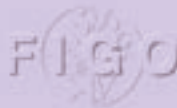




OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİDE ETİK KONULAR

FIGO Komitesi
Üreme ve Kadın Sağlığında
Etik Görüşler Çalışması



Çeviri Editörü: Doç.Dr. İsmail Dölen



FIGO. House
Waterloo Court, Suite 3
10 Theed Street
London SE1 8ST
United Kingdom
Tel: + 44 20 7928 1166
Fax: + 44 20 7928 7099
Website: <http://www.FIGO.org>



Adres:

Çetin Emeç Bulvarı Hürriyet Caddesi
Harbiye Mahallesi 1/13 Öveçler - ANKARA

Telefon:

+90(312) 481 06 06

Faks:

+90(312) 481 28 28

E-Mail:

info@tjod.org

Bu kitaba TJOD web sayfasından ulaşabilirsiniz.
(www.tjod.org)

Bu yayının,
izin gerekmeden kaynak belirtilerek
tamamı veya bir kısmı çoğaltılabilir.

Çeviri Editörü

Doç.Dr. İsmail Dölen*

Çeviri Editör Yardımcısı

Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci**

Çevirmenler

Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci**

Uz. Dr. Özgür Çınar***

Op. Dr. E. Seda Güvendağ Güven**

Op. Dr. Eylem Ünlübilgin**

Op. Dr. Sevgi Koç**

Op. Dr. Gülay Beydilli**

Op. Dr. Leyla Çakır**

*TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Klinik Şefi
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi;
ismaildolen@gmail.com

** TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

*** TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Embriyoloji Uzmanı



Değerli Meslektaşlarım;

“Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği”(TJOD) ülkemizde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının ana ve çatı derneği olarak görev yapmaktadır. Bu bağlamda Uluslar arası kuruluşlarla da detaylı bir işbirliği içinde olan TJOD; Avrupa’da EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynecology)nin asil üyesidir. Dünyada ise 118 üye ülkenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneklerinden oluşan FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics Societies) nun yönetim kuruluna seçilmiştir. TJOD ; böylelikle Uluslar arası arenada da ülkemizi ve meslektaşlarımızı en iyi şekilde temsil etmeye çalışmaktadır.

TJOD Yönetim

Kurulu,

2006-2008

Başkan

M. Bülent Tıraş

Meslektaşlarının bilgi ve beceri düzeyinin çağdaş normlarda olması için her türlü çalışma ,organizasyon ve işbirliği içinde olan ve özlük sorunlarıyla da ilgilenen derneğimiz daha da önemli olarak kadın hastalıkları ve doğumla ilgili hizmet sunumlarının kamu vicdanına, etik prensiplere ve hukuka uygun olması için de çalışmaktadır.

İl. Başkan

Ali Baloğlu

Genel Sekreter

İsmail Mete İtil

Bu bağlamda; FIGO'nun üye ülke derneklerine yönelik olarak çıkarmış olduğu “ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health” isimli kitap derneğimiz yönetim kurulu üyelerinden Doç.Dr.İsmail Dölen tarafından büyük bir emek ve özveri ile Türkçemize kazandırılmıştır. Derneğimiz; bu değerli eserin basılıp ülkemizdeki tüm meslektaşlarımıza ücretsiz olarak dağıtılmasını kararlaştırmıştır. Umuyoruz ki tüm Dünyada kabul gören etik ilkeler, ülkemizdeki meslektaşlarımıza da yol gösterici olacaktır.

Sayman

Cansun Demir

Yönetim kurulu üyelerimizden Sayın Doç.Dr.İsmail Dölen’e bu vesile ile huzurlarınızda şükranlarımı sunar, çok değerli bu eserin ülkemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarımıza yararlı olmasını dilerim

Y.K. Üyeleri

İnci Davas

Fuat Demirci

İpek Müderris

İsmail Dölen

Sadiye Eren

Faik Mümtaz

Koyuncu

Oya Gökmen

Sedat Kadanalı

Lütfü Önderoğlu

Saygılarımla

Prof.Dr.M.Bülent Tıraş

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Yönetim Kurulu Başkanı

Çeviri Editöründen,

Etik, son yılların yükselen değeri. Aslında hekimlik uygulamalarında tıbbi etik ilkeler yüzyıllardır dikkate alınmaktadır. Meslek örgütlerinin etik komitelerini kurmaları, değişen ve gelişen durumlara göre etik ilkeleri saptamaları ise çok kısa sayılabilecek bir zamandan beri yapılmaktadır. Nitekim ,1985'de kurulan FIGO etik komitesi benimsediği ve oluşturduğu ilkeleri 2006 yılında kitap olarak yayınlamıştır. Bu ilkelerin bizler için de geçerli olacağı ya da geçerli olması gerektiği düşünülerek bu çeviri yapılmıştır. Meslek örgütlerimizin etik komitelerini oluşturarak ihtiyaçlarımıza göre etik ilkeler saptaması dileğimizdir. Bu arada ihtiyacımız oldukça FIGO (www.FIGO.org), ACOG (http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/), General Medical Council (http://www.gmc-uk.org/guidance/a_z_guidance/index.asp) gibi örgütlerin web sayfalarından yararlanmak mümkündür.

Hekimler için en önemli tıbbi etik ilke hasta yararına davranmaktır. Sağlık hizmetinin gittikçe ticarileşmesi, pek çok endüstri ile beraber çalışılması, ekip çalışması gerektirmesi ve hukuk-yasalarla değişen şartlar hekimlerin tıbbi etiğe uymasını gittikçe zorlaştırmaktadır. Ancak hekimlerin tıbbi etiğe uyduğu sürece hekim olarak kalabileceğini, yoksa hekimler dâhil herkesin zarar göreceğini her zaman hatırlamalıyız. Hekim uygulamalarının tıbbi etiğe uygun olması için gerekli yasal, ekonomik ve organizasyon değişikliklerini düşünmeli, planlamalı ve hayata geçirmek için uğraşmalıyız.

Her bir cümle tarafımdan tekrar tekrar okunup çeviriyi yapan meslektaşım ile defalarca gözden geçirildikten sonra son halini almıştır, hala hata varsa bana aittir. Bu çeviride gönüllü olarak görev alan her bir meslektaşım, yardımcım Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci'ye, T.C. S.B. Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çatısı altında bu çalışmaya destek veren Başhekim Doç. Dr. Ali Haberal'a teşekkür ederim.

Bu çalışma için teşvik ve desteği ile beraber basım ve dağıtımını üstlenen TJOD Başkanı Sayın Prof. Dr. Bülent Tıraş'a ve TJOD Yönetim Kurulu'na içten teşekkürlerimi sunarım.

Hekim olmak bir yaşam şeklidir. Tüm meslektaşlarımın bu yaşamı huzurlu, onurlu ve sağlıklı yaşaması dileğiyle saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. İsmail Dölen
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi

İÇİNDEKİLER

<i>TJOD Başkanı'ndan (BÜLENT TIRAŞ)</i>	1
<i>Çeviri Editörü'nden (İSMAİL DÖLEN)</i>	2

ÖNSÖZ	6
Giriş	
* FIGO Komitesi - Üreme ve Kadın Sağlığının Etik Yönleri	8

KADIN SAĞLIĞI VE SAVUNMASINDA GENEL KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci

• KADIN SAĞLIĞI İÇİN OBSTETRİSYEN/JİNEKOLOGLARIN SAVUNUCULAR OLARAK ROLÜ	9
• KADINA KARŞI ŞİDDET	11
• TIBBİ OLMAYAN AMAÇLAR İÇİN CİNSİYET SEÇİMİ	13
• JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK BAKIMDA ETİK ÇERÇEVE	16
• BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM İLE İLGİLİ İLKELER	17
• CİNSEL VE ÜREME HAKLARININ ETİK YÖNLERİ	19
• DOKTOR/HASTA İLİŞKİLERİNDE BAZI ETİK SORUNLAR	20
• TERMİNAL DÖNEMDEKİ KADINLARLA İLGİLİ ETİK İLKELER	21
• SIRDAŞLIK, HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ BİLGİLERİNİN GİZLİLİĞİ VE GÜVENLİĞİ	23
• KADIN GENİTALYASININ KESİLMESİ	28
• VİCDANI RED ÜZERİNE ETİK İLKELER	32
• OBSTETRİSYEN JİNEKOLOGLARIN MESLEKTAŞLARINA KARŞI PROFESYONEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ	35

