olan yolcuyu değerlendirmek, uçak mürettebatı ile iletişim kurmak ve tıbbi prosedürleri uygulayabilmek için acil tıbbi kit içinde bulunan gerekli ilaçları aramaktır. Hekim bilgi toplayıp tıbbi ihtiyacı olan yolcuyu değerlendirirken yüksek riskli semptom olup olmadığını anlamak için semptomların tipini ve süresini belirlemeli, ayrıca nabız yükselmesini/azalmasını, solunum frekansında artmayı/azalmayı ve ayrıca hastanın zihinsel durumunu belirlemelidir. Hekim tarafından tespit edilen semptomlar, uçaktaki tıbbi imkanlar tarafından giderilemeyecek ise, uçak mürettebatından en yakın havaalanı veya sağlık merkezi ile iletişime geçmesini istemelidir.

Ek olarak, tıbbi ihtiyacı olan hastanın durumu diğer yolcuları tehdit ediyor olabilir ve bu durum uçağın kapalı ortamında hekim için zorluk oluşturabilir. Bu nedenle hekimin uçağa müdahale etme

sorumluluğunun iki etik boyutu vardır; uçakta hem hastanın hem de hasta olmayan diğer yolcuların esenliğini sağlamaktan sorumludur.

Komutadaki pilota durum bildirildiğinde; pilot havayolu operasyon merkezi ile hem temel durumu bilgilendirmek için hem de en yakın sağlık merkezini öğrenmek ve onlarla iletişime geçmek için iletişim kurar. Uçak en yakın havaalanına veya sağlık merkezine iniş kararı verdiğinde, en önemli nokta mevcut sağlık sorununu önem sırasına göre anahtar mesajları tekrarlayarak ve hastanın bilgilerini netleştirmeye yardımcı olmak için net görsel kanıtlar kullanarak, olabildiğince açık ve anlaşılır mesajlarla karadakilere iletmektir. Bu süre boyunca başarının anahtarı, uçaktaki tüm yolcuları göz önünde bulundurarak Uçak İçi Tıbbi Acil durumda hastanın en iyi menfaatini sağlamak amacıyla, dahil olan herkesin kendi uzmanlık alanlarıyla ortak ekibin parçası olmasıdır. Bu nedenle hekim müdahaleyi kendisi yapmaya karar verse bile, kısıtlı zamanın yarattığı baskı izin verdiği sürece, iletişime geçebildiği ilk tıp merkezi ile hastanın durumunu paylaşmayı tercih edebilir ve böylece hiçbir detayın kaçırılmamasını da sağlayabilir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Martin-Gill C, Doyle TJ, Yealy DM. In-Flight Medical Emergencies: A Review. *JAMA*. 2018;320(24):2580-2590. doi:10.1001/jama.2018.19842

<sup>2</sup>Iseron KV, Heine CE, Larkin GL, Moskop JC, Baruch J, Aswegan AL. Fight or flight: the ethics of emergency physician disaster response. *Ann Emerg Med*. 2008;51(4):345-353. doi:10.1016/j.annemergmed.2007.07.024

## 21. Vaka

Şehirden uzak küçük bir kasabada yaşayan 65 yaşında bir çiftçi, son birkaç gündür arkadaş çevresine kendini iyi hissetmediğini söylüyor ve sürekli yorgun olduğundan şikâyet ediyordu. Ancak yakınlarının ısrarına rağmen hastaneye gitmeyi reddediyordu. Kalbini sıkı bir acı hissettiğinde, arkadaşının ısrarı üzerine polikliniğe başvurmaya karar verdi. Ayrıca sigara içme öyküsü olduğundan, hekim teşhis amacıyla pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografisi çekilmesini istedi. Bilgisayarlı tomografide pulmoner arterde trombüs saptandı. Hastaya Varfarin tedavisi planlandı ve INR (*International Normalized Ratio*, Uluslararası Düzeltme Oranı)'sinin düzenli aralıklarla izlenmesi gerektiği belirtildi. Hasta, düzenli INR takibine itiraz etti ve INR takibi gerektirmeyen başka tedavilerin mevcut olup olmadığını sordu. Hekim, yeni bir oral antikoagülan olduğunu ve bu yeni ilacı kullanırsa, INR kontrolüne gerek olmayacağını belirtti. Bununla birlikte, tıbbi kapsamı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenen geri ödeme endikasyonlarına uymadığı için, hastanın bu ilacı cebinden ödemek zorunda olduğunu da ekledi. Hasta, hekimden geri ödeme için gerekli endikasyonu yazmasını istedi. Hekim, bunun kurumu aldatma-anlamına geleceğini söyledi; ancak hasta bunu yapmakta ısrar etti çünkü bu ilacı kendi cebinden karşılayamıyordu.