GENETİK VE PREEMBRİYO ARAŞTIRMA KONULARI

Çeviri : Uz. Dr. Özgür Çınar

• İNSAN KLONLAMASI	36
• İNSAN GENLERİNİN PATENTLENMESİ	38
• EMBRİYO ARAŞTIRMASI	40
• GAMET VE EMBRİYOLARIN SATILMASINDA ETİK YÖNERGELER	42
• İNSAN GENLERİNİN DEĞİŞTİRİLMESİ HAKKINDA ETİK YÖNERGELER	53
• İNSAN ÜREMESİ İÇİN GENETİK MATERYAL BAĞIŞLANMASI	46
• TEDAVİ EDİCİ KLİNİK UYGULAMALAR İÇİN EMBRİYO YA DA FETÜS DOKULARININ KULLANIMI İÇİN YÖNERGELER	48
• ERİŞKİNDE BAŞLAYAN HASTALIK İÇİN GENETİK YATKINLIĞIN ARAŞTIRILMASI	49

KONSEPSİYON VE REPRODÜKSİYONLA İLGİLİ KONULAR

Çeviri: Op. Dr. E. Seda Güvendağ Güven

• ÇOĞUL GEBELİKLER KONUSUNDA ETİK İLKELER	52
• BİLİNEN VERİCİDEN GAMET BAĞIŞININ ETİK YÖNLERİ (DİREKT BAĞIŞ)	55
• TAŞIYICI ANNELİK	58
• FETÜS HASTALIKLARININ PRENATAL TANISI İLE İLGİLİ ETİK KONULAR	59
• HIV ENFEKSİYONU VE ÜREME İLE İLGİLİ ETİK YÖNLER	61
• HIV ve FERTİLİTE TEDAVİSİ	63
• KADINDA OOSİT VE OVER KRYOPREZERVASYONU İLE İLGİLİ ETİK KONULAR	66
• İATROJENİK VE KENDİ İSTEĞİYLE OLUŞTURULAN İNFERTİLİTE ÜZERİNE ETİK İLKELER	69

GEBELİK VE MATERNAL/FETAL KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Eylem Ünlübilgin

• BEKLENMEYEN ANİ MATERNAL ÖLÜMLERLE İLİŞKİLİ GEBELİKLERİN YÖNETİMİNE İLİŞKİN ETİK İLKELER	72
• TIBBİ OLMAYAN NEDENLERLE YAPILAN SEZARYEN DOĞUMLARLA İLGİLİ ETİK GÖRÜŞLER	74
• FETÜSÜN İYİLİK HALİ İÇİN GEREKLİ MÜDAHALELERLE İLGİLİ ETİK İLKELER	76
• GEBELİĞİN TANIMI	78
• CİDDİ MALFORMASYONLU FETÜSLERİN YÖNETİMİNDEKİ ETİK GÖRÜŞLER	79
• PRENATAL TANIYI TAKİBEN GEBELİĞİN SONLANDIRILMASINDAKİ ETİK GÖRÜŞLER	81
• ANENSEFALİ VE ORGAN TRANSPLANTASYONU	83
• OBSTETRİK FİSTÜLLERDE ETİK KLAVUZLAR	84
• GÜVENLİ ANNELİK	87

YENİDOĞANLARLA İLGİLİ KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Sevgi Koç

• KORDON KANI TOPLANMASI İLE İLGİLİ ETİK İLKELER	91
• YENİDOĞANIN CANLANDIRILMASINDAKİ ETİK İLKELER	93
• ŞİDDETLİ DERECEDE MALFORMASYONLARI OLAN YENİDOĞAN İNFANTLARIN YÖNETİMİNDEKİ ETİK İLKELER	98

KONTRASEPSİYON VE ABORTUSTA SORUNLAR

Çeviri: Op. Dr. Gülay Beydilli

- STERİLİZASYONDA ETİK DÜŞÜNCELER 101
- ANTI-PROGESTİNLERİN KULLANIMI HAKKINDA ETİK DÜŞÜNCELER 104
- KADIN İÇİN KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİN SUNULMASININ ETİK YÖNLERİ 105
- TIBBİ OLMAYAN NEDENLERLE İNDÜKLENEN ABORTUSUN ETİK YÖNLERİ 107
- ACIL KONTRASEPSİYON İLKELERİ 111

SAĞLIKTA REKLAM VE PAZARLAMA SORUNLARI

Çeviri: Op. Dr. Leyla Çakır

- REKLAM VE PAZARLAMA İÇİN ETİK ZEMİN 113
- ENDÜSTRİ İLE HEKİM İLİŞKİLERİ İLKELERİ 114
- WEB'TE TIBBİ BİLGİLENDİRME VE REKLÂM KONUSUNDA ÖNERİLER 116

TIP EĞİTİMİNDE ETİK KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Leyla Çakır

- TIP EĞİTİMİNDE ETİK KONULAR: ÖDÜLLER VE ÖDEVLER 118
- EĞİTİM VE EHLİYETLERİN (DİPLOMA, KİMLİK KARTI) REKLAMIYLA İLGİLİ ETİK KONULARDA PRENSİPLER 121

DEĞİŞEN İLKELER

123

EK

Çeviri: Doç. Dr. İsmail Dölen, Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci

- ÖNERİLEN VE YENİ KABUL EDİLEN FIGO GÖRÜŞÜ 124

ÖNSÖZ

Obstetrik ve Jinekoloji, hayatın tüm önemli evreleriyle (doğum, üreme, yaşlanma ve ölüm) ilgilendiğinden, her önemli tıbbi gelişmeyi, bilim dalımız için beklenmedik etik ikilem olarak görmektedir. Obstetrik ve Jinekolojideki ahlaki ikilemler, sağlığın çok ana ihtiyaçları için halk tarafını tutmak ve kadın haklarından, gelişen bilgi ve insan genomunun kullanılmasına kadar girift konuları içerir.

1985 yılında FİGO Üreme ve Kadın Sağlığında Etik Çalışmalar için Komite kurmuştur. Komitenin ana amaçları; genel etik problemleri çözmek, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığı ile ilgili araştırma ve pratikleri oluşturmak ve bu konulara hekimlerin ve toplumun dikkatini çekmek, kaydetmek ve çalışmak üzerine odaklanmıştır. Komite kuruluşundan bu yana, yol göstermek ve tüm hekimleri tartışmaya teşvik etmek ve özellikle üye dernekleri eziyetli, üzücü etik konularda daha geniş ulusal ve bölgesel tartışmalara yönlendirmek konusunda önerilerde bulunmuştur.

Giriş bölümü dahil tüm önerilerin yayınlanabilmesi, tercüme edilebilmesi ve dağıtılabilmesi için tam onay verilmekte ve basım için telif hakkı aranmamaktadır (bakınız sayfa 6).

2003-2006 yılları arasında komite üyeleri:

G. Serour – Chair (Egypt), J. Milliez (France), B. Dickens (Canada), J. Cain (USA), S. McLean (UK), R. A. Ramos (El Salvador), F. Shenfield (UK)

2000-2003 yılları arasında komite üyeleri:

J. Cain – Chair (USA), J. G. Schenker (Israel), G. Serour (Egypt), J. Barzelatto (USA), M. I. Plata (Colombia), M. Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK), J. Milliez (France), S. McLean (UK), R. A. Ramos (El Salvador)

1997-2000 yılları arasında komite üyeleri:

J. M. Cain – Chair (USA), J. G. Schenker (Israel), G. Serour – (Egypt), P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), J. Barzelatto (USA), I. S. Plata

(Colombia), M. Hansotia (India), S. Arulkumaran (UK)

1994-1997 yılları arasında komite üyeleri:

J. G. Schenker – Chairman (Israel), L. Andolsek (Slovenia), P. Baird (Canada), J. Cain (USA), P. Dunn (UK), M. Liljestrom (Finland), H. Ludwig (Switzerland), C. Macnaughton (UK), F. Manguyu (Kenya), R. Nicholson (Argentina), I. S. Plata (Colombia), R. S. Samil (Indonesia), S. Sheth (India), G. Serour (Egypt)

Gözlemciler: J. Barzelatto (USA), M. Fathalla (Egypt), J. J. Sciarra (USA)

1985-1994 yılları arasında komite üyeleri:

C. Sureau – Chairman (France), F. Beller (Germany), R. Cook (Canada), P. Correa (Senegal), J. Dionisi (Argentina), P. Dunn (UK), M. Fathalla (Egypt), H. Hathout (Kuwait), L. Lampe (Hungary), J. Lauritsen (Denmark), S. Michalas (Greece), S. Sakamoto (Japan), B. Saxena (India), J. G. Schenker (Israel), J. J. Sciarra (USA)

Gamal I Serour

FIGO Komitesi Üreme ve Kadın Sağlığında Etik Görüşler

'Komite Açıklamaları' bu kitapta etik ilkeler olarak kullanılmıştır.

Giriş

Üreme ve Kadın Sağlığının Etik Yönlerini inceleyen FIGO Komitesi Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığına etkili konuların etik yönlerini ele alır*. Aşağıdaki dokümanlar bu dikkatlice araştırılmış ve ele alınmış tartışmanın sonuçlarını göstermektedir.

Bu belge FIGO'nun resmi konumunu yansıtmayı hedeflememiş, fakat dernekler ve onların üyeleri için bilim dalımızla ilgili etik konulara dikkat çekmek ve tartışmak için belge sağlamayı hedeflemiştir.

**Belirtildiği yerde, Komite kararı ve önerileri Kadının Cinsel ve Üreme Hakları için FIGO Komitesi tarafından desteklenir.*

KADIN SAĞLIĞI VE SAVUNMASINDA GENEL KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Özlem Özdeğirmenci

KADIN SAĞLIĞI İÇİN OBSTETRİSYEN JİNEKOLOGLARIN SAVUNUCULAR OLARAK ROLÜ

1. Kadınların sağlık hizmetinde yandaş olmak, bu hizmeti savunmak Obstetrisyen ve Jinekologların (Ob/Gyn) etik görevidir. Tahsilli, aydın profesyoneller olarak cinsel ve üreme sağlığını da içeren geniş bir bilgiye sahiptirler. Onlar genellikle kadının sağlık problemleri için bu alanda başvurduğu ilk kişilerdir. Bu nedenle bu bilgi ve deneyime dayanarak bakım sağlama görevini yürütürler. Uzmanlık alanlarında kaynakça olmaları, sosyal konumları ve saygınlıkları, doktorları, kadın sağlığını ilgilendiren politikaları etkileme potansiyeli olan bir pozisyona koyar.
2. Kadınların üreme fonksiyonu ve rolü nedeniyle ortan çıkan eşsiz hassasiyet, doktorların yükümlülüğünü artırır. Cinsiyet nedeniyle kadına gereğinden az değer vermeye bağlı sosyal ayrımcılık ve kötüye kullanma ileride kadın sağlığını tehlikeye düşürebilir. Aile mutluluğu ve sağlığı endişesi, bireysel sağlığın önceliğini alabilir ve kadınların sağlık riskini daha da arttırabilir.
3. Kadınların, aile içi şiddet, yoksulluk, yetersiz beslenme ve eğitim veya iş bulma fırsatındaki dengesizlikler cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili sağlık hizmetine erişimini etkilemektedir. Bu durum, obstetrisyen ve jinekologları, kadının sosyal statüsünü iyileştirmeyi savunmaya zorlamaktadır.
4. Obstetrisyen ve jinekologlar, kişisel ve profesyoneller olarak, üreme sağlığı verilerini halka tanıtmak, izlemekle birlikte halkı sağlık ve kadın hakları konularında duyarlı hale getirecek bilgileri sağlamak zorundadırlar. Bilgilendirici görev, sadece problemi ortaya çıkarmakla sınırlı kalmamalı, her bir ülkede mevcut

durumda iyileşme sağlamak için uygun stratejileri geliştirmek amacıyla sosyal ve kültürel nedenleri de aydınlatmalıdır.

5. Kadın sağlığı hizmetini ve kadın haklarını arttıracak politikaları desteklemekteki başarısızlık, OB/GYN'ler tarafından tek tek hastalara verilen sağlık hizmetini aleyhte etkileyecektir.
6. Obstetrisyen ve Jinekologlar; toplumu cinsel ve üreme sağlığı problemleri konularında bilgilendirmeli, sağlık uygulamaları ve kanunları etkileyecek genel görüşmeleri teşvik etmelidir. Bu görüşmeler diğer tıbbi kurumlar, kadın birlikleri, yasa koyucular, eğitimciler, avukatlar, sosyal bilimciler ve ilahiyatçılar gibi toplumun büyük kesimini kapsamalıdır. Ek olarak, obstetrisyen-jinekologlar kendilerini ve diğer profesyonel grupları, zarar görmüş ve temel sosyal haklardan yoksun kadınların yararlanabileceği gerekli sağlık birimlerinin oluşturulmasını organize etmeye şartlandırmalıdır.

Londra, Nisan 1999

KADINA KARŞI ŞİDDET

1. Kadına karşı şiddet, toplumlarda, kadın ve erkek ilişkilerindeki eşitsiz gücün bir yansımasıdır. Bu eşitsizlik, çok genç yaşta evlilik, üremenin kontrolüyle ilgili yetersiz bilgi veya seçenek ve evlilikte zorla gebelik konularına da yansımaktadır.
2. Kadına karşı şiddet, olayın sosyal (kadın sünneti gibi) veya ailesel (evlilikte şiddet gibi) çevrede olmasına göre kınanır. Bu özel veya ailesel bir durum değildir. Kadına karşı şiddet hangi çevrede olursa olsun kabul edilebilir değildir ve bundan ötürü kadınları tedavi eden doktorlar etik olarak şunlara dikkat etmekle zorunludurlar:
 - i. Şiddetin belirtilerine karşı kendilerini bilgilendirmek ve vakaları tespit etmek. Belgelemede, kadının potansiyel zararlı durumlardan kaçınabilmesi için gizlilik kuralı dikkate alınmalı ve ayrı gizli bir dosya düzenlenmelidir.
 - ii. Şiddetin fiziksel ve psikolojik sonuçlarını tedavi etmek
 - iii. Hastalarına, kendilerine uygulanan şiddetin kabul edilebilir olmadığını tekrarlamak
 - iv. Kadına güvenli sığınak arama seçeneğini sağlamak ve devamlı danışmanlık hizmetleri için sosyal altyapı sistemlerini savunmak
3. Kadının fiziksel, finansal ve sosyal yönden savunmasızlıkları, toplumun geleceği açısından fevkalade zararlıdır. Onları düzeltmemek, gelecek nesilleri zarardan korumada başarısızlığa neden olur ve şiddet döngüsüne katkı sağlar. Bu nedenle kadınları tedavi eden doktorların şu zorunlulukları vardır.
 - i. Kadın haklarının, fiziksel ve psikolojik şiddetten (özellikle cinsel şiddetten) -savaş suçlarından evlilikte kadının rızası olmaksızın cinsel ilişkide bulunmaya kadar olan aralıkta değişen- muaf olması gerektiğini beyan etmek
 - ii. İlişkilerde şiddet içermeyen çözümlerin sosyal

- çalışanlar ve diğer sağlık alanında görevlilerin yardımı ile listelenmesini savunmak
- iii. Kendilerini ve diğerlerini, sosyal sistemlerde kadınlara karşı kafalara yerleşmiş ayrımcılığın zararlı etkileri ile ilgili bilgilerden haberdar etmek
4. Kadına karşı şiddet probleminin büyüklüğü konusunda daha geniş bir farkındalığa ihtiyaç vardır. Bu hususun açıklığa kavuşmasında, doktorların yeri eşsizdir. Ancak bir problem fark edilebildiğinde onun üzerine gidilebilir. Bu nedenle meslek örgütlerinin ve doktorların görevi kadına karşı şiddetin tipleri ve sıklığı konularında halkı bilgilendirmektir.

Jerusalem, 1995

TIBBİ OLMAYAN AMAÇLAR İÇİN CİNSİYET SEÇİMİ

Önsöz

1. Uluslararası bağlamda cinsiyet seçiminin altında, kadınların büyük bir kısmının ekonomik, sosyal, eğitimsel, sağlık ve diğer haklar yönünden dezavantajlı olması yatmaktadır. Cinsiyet seçimi, elde etmek isteğinin global etkisi, düşükte dişi fetusların seçilmesi, kız bebeklerin öldürülmesi, kız çocukların ihmal edilmesi ve kızların sağlık hizmetine erişiminde veya destek temininde başarısız kılınması gibi sistematik hak suiistimalleriyle sonuçlanmıştır. Bu durum dünya çapında toplumlarda cinsiyet açısından değişik oranda dengesizliklere yol açmaktadır.
2. Komite, kadına karşı ayrımcılığın tüm şekillerinden ve herhangi bir durumda herhangi bir cinsiyete karşı ayrımcılığı arttıran medikal tekniklerin kullanılmasından çok üzüntü duymaktadır.
3. Her bir cinsiyete yüklenmiş değer farklılıklarının öne sürülmesi veya arzulanmayan yaygınlıkta basmakalıp cinsiyet ayrımının yapılması etik yönden endişe yaratmaktadır.
4. Dünyadaki tıbbi ve bilimsel derneklerin ilkeleri göz önüne alındığında, ebeveynlerin arzusu ile cinsiyetin tahmin edilerek çocuk seçimi yapıldığında ortaya çıkan etik sorunlar sonuçta çocuklardan ziyade ebeveynlerle alakalıdır.
5. Tıbbi olmayan nedenlerle cinsiyet seçimine yasal yaklaşımlar, ülkeden ülkeye değişmekte ve bu soruna özgü düzenleme olmamasından, kesin yasak ve suçluluğa kadar olan bir aralıkta sıralanma söz konusu olmaktadır.