## Etik Sorunlar

Yarar sağlama, sağlık hakkı, aldatma ve sadakat

## **Sorular**

Hekim, INR kontrolü gerektirmeyen tedavi için SGK maliyetlerini karşılamak amacıyla endikasyonu değiştirmeli mi?

## **Etik Analiz**

Bu vaka, bir hastaya fayda sağlamak için sağlık sisteminin yanıtılmasını gerektiren etik bir ikilemi temsil etmektedir. Bu tür bir davranış genellikle bir eylemin etik olarak iyi ve doğru olması için tek ölçütü kabul eden sonuçsalcı yaklaşımlarla gerekçelendirilir ve bu eylemin sonuçlarına bağlıdır. Bir eylemin sonuçları neden olduğu zarardan daha ağır basarsa, bu eylem etik olarak doğru kabul edilir. Bu bakış açısına göre, eylemin sonuçları dışında, etik değerlerin, hakların veya ilkelerin hiçbirinin hiçbir önemi veya anlamı yoktur<sup>1</sup>.

Faydacı etik kuramı, sağlık etiğinde en iyi bilinen ve en yaygın kullanılan yaklaşımdır. İlk olarak Jeremy Bentham (1748-1832) tarafından tanımlanan ve faydacı yaklaşım yasası olarak bilinen bu kuram, her bir eylemin sonuçlarının dikkate alınacağını ve en çok insana fayda sağlayacak eylemin seçildiğini öne sürmektedir. Bentham, insanların doğal olarak acıdan kaçınmak ve mutluluğa ulaşmak istediklerini, bu nedenle mutluluğu artıran ve acıyı önleyen veya azaltan eylemin tercih edilmesi gerektiğini savunur. Bu bakış açısına göre, bu eylem çoğu insan için en fazla faydayı sağlıyorsa, sağlık sisteminin aldatılması veya test sonuçlarının tahrif edilmesi kabul edilebilir olacaktır. Temel etik değerlere ve ilkelere bakan her türlü

eylemin, bu yaklaşımla gerekçelendirilmiş gibi sunulabileceğini unutmayın.

Bentham'ın yaklaşımı, eylemlerin sonuçları dışında herhangi bir etik değere önem vermediği için geniş çapta eleştirilmiştir. Bentham'a göre, eğer eylemin sonuçları daha fazla insana daha fazla mutluluk ve fayda sağlayacaksa, insanlık tarihi boyunca ahlak alanında yanlış tanımlanmış olan; yalan söylemek, aldatmak, sözünü tutmamak, çalmak gibi davranışlarda bulunmak etik olarak doğru kabul edilir.

Faydacı bakış açısını sunan John Stuart Mill (1806-1873), bazı eylemlerin şu an için daha fazla insana daha fazla mutluluk getirdiği görülse de sonuçlardan bağımsız olarak bazı ahlaki kuralların zorunluluğunu kabul etmenin uzun vadede insanlığa daha fazla fayda sağlayacağını belirtiyor. Mill'e göre, kararlar bireysel eylemlerden ziyade ahlaki ilkelerin sonuçlarına dayanarak verilmelidir. Etik bir sorun karşısında, olası eylem seçeneklerinin sonuçlarını değil, o eylemin dayandığı ilkelerin korunmasının veya göz ardı edilmesinin sonuçlarını dikkate almak gerekir. Örneğin, kural faydacılığı yalan söylemeyi etik olarak yanlış bulmaktadır, çünkü yalan söylemenin toplumdaki güven ve dayanışmayı olumsuz etkileyeceği ve yalan söyleyen kişinin itibarına ve güvenilirliğine zarar vereceği tahmin edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, her hekimin test sonuçlarını tahrif etmesi veya bireysel hastalara fayda sağlamak için sağlık finansmanı sistemini kasıtlı olarak aldatması durumunda bir sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin imkânsız olacağını iddia etmek mantıklıdır. Bu nedenle, kural faydacı yaklaşım, bireysel eylemlerin sonuçlarından bağımsız olarak dürüstlüğü ve dürüstlüğün korunmasını

önerecektir. Ek olarak; klinik etik, hekimin birincil sorumluluğunun hastaya karşı olduğunu belirtir<sup>2</sup>. Ancak bu sorumluluk finansman açısından değil, sağlık açısından dır.

Bu olgunun deontolojik etik yaklaşımla incelenmesi, eylemin olası sonuçlarından bağımsız olarak daha geniş bir değerlendirmeyi mümkün kılmaktadır. Immanuel Kant (1724-1894) tarafından tanımlanan deontolojik etik kuram, etik alanının akıl yürütme ile tanımlanabilecek koşulsuz ahlaki yasalarla yönetildiğini belirtir. Etik bir sorunla karşı karşıya kalındığında, doğru eylem, bu eylemin ardındaki güdünün evrensel bir ahlaki yasa haline gelmesine bağlıdır. Kant'ın ahlaki yasaları tanımlamak için kullandığı kategorik zorunluluğun ilk formülasyonu, bireylerin "yalnızca aynı zamanda evrensel bir yasa haline gelmesini isteyebileceğiniz bu özdeyişe uygun olarak hareket etmeleri"<sup>3</sup> gerektiğini belirtir. Bir eylemin ahlaki açıdan kabul edilebilir olması için, eylemin motivasyonu, herhangi bir kişisel etkileşim, duyguların, kaygıların veya fayda beklentilerinin paylaşılmasından ziyade genelleştirilebilir bir ahlaki yasaya dayanması gerekmektedir. Ahlaki yasalar, genelleştirilebilir ahlaki yükümlülükleri belirlemek ve bireysel durumlarda rehberlik sağlayan tıp etiği için evrenselleştirilmiş bir ahlaki kurallar oluşturmak için belirtilebilir. Yirmi birinci vakada kategorik zorunlu testin sorusu şudur: "Bu koşullara sahip tüm hastalar için, hekimler tedavi masraflarını karşılamak için test sonuçlarını değiştirerek SGK'yı yanıltacaklar mıdır?" Ardından bu soruya verdiğimiz "evet" veya "hayır" cevabını aşağıdaki iki soruyla test ediyoruz:

1. Bu slogan koşulsuz evrensel bir ahlaki yasa olabilir mi?

2. Bu eylemin arkasındaki motivasyon, etik ikilemlere ve tutarsızlıklara neden olmadan evrensel olarak uygulanabilir mi?

İlk soruya verilen "evet" cevabı, hekimin hastalarının her biri için bu sonucu elde etmek için "sürekli yalancı" olmasını gerektirir. Bir hekim mesleğini icra etmek için "sürekli yalancı" olmamalıdır, çünkü böyle bir niyeti evrensel bir yasaya dönüştüremeyiz ve bu niyet, etik ikilemlere ve tutarsızlıklara neden olmadan tüm benzer vakalara uygulanamaz. Yani bu durumda buradaki eylem genelleştirilemez. Dolayısıyla Kantçı yaklaşım bu durumda bize doğru yolu gösterebilir.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>Sonuçsalıcı yaklaşımların üç ana grubu vardır. İlk grup etik bencilliktir. Bu grup, karar veren ve hareket eden kişi için en fazla faydayı sağlayan sonuçları seçmenin etik olarak zorunlu olduğunu savunmaktadır. İkinci grup etik özgeciliktir. Etik egoistlerin aksine, bu kez harekete geçen ve karar verenin önemi kaybolur. Bunun yerine, karar verici dışındaki diğer kişilere en fazla faydayı sağlayan davranışın etik olarak doğru olduğu ileri sürülmektedir. Son grup, faydacı etik teoriyi içeren ve karar verici de dahil olmak üzere tüm tarafların yararının göz önünde bulundurulması gerektiğini savunan gruptur.

<sup>2</sup>Hekim yemininde, hekimin asli görevini anlatan cümle şu şekildedir: ...Hastanın sağlığı ve iyiliği benim ilk önceliğim olacaktır... (WMA Declaration of Geneva. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>)

<sup>3</sup>Johnson, Robert and Adam Cureton, "Kant's Moral Philosophy", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/kant-moral/>>.

## **22. Vaka**

Yetmiş yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikâyetiyle hastanenin acil servisine geldi. Troponin seviyesi yükselmişti ve elektrokardiyografisinde anteriorda yaygın ST çökmesi nedeniyle akut koroner sendrom düşünüldü. Hasta daha sonra hastaneye kaldırıldı. Koroner anjiyografide, sol inen koroner arterin orta kısımda %80 darlık ile ekstazi izlendi. Koroner arterin boyutu 6 mm olarak ölçüldü. Bu tür koroner arter ekstazilerinde implante edilmesi için ise bu genişlikte stent bulunmaması nedeniyle operasyonda endikasyon dışı olarak renal arter stent kullanıldı.

### **Etik Sorunlar**

İlaçların veya tıbbi cihazların endikasyon dışı kullanımı, faydacılık

### **Sorular**

1. Endikasyon dışı ilaç/tıbbi cihaz kullanımının etik gerekçesi nedir?
2. Hekimin uygun olmayan boyutta bir stent kullanması gerekçelendirilebilir mi?