Mevcut Teknoloji:

1. Tıbbi olmayan nedenlerle embriyo veya fetüsün cinsiyetini seçmek genellikle cinsiyete bağlı sakatlıkların önlenmesi için uygulanan aynı tekniklerle mümkündür.
2. Cinsiyet seçimi için mevcut teknikler prekonsepsiyondan postkonsepsiyona kadar genişlemiştir. Prekonsepsiyonel cinsiyet seçimi sperm ayırımı içerir. Preimplantasyon genetik tanı (PGD) in vitro fertilizasyon ve embrionik hücre biyopsisini gerektirir. İmplantasyon meydana geldikten sonra, Y fetal DNA anne kanında polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile tespit edilebilir. Koryonik villus örnekleme (CVS), amniyosentez veya ultrasonografi fetal cinsiyeti belirleyebilen ilave yöntemlerdir.

İlkeler:

1. Tıbbi platformlarda cinsiyete bağlı genetik sakatlıkların önlenmesinde cinsiyet seçiminin yapılması, genellikle isabetli bir uygulamadır.
2. Sperm ayırımı ve PGD devam eden gebeliğin sonlandırılmasından kaçınma imkânı verdiği için, medikal olmayan cinsiyet seçiminde daha az sakıncalı teknikler gibi görünmektedir. Buna rağmen, cinsiyet ayırımı ile sonuçlanabileceği anlaşıldığından beri, bu bağlamda devam eden gebeliklerdeki uygulamalardan etik olarak farklı değildirlir.
3. Meslek örgütleri, üyelerinin ve personellerinin cinsiyet seçimi tekniklerini uygularken sadece tıbbi endikasyonlara karşı sorumlu davranmalarını veya cinsiyete bağlı sosyal ayrımcılığa neden olmayacak amaçlarla uygulama yapmalarını temin ve garanti etmelidir.
4. Cinsiyet oranının belirgin dengesiz olduğu bir bölgede, meslek örgütleri hükümetleriyle birlikte çalışarak cinsiyet seçiminin ve cinsiyet ayrımcılığının

giderilmesi konusunda ciddi düzenlemeler sağlamalıdır.

5. Doğurganlık özgürlüğünün korunmasına, cinsiyet ayrımcılığına neden olacağı haller dışında, izin verilmelidir. Bir bireysel hak olarak "doğurganlık özgürlüğü" nün, kadın ve çocukların itibar ve eşitliğini toplumsal olarak koruma gerekliliği ile dengelenmeye ihtiyacı vardır.
6. Tıbbi olmayan cinsiyet seçimine yaklaşım bir yana, tüm sağlık çalışanları ve örgütleri, cinsiyet eşitliğini başaracak ve destekleyecek stratejileri savunmak ve ilerletmek zorundadırlar.

Londra, Mart 2005

JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK BAKIMDA ETİK ÇERÇEVE

1. Kadınlar sosyal, kültürel ve ekonomik şartlar nedeniyle savunmasız olmaya yatkındırlar. Bu durum doktor-hasta ilişkisi için de böyledir çünkü geçmişte danışmanlarınca onların bakımında sıklıkla paternalist yaklaşım önerilmiştir.
2. Otonomi prensibi, kadınların kendilerinin sağlık bakımı hakkında karar vermede oynaması gereken önemli rolü vurgular. Doktorlar kadınların savunmasızlığını düzeltmeye, özellikle onların tercihlerini araştırarak ve görüşlerine saygı duyarak gayret etmelidir.
3. Tıbbi bakım açısından kararlar gerektiğinde, kadınların riskleri ve yararları içeren uygulanabilir yaklaşım alternatifleri üzerine tam bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Kadınları bilgilendirmek ve onların düşünceleri, katkıları ve onamı veya karşı görüşleri devam eden bir süreç olmalıdır.
4. Eğer doktor tıbbi olmayan nedenlerden dolayı istenen tıbbi hizmeti sunamıyorsa veya razı değilse, uygun yönlendirmeyi sağlamak için her türlü gayreti sarf etmelidir.
5. Obstetrik ve jinekolojik bakımın gizli ve kişisel yapısından dolayı, hastanın mahremiyetinin korunması için özel bir gereksinim vardır.
6. Tıbbi hizmetlerin teminine ek olarak, doktorların jinekolojik ve obstetrik bakımla birlikte, hastalarının iyilik halini ve psikolojik memnuniyetini dikkate alma sorumlulukları vardır.
7. Kadına sağlık hizmeti sunumunda, adil olma ilkesi tüm hastaların sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak eşit önem verilerek tedavi edilmelerini gerektirir.

1994

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM İLE İLGİLİ İLKELER

1. Herhangi bir tıbbi müdahaleden önce kadının bilgilendirilmiş onamını alma zorunluluğu esas olarak insan haklarına saygıdan ileri gelmektedir. Bu haklar geniş çevrelerce üzerinde fikir birliği yapılmış ve şu belgelerde yayınlanmıştır: Evrensel İnsan Hakları Bildirisi (1948); Medeni ve Politik Haklar ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar üzerine Uluslar arası Çift Sözleşme (1975); Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığı Eleyen Uluslar arası Toplantı (1979); ve Çocuk Hakları üzerine Uluslar arası Anlaşma (1989). Ayrıca, Kahire’de Toplum üzerine Uluslararası Konferansta Cinsel ve Üreme Sağlığı Hakları tanımlandı (1994) ve bu konu Pekin’de Kadın üzerine Dördüncü Dünya Konferansında yeniden onaylandı (1995).
2. Bilgilendirilmiş onamın aşağıdaki tanımı (1) insan haklarından ortaya çıkmıştır ve FIGO’nun İnsan Üremesinin Etik Yönleri Çalışma Komitesi tarafından uygun bulunmuştur:

“Bilgilendirilmiş onam bağımsız alınmış, tehdit veya uygun olmayan teşviklerden uzak, hastanın uygun ve anlaşılabilir bir söylemde ve dilde aşağıdaki konular hakkında bilgilendirilmesidir.

 - a) tanısız değerlendirme;
 - b) amaç, metot, olabilecek süreç ve planlanan tedavinin beklenen yararı;
 - c) daha az geçerli olanlar dahil tedavinin alternatif çeşitleri, ve
 - d) önerilen tedavinin muhtemel ağrı ve rahatsızlıkları, riskleri ve yan etkileri.”
3. Bu kriterlerin açık olmasına rağmen onları uygulamak zor ve zaman kaybettirici olabilir, örneğin, kadınların düşük eğitilmiş olduğu veya kadının kendi özgür iradesini azaltan çok eşitsiz güç ilişkilerinin bulunduğu toplumlarda. Gene de bu güçlükler kadına bakan doktorları bilgilendirilmiş onam için gerekli kriterleri yerine getirmeye devam etmek sorumluluğundan kurtarmaz. Sadece kadınlar işlemin onlara sağladığı faydanın, risklere

ve yaşayabileceği rahatsızlığa değer olup olmadığına karar verebilir. Buna rağmen, örneğin diğer aile üyeleri kendilerinin karar vermesi gerektiğini hissetseler bile, kadının insanlık hakkı olan özgür iradesinin uygun iletişim yöntemleri ile temin edilmesi, herhangi bir onamdan üstündür ve önce gelmelidir ve hekimlerin bunu garanti altına almaları etik zorunluluktur.

4. Şu gerçeği aklımızın bir köşesinde tutmak önemlidir; bilgilendirilmiş onam sadece bir imza değil fakat bir iletişim ve etkileşim sürecidir.
5. Çocukların veya genç erişkinlerin tıbbi girişim üzerine olan görüşü gelişim, yaş ve anlama seviyelerindeki kısıtlamalar çerçevesinde değerlendirilmelidir.
6. Eğer kadın, mental sorunları veya mental retardasyonundan dolayı kendi kendine karar veremiyorsa, yine de kapasitesinin elverdiği kadar karar verme aşamasına dâhil edilmeli ve istekleri mutlaka dikkate alınmalıdır.
7. Eğer doktorlar kendi dinsel veya diğer inançlarından dolayı bilgilendirilmiş onam için gerekli yukarıdaki kuralları karşılamak istemiyorsa veya birtakım tedavi alternatifleri hakkında bilgi vermek istemezse; insan haklarına saygının bir gereği olarak, geçerli bir seçim yapmak için hastalarının tam bilgi alabilecekleri uygun yönlendirmeleri yapmakla zorunludurlar.