### **Etik Analiz**

Endikasyon dışı ilacın anlamı “onaylı bir ilacın onaylanmamış kullanımı”dır. Bir ilacın hastaların kullanımı için onaylanması süreci, yararlarının ve risklerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Böyle bir değerlendirme, ilaçla ilgili güçlü bilimsel verileri ve ilacın belirli bir durum için (belirli bir yaş grubunun belirli bir hastalığı için, belirli bir dozajla) güvenli ve etkili bir şekilde nasıl kullanılacağına dair bir açıklama arar. Ayrıca, hekimler için



onaylanmış ilaç etiketlemesi, ilaç hakkında aşağıdakiler gibi bazı önemli bilgileri verir<sup>1</sup>:

- İlacın tedavi etmek için onaylandığı belirli hastalıkların kapsamı
- Spesifik hastalıkları tedavi etmek için ilacın kullanımı
- İlacın riskleri

Endikasyon dışı ilaç kullanımı birkaç faktör tarafından gerekçelendirilebilir<sup>2</sup>:

- Hastanın hastalığını tedavi etmek için onaylanmış bir ilaç olmayabilir
- Hekim, onaylanmış tüm tedavileri denemiş, herhangi bir fayda görmemiş olabilir
- Belirli bir grup için herhangi bir ilaçla ilgili çalışma olmayabilir (örn. pediatrik, geriatrik veya hamile kullanımı)
- Hasta için hayati tehlike oluşturan tıbbi bir durum söz konusu olabilir.
- Hekimlerin, aynı endikasyon için belirli bir yasal otorite onayı olmaksızın aynı sınıftaki diğer ilaçları kullanmaya eğilimi olabilir

İlaçlarda olduğu gibi tıbbi cihazların da teşhis ve tedavide endikasyon dışı kullanımı artmaktadır. Bazı durumlarda, endikasyon dışı tıbbi cihaz kullanımı, girişimsel kardiyovasküler tıpta standart tedavi yöntemi haline gelmiştir<sup>3</sup>. Tıbbi cihazların endikasyon dışı kullanımının riskleri, ilaçların pazarlanmadan önceki izin prosedürleri, tıbbi cihazlara göre daha sıkı bir şekilde düzenlendiğinden ilaçların endikasyon dışı kullanımından bile daha fazladır. Benzer şekilde, tıbbi cihazların endikasyon dışı kullanımına ilişkin düzenlemeler, endikasyon dışı ilaç

kullanımına göre daha toleranslıdır. Örneğin, FDA ve Birleşik Krallık İlaç Sağlık Ürünleri Düzenleme Kurumu; onaylanmış bir tıbbi cihazın, bu tür bir kullanımın riskleri ve potansiyel faydalarına ilişkin titiz bir değerlendirmeden sonra hekim tarafından uygun görülmesi halinde, endikasyon dışı kullanımını kabul eder<sup>4,5</sup>. Tıbbi cihazların endikasyon dışı kullanımı özellikle çocuk kardiyoloji hastalarında büyük bir sorun alanı olarak ortaya çıkmaktadır. ABD'de çocuklarda kullanılan tıbbi cihazların çoğu, çocuk hastalarda kullanım için FDA onayına sahip değildir<sup>6</sup>.

Endikasyon dışı tıbbi cihazların yaygın olarak kullanılmasının etik gerekçesi, fayda ilkesi ile zarar riskinden kaçınma arasındaki dengeye dayanmaktadır. Endikasyon dışı tıbbi cihazları kullanan bir Hekimin amacı, büyük olasılıkla hastasına fayda sağlamaktır. Özellikle tıbbi endikasyonlarda kullanılmak üzere üretilmiş ve onaylanmış tıbbi cihazların bulunmaması durumunda, hekimler ellerindeki imkanlarla yaratıcı çözümler üretmek için uzmanlık ve deneyime dayalı olarak endikasyon dışı kullanımın fayda ve risklerini değerlendirmektedir. Endikasyon dışı tıbbi cihaz kullanımı için en savunulabilir vakalar, onaylanmış tedavisi bulunmayan vakalardır ve kanıtlanmamış olsa bile hekim bu yöntemle hastanın hayatını kurtarma şansına sahip olabilir<sup>7</sup>.

Endikasyon dışı ilaç ve tıbbi cihaz kullanımına ilişkin etik sorunlardan biri de bu kullanımın kavramsal olarak deneysel olmasıdır. Hekimlerin, herhangi bir ilacın veya tıbbi cihazın endikasyon dışı kullanımının olası yararına ilişkin görüşü, bilimsel olarak doğrulanması gereken bir hipotezdir. Bu nedenle endikasyon dışı kullanım, yaygın olarak göz ardı edilen çeşitli etik sorunları kapsayan araştırma etiğinin de konusudur<sup>8</sup>.