1.Not

Birleşmiş Milletlerin "Mental Hastalığı olan İnsanların Korunması ve Mental Sağlık Hizmetinin Geliştirilmesi İçin İlkeler 11.2" konusundaki kararı

Kudüs, 1995

CİNSEL VE ÜREME HAKLARININ ETİK YÖNLERİ

Bireylerin cinsel ve üreme hakları insan haklarının gerekli öğelerindedir. Hiçbir zaman devir edilmemeli, vazgeçilmemeli veya cinsiyete, ırka, yaşa, dile, dine, ulusal kökene, politik görüşe veya ekonomik duruma bağlı herhangi bir nedenle inkâr edilmemelidir. Kadınlar için sağlık hizmeti, özellikle obstetrisyen ve jinekologlar tarafından sunulan hizmet, insan cinsel ve üreme hakları bildirisi gereği mutlak etik zorunluluklar gerektirmektedir;

1. Kadınlar ve erkekler kendi cinsel ve üreme sağlıklarının her yönüyle, mevcut sağlık hizmetini en üst düzeyde alma haklarına sahiptir. Bu yeterli, doğru ve konu ile ilgili bilgiye erişimi kapsar. Hükümetler cinsel ve üreme sağlığındaki gelişmelerin çok öncelikli olduğunu garantilemekle yükümlüdürler.
2. Kadınlar ve erkekler cinsellikleriyle ilgili konularda karar verme hakkına sahiptirler. Cinsel ilişkide bulunup bulunmama kararı zorlama, ayrımcılık ve şiddetten kurtulmuş olmalıdır.
3. Kadınlar ve erkekler üreyip ürememe konularında tercih yapma hakkına sahiptirler.
4. Kadın ve erkekler, üremenin düzenlenmesinde kendi tercihleriyle uyumlu yasal, emniyetli, etkili, satın alınabilir ve geçerli metotlara ulaşabilmelidir.
5. Kadınlar ve erkekler vücut bütünlüklerinin korunması hakkına sahiptirler. Cinsiyet ve cinsel fonksiyonla ilgili olarak vücut bölümlerinin tıbben zararlı biçimde sakatlanması, örneğin kadın sünneti, etik olarak kabul edilemez.

Bazel, 1997

DOKTOR/HASTA İLİŞKİLERİNDE BAZI ETİK SORUNLAR

1. Aralarındaki güç ve bilgi dengesizliğinin yapısından dolayı hastalar ve doktorlar arasındaki ilişkinin katı sınırlar içinde korunması gereklidir. Bu dengesizlik hastaların savunmasızlığını arttırır öyle ki hastaların özgürce ve bilgiye dayalı karar vermede teşvikini sağlamak doktor olmanın getirdiği zorunluluktur. İlişkilerde sınırların ihlali sağlık hizmeti ve iyileşme sürecinde gerekli olan güvene zarar verir.
2. Yukarıdaki nedenlerden dolayı, hastasını aktif olarak tedavi eden doktor ve hastası arasındaki romantik veya seksüel ilişki hiçbir zaman ve hiçbir şartta kabul edilemez.
3. Aktif bir doktor/hasta ilişkisinden uzak seksüel veya romantik ilişkiler sadece hastanın doktora tıbben hiçbir bağımlılığı olmadığı zaman kabul edilebilir.
4. Sağlık hizmeti kapsamı dışında, finansal danışma ve tavsiye istekleri, çıkar veya torpil gibi konular güç eşitsizliğinden dolayı ortaya çıkan diğer ihlallerdir. Bütün bunlar, sınırları uygunsuzca aşma potansiyeline sahiptir.
5. Bağış veya hastalardan veya üçüncü şahıs olarak ailelerinden para toplamak gibi finansal sorunlarda bağışın özgürce seçilmiş ve hekime bağımlılıktan etkilenmemiş olduğundan emin olunması arzu edilir.

Bazel, 1997

TERMİNAL DÖNEMDEKİ KADINLARLA İLGİLİ ETİK İLKELER

1. Obstetrisyen-Jinekologlar, ölümün hasta için kaçınılmaz olduğu durumlardaki kadınların bakımına dâhil olabilirler.
2. Sağlık hizmeti veren kişi, yakınma ve ağrının giderilmesi ve rahatlığın artırılması gibi, terminal dönemdeki hastalıklarda tıbbın gerekliliklerini netleştirmelidir. İyileştirme veya remisyon amacının daha fazla mümkün olmadığı zaman bu faktörler önceliği alırlar.
3. Tedavi edici durumdan palyatif bakıma geçiş, palyatif bakım için özel bilgi gerektiren hekimlerin dahil olmasını gerektirebilir. Fakat obstetrisyen-jinekolog, hasta ve onun ailesi için destekleyici rolüne devam etmelidir.
4. Kadının yaşam desteği için sunulan seçenekler dikkatlice tartışılmalıdır. Hastalığın seyriindeki değişikliklerle birlikte resüsitasyon yapmama seçeneği, daha önceden aksi şekilde talimatlandırılmış olsa da, yeniden değerlendirilmelidir. Bu tartışma, hekimlerin sorunları hastalara anlatmadaki kendi sosyal ve kültürel yanlışlarından sakınmak için gereklidir.
5. “Resüsite edilmesin” gibi ileri bir talimatın varlığı, hekimin yeterli ağrı kontrolünü içeren maksimum palyatif bakımı yaşamın sonundaki hastaya garanti etme zorunluluğunu gidermez.
6. Gerekli terminal bakımı desteklemek, kadınlara sağlık hizmeti verenlerin önemli bir görevidir. Güçsüzlüğün onur kırıcı durumu, tüm yaşlardaki kadınlarda daha siktir. Bu durum hayatın sonu için evde veya hastanede gerekli bakıma erişimdeki eksikliklerle ilişkilidir.
7. Kadınların hayatlarının sonunda kendi seçimlerini yapma hakkına saygıyı garantilemek için, hasta bakımında erkek ve kadın arasındaki eşit olmayan güç ilişkisi göz önüne alınmalıdır.

Aileden veya sağlık bakımı sunanlardan bakımın kalitesini azaltabilecek cinsiyete dayalı herhangi bir sosyal tehdit veya ayrımcılıktan kaçınılmalıdır.

8. Gebe iken ölmekte olan kadınlar, kendi durumları için maksimum palyatif bakım isteme veya maksimum fetal sağlık isteme seçenekleriyle karşılaşabilirler. Bu seçenek doktorun, hem kadının kendisi hem de potansiyel fetal sonuçlar için tüm potansiyel tercihlerin fayda ve zararlarını dikkate alan dengeli ve önyargısız klinik bilgi sağlamlasını gerektirir.¹
9. Ölüm, toplumda yaşam döngüsünün bir parçasıdır. Bir bireyin ölümü yakın aile üyeleri ve arkadaşlarını yoğun duygulu ve önemli bir olayın içine alır. Ölmekte olan kadının öncelikli isteklerini akılda tutarak, ölüm olayından aile ve arkadaşları dışlamamak için büyük gayret gösterilmelidir.
10. Eğer ölmekte olan kadın evde ölmeyi tercih ederse, kadının isteğini karşılamak ve bu çevrede iyi bir palyatif bakımı sağlayabilmek için duruma göre, tıbbi veya sosyal, tüm gayret gösterilmelidir.
11. Kadınlar yoksulluğun ve düşük sosyal statüsün etkisiyle optimal ağrı yönetimin de kısmen yetersizlikle karşılaşır. Ek olarak, yeterli ağrı kontrolünün bedelinin ailelerini daha da yoksullaştıracaklarını düşünebilirler. Bu faktörler kadınları hayatlarını sonlandırmak için başka yollar aramak (intihar veya aktif ötanazi gibi) yönünde etkileyebilir. Birincil amacı yakınma ve ağrıyı gidermek olan ilaçlar veya diğer yöntemlerin kullanımının, hayatı kısaltabiliyor olsa bile, etik oldukları düşünülebilir. Ölüme neden olan kasıtlı kullanımı etik olarak kabul edilemez.