On dördüncü vakada tanımlanan risk değerlendirme matrisi, endikasyon dışı tıbbi cihazların kullanımına ilişkin kararlar için yardımcı bir araçtır. Bir tıbbi cihazın kısa süreli vücut dışı endikasyon dışı kullanım riskinin, vücutta ömür boyu kalacak bir tıbbi cihazdan çok daha az olması muhtemeldir<sup>9</sup>.

Yirmi ikinci vakada endikasyon dışı kullanımın etik uygunluğunun pratik bir değerlendirmesi aşağıdaki sorular sorularak yapılabilir:

1. Koroner stent yerine renal arter stentinin kullanılmasına dair bilimsel kanıt var mı?
2. Herhangi bir tıbbi uzman kararı, tercihen bir tıbbi konsültasyon yapıldı mı?
3. Etiket dışı renal arter stent yerleştirilmesini destekleyen yayınlanmış herhangi bir literatür var mı?
4. Renal arter stent yerleştirilmesi hastanın yararına mı yapılıyor?
5. Renal arter stent yerleştirilmesinin potansiyel yararları ve riskleri hastaya açıklandı mı ve bilgilendirilmiş onam alındı mı?
6. Titiz bir risk değerlendirmesi yapılıyor mu? Riskin büyüklüğüne ve olasılığına bağlı olarak risk azaltıcı stratejiler geliştiriliyor mu?

Hastanın hayati tehlike arz eden bir tıbbi durumu olsa ve onun yararına renal arter stent takılmış olsa bile, endikasyon dışı kullanımını haklı çıkaracak hiçbir bilimsel ve tıbbi kanıt ulaşamadık. Hekimin renal arter stentini kullanmak için bir sebebi vardır, ancak yukarıdaki adımların tümünün yerine getirilmediği gerçeğinden görülebileceği gibi, tüm bu tür eğilimleri kanıtlamak mümkün değildir. Dolayısıyla, yirmi ikinci vaka için temel sorun, nihai eylemi etik açıdan

sorgulanabilir bir duruma sokan kanıta dayalı olmayan endikasyon dışı kullanımdır.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>FDA. Understanding Unapproved Use of Approved Drugs "Off Label". <https://www.fda.gov/patients/learn-about-expanded-access-and-other-treatment-options/understanding-unapproved-use-approved-drugs-label>.

<sup>2</sup>Wittich C et al. (2012). Ten Common Questions (and Their Answers) About Off-label Drug Use. *MayoClinProc.* 87(10):982-990. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.04.017>.

<sup>3</sup>Holzer R, Hijazi Z. The off- versus on-label use of medical devices in interventional cardiovascular medicine: clarifying the ambiguity between regulatory labeling and clinical decision-making, part III: structural heart disease interventions. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2008;72:848–852

<sup>4</sup>IRB Information Sheets: Off-Label and Investigational Use of Marketed Drugs, Biologics and Medical Devices. Use of a marketed product in this Drug Application (IND), Investigational Device Exemption (IDE). <http://www.fda.gov/oc/ohrt/irbs/offlabel.html>

<sup>5</sup>Guidance Off-Label Medical Device Use. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency 2014 <https://www.gov.uk/government/publications/medical-devices-off-label-use/off-labeluse-of-a-medical-device>

<sup>6</sup>SECTION ON CARDIOLOGY AND CARDIAC SURGERY; SECTION ON ORTHOPAEDICS. Off-Label Use of Medical Devices in Children. *Pediatrics.* 2017 Jan;139(1):e20163439. doi: 10.1542/peds.2016-3439. PMID: 28025239.

<sup>7</sup>Ekmekci PE, Arda B. Ethical and Legal Problems Arising from Off-Label Use of Medical Devices and Some Solution Recommendations. *Archives of Turkish Cardiology.* 2018;46(4):318-325 doi: 10.5543/tkda.2018.04706

<sup>8</sup>Ekmekci PE, Arda B. Ethical and Legal Problems Arising from Off-Label Use of Medical Devices and Some Solution Recommendations.

---

Archives of Turkish Cardiology. 2018;46(4):318-325 doi:  
10.5543/tkda.2018.04706

<sup>9</sup>Bakınız: Tablo 1: Vakanın olasılığı ve büyüklüğü dikkate alınarak risk değerlendirmesi

### **23. Vaka**

Kalp yetmezliği nedeniyle takip edilen 50 yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve bacaklarında ödem şikâyeti ile hastaneye kaldırıldı. Eğitim ve araştırma hastanesi olduğu için her sabah sorumlu bir öğretim üyesi eşliğinde asistan ve öğrenci ziyaretleri düzenli olarak yapılmaktaydı. Bu ziyaretler sırasında öğrenciler hastaların anamnezlerini, fizik muayene bulgularını ve laboratuvar test sonuçlarını gruba sunarlar. O gün ziyaret sırasında bir öğrenci koridorda bu hastanın anamnezini yüksek sesle okudu. Öğrenci sunumu sırasında hastanın erektil disfonksiyonundan bahsetti ve beta blokörlerin bu semptomu neden olmuş olabileceğini tartıştı. Hasta sunumu ve tartışmaları servisteki diğer hastalarla birlikte dinledi. Kendini rahatsız hissettiğini ve artık öğrencilerle ilişki kurmayı reddettiğini söyledi.

### **Etik konular**

Gizlilik ve mahremiyet, hasta hakları

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Hastanın mahremiyetine aykırı bilgiler çoğunluk tarafından haber verilmeksizin elde edildiğinden hastanın ziyareti reddetme talebi kabul edilmelidir. Hastanın bunu kabul etmeme hakkı vardır.
2. Hasta, yattığı hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olduğunu bilir ve eğitim amaçlı bilgi alışverişinin engellenmeyeceğini ve kabul etmesi gerektiğini bilir.

## **Etik Analiz**

Bir hastanın tıp öğrencisi katılımına rıza göstermesine karar vermesindeki en yaygın faktör, geleceğin hekimlerinin eğitime katkıda bulunma arzusudur. Tıp öğrencilerinin katılabileceği bir hastanın klinik ziyaretinin birkaç bileşeni vardır: tıbbi geçmişin alınması, hekim muayenesinin yapılması, hastaya tavsiye, danışmanlık veya eğitim sağlanması<sup>1</sup>. Sağlık hizmeti alırken eğitim ve araştırma hastanelerine gelen ve tıp fakültesi öğrencilerinin bulunmasına rıza gösteren hastalar özgecil bir yaklaşım sergilemektedir. Öte yandan, eğitim ve araştırma hastanelerinin karmaşık vakalarda sağlık hizmeti sunabilecek altyapı olanakları ve uzmanlığı daha fazla olduğundan, hastalar fayda beklentisiyle bu hastaneleri tercih etmektedir. Bu fayda beklentisi ile geleceğin hekimlerinin eğitim sürecine özgecil yaklaşım belli bir uyum içindedir.

Yirmi üçüncü vakada tanımlanan hasta, kendi sağlık bilgilerini öğrencilerle paylaşmanın öğrenciler tarafından güven altında tutulacağını düşündüğünden, sürecin başında öğrencilerin tedavisine katılımına rıza gösterir. Bu durumda asıl mesele, hastanın kişisel sağlık bilgilerinin ilgisiz üçüncü şahıslara iletilmemesi için gerekli önlemlerin alınmaması ve koridorda yüksek sesle anons edilerek bu bilgilerin gizliliğinin ihlal edilmesidir. Güven, hastayı özel bilgileri hekime açıklamaya iten ahlaki zemindir. Hastanın varsayımı, tıp öğrencilerinin, hekimlerin gizliliği koruma konusundaki ahlaki yükümlülüğünün farkında olacakları ve hastalarının fiziksel-ruhsal ve bilgisel bütünlüğüne saygı duyacaklarıydı.

İkinci vakada açıklandığı gibi, gizlilik kavramının iki ana yönü vardır. Birincisi mahremiyet, yani kişisel bilgilerin ilgisiz üçüncü şahıslardan uzak tutulması, ikincisi ise bireyin kendi kararlarını alması için ayrılmış özel bir alandır. Gizliliğin ihlali, yalnızca özel alana ve kişisel bilgilere erişimin türüne ve miktarına değil, aynı zamanda kimin erişimi olduğuna da bağlı olabilir. O anda koridorda bulunan ve tedavi sürecinde yer almayan herkes, hastanın tıbbi bilgilerine erişimi olmaması gereken alakasız bir üçüncü kişi olarak kabul edilir. Ayrıca mahremiyet, hasta bilgilerini hekimler, tıp öğrencileri, asistanlar veya hemşireler gibi tedavi sürecinde sorumluluğu olan herhangi bir sağlık personeliyle paylaştığında söz konusudur. Bilgilerin açıklandığı kişi, hastanın izni olmadan bu bilgileri üçüncü bir kişiye açıklamayacağını taahhüt eder.