¹ *Bakınız: Fetal iyilik hali girişimlerinin etik ilkeleri
Londra, Nisan 1999*

SIRDAŞLIK, HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ BİLGİLERİNİN GİZLİLİĞİ VE GÜVENLİĞİ

Giriş

İlk çağlardan bu yana, hekimler mesleki olarak “tedavi sürecinde görebildiğini veya duyabildiğini” kendilerine saklamak zorundadır. Birbirinin içine geçmiş iki değer olan sırdaşlık ve gizlilik, kadına sağlık hizmeti sürecindeki hassas konulara karşı kritik öneme sahiptir. Mahremiyetin daha geniş bir kavramsal yapısı vardır ve kararlarla ilgili, muayene ve bilgi niteliğinde gizliliği kapsamaktadır. Kararlarda gizlilik, özellikle sağlık hizmetinde, diğer kişilerin veya makamın müdahalesi olmadan insanın karar vermek hakkını onaylar ve otonomiye destekler. Muayenede mahremiyet, hizmet verenlerin araştırmak veya tedavi etmek hakkını kabul etme veya reddetme hakkını kapsar, fakat yine de izin verilse bile- hala gereksiz veya utandırıcı vücut temasına karşı dikkatli korumayı gerektirir. Bilgisel *mahremiyet* tıbbi bakım sırasında gizlilik sorunlarına destek olur ve etik şartların (kısmen bilgisayar erişim ortamları, sigorta, hükümet erişimleri ve çok sayıda sağlık hizmeti veren kişilerin hasta kayıtlarına erişimi) en kritik ögesidir.

Kadınlar tıbbi mahremiyetle ilgili ihlallerden dolayı kişisel zararlara veya ayrımcılığa karşı özellikle savunmasızdır (özellikle de evde şiddet, seksüel geçişli hastalıklar veya bunlara yatkınlıkla ilgili testlerin söz konusu olduğu durumlarda). Gizlilik ilkesindeki aksaklıkların getirdiği büyük risklerden dolayı, kadın sağlığında sıkı bir gizlilik sağlamak zorunluluğu sağlık çalışanları için daha da önemlidir.

Kişisel bilgilerin uygun saklanması, yönetimi ve değerlendirmesinde modern bilgi saklama ilkelerinin önemli rolü olduğu fark edilmiştir. Bu ilkeler şunları gerektirir:

- Bilgi doğru olmalı ve güncellenmeli;
- Saklanan bilgi yeterli, konu ile ilgili ve aşırı olmamalı;
- Bilginin doğruluğunun kanıtlanması için hasta bilgiye ulaşabilmeli;
- Dürüstçe ve yasal olarak işlenmeli;
- Bilgi hastanın yararına hizmet etmediği andan itibaren saklanmamalı;
- Bilgi saklanması şunları gerektirir
 - i) Uygunsuz girişe karşı güvenlik
 - ii) Hastanın yararına hizmet sunumunda hızla ulaşılabilmek
 - iii) Kazara kaybedilme veya yok edilmeye karşı güvenlik

Hastaların takibinden elde edilen tıbbi bilgiler bireylerin kendileri kadar sağlık hizmeti sunan birimler açısından, halk sağlığının ve sağlık alanındaki araştırmaların gelişmesi için gereklidir. Eğer hasta yaşça küçük veya yetersiz ise, sağlık bakım ekibinin kişi için veya ebeveynler veya vasi ile bilgi paylaşımı söz konusu olduğunda gizlilik açısından özel bir durum ortaya çıkabilir. Ayrıca, bir kişinin sağlığı ile ilgili bilginin, diğerlerinin sağlığına ciddi etkileri olduğu zaman, uzman hekimin diğerlerine karşı zararı önlemek için gizlilik ilkelerini ihlal edip etmeme konusunda bir ikilemi ortaya çıkar.

Kendi kendine karar verme yetisi yerinde olan hastaların tıbbi kayıtlarına ulaşma, kendileriyle ilgili yorumlanmış bilgileri öğrenme ve özel bilgilerin dâhil edilmesine itiraz etme hakları vardır. Hastaların ayrıca kendi kayıtlarındaki hatalı ayrıntılı bilgiyi düzeltme hakkı vardır. Eğer hastanın silinmesini istediği bilgi, daha sonraki bakımını önemli ölçüde etkileyebilecekse, hekimler bilgiyi çıkarmanın olası kötü etkileri hakkında hastayı bilgilendirmeli ve bilgi verildiğine dair kayıta not düşmelidir.

Bilgi teknolojisindeki gelişmeler, bir yandan hastanın yararına daha fazla bilgiye ulaşabilmeyi sunarken, bir yandan da bireyin gizliliği ve mahremiyetinin ihlali açısından büyük riskleri taşımaktadır. Ek olarak, tıbbi sigorta şirketleri, yasal kurumlar veya diğer yetkililer tarafından sağlık bilgilerinin talep edilmesi, gizliliğin korunmasını sekteye uğratmasına yol açabilmektedir.

Mahremiyetin veya gizliliğin, daha geleneksel ilkeleriyle kombine edilmesi halinde, bilgi koruma ilkeleri, kişinin özel bilgisine güvenlik açısından ek bir seviye sağlar. Şöyle ki, kamu yetkilileri yasal olarak kişisel bilgiye ulaşmak durumunda olduğu zaman, mahremiyetin sorumluluklarıyla sınırlı kalırlar. Bilginin saklanma şekline göre, (örneğin dosyalarda veya elektronik olarak, tıbbi personelin veya söz gelimi, klinik veya hastane tesislerinin tasarrufu altında olması gibi) bilgi adı geçen hastanın kontrolünde kalır ve bu suretle gizlilik sağlanır. Tıbbi personel ve tesisler bilginin emanetçileridir ve hastaların dürüstçe yönetimi için etik sorumluluklarla sınırlandırılmışlardır.

Öneriler

1. Hastalar, kendi bilgilerinin mahremiyetinde esas kontrol hakkına sahiptir.
2. Hekimler ve sağlık tesisleri, hastaların saklanan bilgilerinin doğru, mükemmel ve saklanma amacının dışına çıkılmayacağını garantilemelidir.
3. Kendi kendine karar verme yetisi yerinde olan hastaların tıbbi kayıtlarına ulaşma, kendileriyle ilgili yorumlanmış bilgiyi edinme ve özel bilgilerin dâhil edilmesine itiraz etme hakları vardır.
4. Her hekim, her zeminde ve mekânda olan gelişmeleri de içeren (örn. Koridor sohbetleri, asansörler, sosyal ortamlar, yayınlar ve dersler) tüm durumlarda hastalarının sağlık bilgilerinin özelliği ve mahremiyeti hakkına, saygı duymak ve onları korumakla yükümlüdür.

5. Elektronik tıbbi bilginin güvenliği, özellikle kurumlar arası veya hastalara elektronik posta sistemi ile gönderimlerde, güvenlik protokollerine ve bilgi koruma ilkelerine titizlikle uymayı gerektirir. Hekim ek olarak elektronik kayıt sistemlerinin güvenliğinin sürekli olarak iyileştirilmesini savunmalıdır.
6. Sağlık bakım ekibinin her üyesinin, hastaların tüm bilgilerini bilmeye hakları yoktur veya bu nitelikte değildir; fakat bir kez bilgi öğrenildiğinde her üye için mahremiyetin zorunluluğu aynıdır.
7. Eğer hastanın sağlığının, diğerlerinin sağlığı üzerinde ciddi ve zararlı etkileri söz konusu ise, hekimin hastaya danışma ve bilgiyi uygun bir şekilde kullanılabilir hale getirmek için izin alma zorunluluğu vardır. Belirli bir kişiye doğrudan, acil olarak tanımlanması gereken ve hayatı tehdit eden bir zarar söz konusu ise, hekimin uygun bir şekilde riski söylemek zorunluluğu vardır.
8. Hastaların normalde kendilerine bağımlı olan çocuklarının sağlığı ile ilgili bilgi edinme ve karar verme aşamasına dâhil edilme hakkı vardır. Fakat çocuğun karar vermesi için, çocuğun kapasitesinin gelişimsel büyümesi sağlık bakımında sürekli bir durumdur ve bazı durumlarda, küçük tıbbi konuları anlayabilme kapasitesine sahipse, hekimin bilgiyi aileden saklaması haklı görülebilir. Bu durum ayrıca bilginin açıklanması çocuğa doğrudan bir zarar verebilecekse de geçerlidir.
9. Hiçbir bilgi hastanın beyanı ve bilgilendirilmiş onamı olmadan bir sigorta şirketine veya onların tıbbi temsilcilerine veya diğer temsilcilere açıklanmamalıdır.
10. Eğer mahremiyetin ihlali, kadının güvenliğine veya sağlık bakımına ulaşmasına etkili olabilecekse, sağlık kayıtlarının mahremiyetinin garantilenmesi için ekstra güç sarf edilmelidir. Bu ayrı kayıtların tutulmasını veya hassas bölgeler için kodlama

sistemini, sağlık hizmeti sunanlarla özel ve kişisel diyalogların garantilenmesini ve test sonuçlarının kadınla birlikte üzerinde karar verildiği şekliyle açık mekanizmalarla açıklanmasını gerektirebilir. Ayrı kayıtlar veya kodlama o kişinin tüm sağlık hizmetini sağlayan personelinin uzlaşmasını sağlayabilir ve bu imkân mutlaka hastayla tartışılmalıdır.