Mahremiyetin kaybı, gizliliğin ve bireysel haysiyetin ihlali anlamına gelir; aynı zamanda itibar kaybı, arkadaşlar ve/veya duygusal yıkım ve aşağılanmadır<sup>2</sup>. Ayrıca; hastanın gizlilik beklentisi, sadakat yükümlülüğünü belirtmenin bir yoludur. Bir sadakat zedelenmesi, hasta-hekim ilişkisine önemli ölçüde zarar verir. Bu argümanlar yirmi üçüncü vaka bağlamında değerlendirildiğinde, hastanın hassas sağlık bilgilerini hem hekimleri hem de tıp öğrencileri ile paylaşma konusundaki ilk anlaşması, hekimine ve gözetimindeki öğrencilere duyduğu güvene dayanmaktadır. Koridordakilerin bu bilgiyi duyması hastanın güvenini zedeleyen bir unsurdur. Hasta, mahremiyetinin ve gizliliğinin ihlal edilmesinden dolayı rahatsız hisseder ve ayrıca sadakat unsurunun zedelenmesi, kendisi ile hekim arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkiler.



---

**Referanslar**

<sup>1</sup>Ching S, Gates E, Robertson P. Factors influencing obstetric and gynecologic patients' decisions toward medical student involvement in the outpatient setting. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1429–32.

<sup>2</sup>Beauchamp TL, Childress JF. “The Justification of Obligations of Confidentiality” *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford Uni. Press; 2019: 306-307.

## **24. Vaka**

Elli yaşında erkek hasta saat 23:00 sıralarında göğüs ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurdu. EKG anterior derivasyonlarında negatif T dalgaları mevcuttu. Seri ölçümlerde kardiyak Troponin seviyeleri yükseldi ve hasta nöbetçi hekim tarafından NSTEMI tanısı ile hastaneye yatırıldı. Sabah hasta vizitinde Hekim A. tarafından anjiyografi önerildi. Hasta bu öneri sonrasında, çocuklarının tavsiyesini almak ve bunun üzerine düşünmek için zaman istedi. Bir sonraki konuşmada hasta işlem için onam verdi ancak bunu hastanenin kıdemli profesörü olan Hekim B.'nin yapmasını istedi.

### **Etik Sorunlar**

Hastanın hakları

### **Sorular**

Bu durumda hekim nasıl hareket etmelidir?

1. Nöbetçi hekim, hastanın sağlık hizmeti sağlayıcısını seçme arzusunu anlar ve hastayı Hekim B'ye yönlendirir.
2. Hastanın klinik takibini yapan ve anjiyografi öneren Hekimin kendisi olduğu için Hekim A, hastayı Hekim B'ye sevk etmeyi reddeder.

### **Etik Analiz**

Bu vakada, hastanın sağlık sağlayıcısını seçme hakkı söz konusudur. Bu sebepten dolayı vaka, hekim-hasta ilişkisinin boyutu, hastanın sağlık hizmeti sağlayıcısını seçme hakkı, özerkliğe saygı ilkesi – zarar vermeme ilkesi – yarar sağlama ilkesi arasındaki denge temelinde değerlendirilecektir.

10.vakada belirtildiği gibi, Dünya Tıp Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, “Hastaların seçim özgürlüğü hakkı”nı şu şekilde tanımlamaktadır: “Özel ya da kamu sektöründe, hekimini özgürce seçme ve değiştirme, hastane ya da sağlık hizmeti kurumunu, temelini bakılmaksızın değiştirme”<sup>1</sup> Uluslararası beyannamelerin yanı sıra çoğu ülkede bu hakkı yasallaştıran düzenlemeler bulunmaktadır<sup>2</sup>.

Tedavisi ile ilgilenen hekimi seçme hakkı hastanın hem yasal hem de etik bir hakkıdır. Bu hak, özerklik ve en iyi çıkar ilkelerine saygı gösterilmesiyle gerekçelendirilir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, tedavi süreci boyunca hastanın çıkarına en uygun olanı yapmaktır ve hastanın menfaatini etkileyen faktörlerden biri de tedavi sürecinin kesintisiz yönetimidir. Tedavi sürecinin yönetimi sırasında hekim ve hasta iletişim süreçlerini hem tedavi anında hem de tedavinin sonraki aşamalarında tasarlar. Tedavinin sonraki aşamalarını tasarlama hakkı, hastanın hekimiyle gelecekteki ilişkilerini seçme hakkı anlamına gelir. Böyle bir hak, hastanın özerkliğini teşvik ettiği ve onu zarardan uzak tuttuğu için hastanın menfaati için çok önemlidir. Zarar vermeme ilkesi, hastanın tıbbi müdahale nedeniyle fiziksel veya duygusal olarak kötüleşmemesini sağlamaya çalışır. Bu açıdan hasta, tedaviden en üst düzeyde yararlanmak için hiçbir sebep göstermeksizin hekimini değiştirme hakkına sahip olmalıdır.