11. Sağlık bakımı bilgisi, kimliği açıklanmadan güvenlilik ilkesi sağlandığında, tıbbi araştırma ve sistemin gelişmesi için kullanılabilir olmalıdır.
12. Sınırlayan koşullar yoksa gizli tıbbi istenmeyen rastlantılar mahremiyeti tehlikeye sokabilir. Bir kliniğin adı, hasta mektubunda mektup başliğı, kontraseptif ilaçların rengi, konsültasyon sonrası kişinin yaptığı seçimler ve diğer olayların hepsi mahrem olması gereken tıbbi bilgiyi ortaya çıkarabilir. Mahremiyetin korunması için istenmeyen tıbbi rastlantıları çevreleyen bu ikincil işaretlere dikkat etmek sağlık bakımında hastaların mahremiyetinin garantilenmesi için kritik bir noktadır.
13. Hekimin hasta/hekim ilişkisi içinde olmadığı durumda bile, edindikleri herhangi bir tıbbi bilgi yine de sıkı bir gizlilikle korunmalıdır.

Luxor, Kasım 2005

KADIN GENİTALYASININ KESİLMESİ

1. Kadın genitalyasının kesilmesi (*female genital cutting-FGC*) bazen kadın genitalyasının mutilasyonu (genital sakatlama/genital amputasyon) veya kadın sünneti olarak da ifade edilir, dünya çapında bir problemdir. Dünyanın tüm kıtalarında uygulanmaktadır. Dünyada 100-140 milyon kız ve kadının kadın genitalyasının kesilmesinin herhangi bir şekline maruz kaldığı tahmin edilmektedir. FGC'yi yasaklamaya yönelik tüm çabalara rağmen, her yıl 3 milyon kadar kızın Afrika, Mısır ve Sudan'da halen FGC'e uğradığı tahmin edilmektedir.
2. Dünya çapında FGC'nin giderek yasaklanmasına rağmen, bu durum her yıl etkilenen kızların sayısını azaltmamıştır. Hükümetlerin FGC'in yayılmasını ve yapılmasını izleyecek yolları yoktur.
3. FGC fiziksel olarak invaziv ve duygusal olarak yıpratıcıdır. Kızın hayatını tehlikeye sokabilecek acil komplikasyonlarla ilişkili olduğu gibi, uzun dönem komplikasyonları kızın üreme, seksüel ve ruhsal sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir.
4. FGC'in ilk defa hangi kıtada uygulandığını ortaya koyan ne bir tarihi kanıt, ne de ilk defa nasıl bir işlemin yapıldığı ile ilgili bilgi vardır. Fenikeliler, Hititler, Etyopyalılar, Mısırlılar tarafından uygulanmıştır.
5. FGC'in halen uygulanıyor olmasını destekleyen faktörler çeşitlidir ve bunlar kültürel özdeşleşme, cinsiyet kimliği, bu işlemin kadının seksüel ve üreme fonksiyonunu kontrol edeceği inancı, temizlik ve hijyenle ilgili inançlar ve bunun virjinliği, saflığı sağlayacağı ve erkeğin cinsel hazzını artıracığı inancını içerir.
6. Bu işlemin dinin bir gereği olduğu iddiası birçok din adamı tarafından yalanlanmış ve İslamiyeti de içeren birçok din insan vücuduna fiziksel şiddeti ve toplumsal iyiliğe bir faydası olmayan sadece kültürel inançları yerine getirmek için bireyin sağlığının ve refahının feda edilmesini yasaklamıştır.

Etik Konular

1. Montreal'de 1994'de FIGO kararlarında onaylandığı gibi, FGC etik değildir ve ayrıca insan hakları ilkelerine aykırıdır.
2. Otonomi bireylerin kendileriyle ilgili karar verme hakkını üstlenir. FGC ebeveynlerin (çocukları için vekil olarak karar verici), bağımlı çocukların ve hekimlerin seçimlerinde çelişki yaratır. Söz konusu olan, ebeveynlerinin inançları nedeniyle özel koruma gerektiren, çoğu 4 ve 10 yaş arasında, savunmasız, haksızlığa uğrayan kızlardır.
3. FGC, sağlık standardına en üst düzeyde ulaşılması hakkını engellediği ve herhangi bir tıbbi yararı olmamasına rağmen vücut bütünlüğünün bozulmasına yol açtığı için insan hakları ihlali olarak edilir.
4. FGC'in tıbbi bir işlem haline getirilmesi (*medicalization*), işlemin sağlık açısından tehlikeli olan acillerini azaltsa da, tüm fiziksel ve psikolojik komplikasyonlarını göz ardı eder ve halen insan haklarını, özellikle de çocuğun haklarını ve etik ilkeleri incitir. Sessiz onay kültürel tutumu sadece ileri götürür, sessiz onaylamama, engelleme ve cesaretin kırılması tutumun değişmesini sağlayabilir.
5. FGC, kadın cinselliğini kontrol etme yolu olarak cinsiyete bağlı ayrımcılığın uç bir örneğidir; FGC, kızların ve kadınların kendi kişisel fiziksel ve psikolojik bütünlüklerini, haklarını ve özgürlüklerini tüm haz ve mutluluktan mahrum eder.
6. FGC kız çocuğunun onarılamaz, geri dönüşümsüz tacizidir. Kızların korunma hakkına aykırıdır, etik ilkelerden yarar sağlama, adalet ve zarar vermemeye karşıdır.

Öneriler

1. Çocukların fiziksel olarak sağlıklı bir şekilde yeterli tıbbi bakım alarak gelişme imkânı olmalıdır ve çocuklar şiddetin, zararın, tacizin veya sünnetin tüm şekillerinden korunmalıdır. Bu haklar zararlı kültürel yorumlar için feda edilmemelidir. Bu, hekimler ve kural koyucuların, halkın kendi kültürlerinin anlamını kaybetmeden zararlı uygulamalara son vermenin mümkün olduğunu, halkın bu yönde bilinçlendirilmesinin sağlama zorunluluğunu ortaya koyar.
2. Halkın, hekimlerin ve geleneksel sağlık bakımı veren kişilerin, toplum liderlerinin, eğitimcilerin, sosyal bilimcilerin, insan hakları savunucularının ve bu politikaları hayata geçiren diğer kişilerin eğitimi, problemin ve FGC'in zararlarının boyutunun anlaşılmasını tetikleme açısından, bu uygulamayı yok etmenin en iyi yoludur.
3. Bu değişikliği sağlamada, dinle ve FGC ilgili yanlış anlamaların düzeltildiğini garantilemek için dini liderlerle ortaklık, işlemin dinsel bir gerekliliğinin veya desteğinin olmadığını ortaya koyması açısından önemlidir.
4. FGC'nin yok edilmesi ulusal ve uluslararası seviyelerde işbirliği gerektirir.
5. Birleşmiş Milletler faaliyetleri (UNICEF, UNFPA, WHO dahil), FIGO ve bu alanda aktif olan diğer temsilciler bu uygulamanın yasaklanmasına yönelik çalışmalarda zaten yol almaktadır. FIGO'ya üye dernekler, FIGO ve uluslar arası örgütlere katılmalı, bu uygulamanın içinde yer almamaları için üyelerine kesin ilkeler yayınlamalıdır.
6. FGC'e maruz kalmış tüm yaşlardan kadınlar gebelik ve doğumu da içine alan tüm dönemlerde, sempatı, saygı ve kanıta dayalı tıp çerçevesinde tedavi edilmelidir. Yerel yasalara bağlı olarak, infibulasyona (klitoris ve labiaların çıkarılması ve

labia kenarlarının birbirine sütüre edilmesi ile cinsel ilişkinin engellenmesi) uğramış kadın yeterince bilgilendirilmiş ve doğumu takiben, bağımsız olarak yeniden sütüre edilmek istiyorsa tedaviden yoksun bırakılmamalıdır. Fakat hekim sütüre etmemenin yararlarını açıklamalı, yeniden sütüre edilmemesi ile ilgili önerilerde bulunmalıdır. Tüm FGC uygulamalarının profesyonel olarak kınandığı vurgulanmalıdır.

7. Ulusal ve uluslararası düzeyde FGC medikalizasyonu kınanmalıdır. Üyelerine ve tüm sağlık çalışanlarına FGC yapmamalarını tavsiye etmek ve bu etik olmayan uygulamadan sorumlu tutmak profesyonel kişi ve toplulukların görevidir.