Ek olarak, tedavinin ilk ve sonraki aşamalarındaki etkili iletişim süreçleri, kendi kaderini tayin etme becerilerini geliştirerek hastanın güçlendirilmesini amaçlar<sup>3</sup>. Temel olarak hekim-hasta ilişkisinde, hastaların özerkliğini korumak, fayda sağlamak ve zarardan kaçınmak için açık iletişim yani doğruluk temelinde olması beklenir<sup>4</sup>. Doğruluğun

hekim-hasta ilişkisinde çift yönlü olarak yer alması en uygundur. Hekimden hastaya doğruluk kriterleri, bilgilerin kapsamlı, doğru ve objektif bir şekilde ifşa edilmesini ve hastanın ifşa edilen bilgileri anlamasını teşvik eder<sup>5</sup>. Hastadan hekime doğruluk, hastanın kendi tedavisi ile ilgili düşünce ve beklentileri ile bu tedavi sürecinin kendisini nasıl etkilediği hakkında bilgi paylaşımını içerir. Buradaki tek fark, hekimin uzman olduğu ve alınacak herhangi bir tıbbi kararın hastanın iyiliğini etkileyeceği için, hekimin her hareketinin nedenini hastaya olabildiğince açık bir şekilde aktarmasının beklenmesidir. Öte yandan hasta, kararlarının gerekçelerini, beklentilerini, duygularını veya düşüncelerini hekimle paylaşmak zorunda değildir.

En üst düzeyde fayda sağlamak ve özellikle zarardan korumak için hastanın özerk kararlarına saygı gösterilmelidir. Bu vakada, acil müdahaleye gerek olmadığı düşünülerek hastaya olası tıbbi müdahaleyi düşünmesi için zaman verilebilir. Yirmi dördüncü vakada hastanın tedavisine devam edecek olan hekimini herhangi bir sebep göstermeksizin değiştirmek istemesi halinde, hastanın özerkliğine saygı ilkesi sağlanabilir. Bu nedenle hekim, hastanın sağlık hizmeti sağlayıcısını seçme arzusunu yerine getirmek ve hastayı Hekim B'ye sevk etmekle etik ve yasal olarak yükümlüdür.

---

## Referanslar

<sup>1</sup>WMA Declaration of Lisbon on rights of the patients <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>

<sup>2</sup>TÜRK HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ Madde 9'a göre: "Talep halinde hastaya sağlık hizmeti verecek doktor ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında hastaya bilgi verilir. Mevzuatla

---

belirlenen işlemlere uymak kaydıyla hasta, kendisine sağlık hizmeti verecek personeli özgürce seçme, tedavisini yürüten doktoru değiştirme ve diğer doktorlardan konsültasyon isteme hakkına sahiptir.”

<sup>3</sup>Vaka 12’ye bakınız

<sup>4</sup>Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226.

<sup>5</sup>Beauchamp TL, Childress JF. “Obligations to Veracity” *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. Oxford Uni. Press; 2019: 284.



Bu kitapta yer alan 24 vakanın tamamı gerçek yaşam deneyimlerinden derlenmiştir. Vakalar kardiyoloji kliniğinden geliyor olsa da içerdikleri etik sorunlar hemen hemen klinik alanında ve hekimlik pratiğinin uygulandığı her sağlık kurumunda karşılaşılabilecek niteliktedir. Bu nedenle bu kitap sadece kardiyologlar ve bu alanda uzmanlaşmak isteyen hekimler için değil, tüm tıp fakültesi öğrencileri ve uzmanlık alanları için etik düşünme ve çözümleme konusunda yol gösterici olacaktır.

### **Editör**

Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ

### **Yazarlar**

Doç. Dr. P. Elif EKMEKÇİ  
Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK  
Doç. Dr. Aksüyek Savaş ÇELEBİ  
Afra ŞEKERCİ  
Ahmet Emre DEMİRKAYA  
Asya EROL  
Begüm GÜNEŞ  
Berk ATALAY  
Ebru SAFKURŞUN  
Ece DEVECİ  
Fadime GÖKER  
Gözde TEKMEK  
Irmak GÜVENÇ  
Latife Büşra ÇOKASLAN  
Manolya Bergüzar ŞEKERLİSOY  
Mehmet Can AKSOY  
Sıla ULUDAĞ  
Simge TUNA  
Sümeyye YOLDAŞ

### **Danışmanlar**

Prof. Dr. Berna ARDA  
Prof. Dr. Müberra Devrim GÜNER

### **Çeviri Editörleri**

Ahmet Emre DEMİRKAYA  
Ece DEVECİ

### **Kapak Tasarımı**

Özlem ÇANAKÇI

**2022**

ISBN: 978-975-9116-18-7



9 789759 116187



Kardiyoloji vakalarıyla  
**KLİNİK ETİK**