Londra, Mart 2006

VİCDANİ RED ÜZERİNE ETİK İLKELER

Giriş

1. Obstetrisyen-Jinekologların ana görevi kadının üreme sağlığı ve iyiliğine hizmet etmektir. Kendilerini kişisel vicdani duyguları nedeniyle hastalarına gerekli tıbbi hizmeti verememiş olarak değerlendiren hekimler, yine de hastalarına karşı etik sorumluluklar taşırlar. Eğer hekimler kendi kişisel vicdani çatışmalarını hastaninkilerden öncelikli hissetmek mecburiyetindeyse, menfaat çatışması var demektir. Tüm çatışmalar kaçınılabılır değildir, kaçınılamaz olduklarında açıklama ile çözümlenebilirler; hekimler kendi vicdani zemininde içinde bulunmayı reddettikleri tedavilerle ilgili olası hastaları bilgilendirmelidir.
2. Hekimlerin, hastalarını bakımları için mümkün olan tüm tıbbi seçeneklerle ilgili bilgilendirme görevi vardır, buna hekimin uygulamadığı seçenekler de dâhildir. Eğer hasta böyle bir seçeneği seçerse, hekimler *FIGO Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care (1994)*, tarafından konulan kurallara uymalıdır. Bu kurallardan biri olarak 4. paragrafta, "Eğer hekim, tıbbi olmayan nedenlerle istenen tıbbi hizmeti sağlayamıyor veya istemiyorsa, o hekim uygun yönlendirmeyi yapmak için tüm çabasını göstermelidir." kuralına yer verilmektedir.
3. Hekimlerin, kişisel vicdanlarına göre tıbbi işlemleri hem yapma ve hem de reddetme hakkı vardır. Tıbbi olarak eğitilmiş ve ehliyetli hekimler olarak, kendi kişisel inançlarına bağlı değişik işlemleri temel alarak değil, uzmanlıklarının gerektirdiği tıbbi ve üreme bilimini uygulamakla zorunludurlar.
4. Acil bir durumda, hastaların hayatı veya fiziksel veya ruhsal sağlığı hekimin uygulamayı reddettiği işlemlerle sağlanabiliyorsa ve zamanında bu hastaları diğer işlem yapmayı reddetmeyen

hekime yönlendiremiyorsa, bu durumda hekim hastaların hayatına, sağlığına ve iyiliğine gerekli olan işlemlerin içinde kalarak veya uygulayarak öncelik vermelidir.

İlkeler

1. Obstetrisyen-Jinekologun ana vicdani görevi, tüm durumlarda bakımından sorumlu olduğu hastalarını tedavi etmek veya yarar sağlamak ve zararı önlemektir. Hastayı tedavi etmede herhangi bir vicdani ret bu ana göreve göre ikincildir.
2. Yarar sağlama ve zararı önleme prensibi, hekimlerin bu gibi hastaların tıbbi tedavilere zamanında ulaşmasının sağlanmasını gerektirir; bakımları için tıbben gerekli olan tedavi seçenekleri arasında vicdani zeminde hekimin reddettiği işlemler varsa bununla ilgili bilgi de verilmelidir.
3. Hekimlerin profesyonel görevi, üreme sağlığı hizmetlerinin bilimsel ve profesyonel olarak belirlenmiş tanımlarına uymak, bakım ve bütünlüğü icra ederken kişisel inançları temel alarak yanlış beyanlarda veya yanlış tanımlamalarda bulunmamaktır.
4. Hekimlerin, vicdani kanaatleri nedeniyle yasal işlemleri üzerine alıp almama konusunda saygı görme ve kanaatlerinin temeline dayalı olarak ayrımcılıktan ceza almama hakları vardır.
5. Hekimlerin dâhil oldukları tıbbi işlemlerde seçimlerine saygı bekleme hakkı olduğu gibi, hastaların da bakımı için tıbben mümkün seçenekler çerçevesinde yaptıkları seçimlere saygı duyması gerekir.
6. Hastalar, kendi hekimlerinin reddettiği bakımları için, gerekli olan işlemleri reddetmeyen hekimlere iyi niyetle sevkedilmeyi hak eder.

- 7.** Hekimler, diğer hekilere yönlendirme mümkün olmadığında ve gecikme hastanın sağlığını ve iyilik halini tehdit edecekse (rneğin istenmeyen gebeliği olan hastalar) hastalarına zamanında bakım sağlamalıdırlar (bakınız Gebeliğin FIGO tanımı, Obstetrik ve Jinekolojideki Etik Konular zerine neriler, Kasım 2003, gebelik "ceninin kadında implantasyonu ile başlar").
- 8.** Acil durumlarda, hayatı veya fiziksel veya ruhsal sağlığı korumak için, hekimler kişisel itirazlarını dikkate almadan hastalarına tıbben gerekli olan bakımı sağlamalıdır.

Luxor, Kasım 2005

OBSTETRİSYEN JİNEKOLOGLARIN MESLEKTAŞLARINA KARŞI PROFESYONEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Obstetrisyen-Jinekologların, tüm yaşlardaki kadınlar üzerinde geniş bir hizmet sorumluluğu vardır. Yeterli yaklaşım, uygun yasal parametreler içerisinde sorumlu ve kanıta dayalı bakım sırasında, üye topluluklardaki bireyler, kişisel ve insan haklarının yıldıırılması ve lav edilmesi sorunları ile karşılaşmıştır. Tüm meslek örgütlerinin ve üyelerinin yasal çerçevede uzmanlık uygulamaları yapan her bir obstetrisyen- jinekoloğun müdahalelerden veya herhangi bir kaynaktan (devletle ilgili veya ilgisiz) kaynaklanan yıldırmaya karşı haklarını korumak ve güvenliğini savunmak profesyonel bir yükümlüğüdür.

Londra, Mart 2006

GENETİK VE PREEMBRYO ARAŞTIRMA KONULARI

Çeviri : Uz. Dr. Özgür Çınar

İNSAN KLONLAMASI

Giriş

1. Somatik Hücre Çekirdeğinin Aktarımı (SHÇA) ile ilk klonlanmış memelinin, koyun Dolly, 1997'deki doğumu, memelilerde aseksüel üremenin yapılabilirliğini göstermiştir. Ayrıca diğer memelilerde de benzer başarıların bildirilmiş olması üreme amaçlı klonlamanın insanların doğumuna da neden olabileceğini düşündürmektedir.
2. Bu tekniğin düşük bir başarı oranı, yüksek bir düşük oranı, iri yavru sendromu ve immün sistem bozuklukları gibi komplikasyonları vardır. Bu nedenle, üreme amacıyla yapılan SHÇA, bilim adamlarının çoğu tarafından güvensiz olarak kabul edilmektedir. Bu, günümüzde insan üremesinin kullanımı için kendi içinde çok kuvvetli bir itiraz oluşturmaktadır.
3. SHÇA araştırmaları bağışlanan hücreleri reddedilmekten koruyabilen ve genetik hastalıkları anlamak için eşsiz bir araç olabilen teknik olarak gereklidir. Birçok bilim adamı insanlarda SHÇA araştırmalarının en azından tedavi edici klonlama amacı için sürmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Öneriler

1. Üreme ve tedavi edici (bazen araştırma olarak da adlandırılır) klonlama arasındaki fark hakkındaki genel eğitim önemlidir.

2. SHÇA ile bir insan bireyi üretmek için klonlama güvenlik nedeniyle kabul edilemez. Hayvanlardaki benzer çalışmalar insanlara olası faydaları olduğu için etik olarak değerlendirilebilir.
3. Tedavi edici amaçlarla çeşitli hücre kültürü üretmek için, SHÇA yöntemiyle üretilmiş insan embriyosu kök hücre çalışmaları, insanların acısını azaltmak için cesaretlendirilmekte ve sıkı etik yönergelerin konusu olmaktadır.

Luxor, Kasım 2005

İNSAN GENLERİNİN PATENTLENMESİ

Giriş

1. Gelecek birkaç yılda insan genomu tamamen çözümlenecektir. Patent ofisleri birçok insan geninin patentini şimdiden onaylamıştır. Yenilikleri desteklemek için hükümetler tarafından patentleme sistemleri uygulamaya konulmuştur. Patentleme tekel haklarıyla bir mucidi destekleyerek değişen bir zaman dönemi içinde buluşun büyük ayrıntılarının dünyaya açıklanmasını sağlar, böylece bilginin genel kaynağının bir parçası olabilir.
2. Patentlemeyle desteklenmiş araştırmalardaki buluşlardan dolayı, ciddi hastalıklar için etkili tedavi edici ve koruyucu ajanları da içeren, birçok yararlı ürün ve işlem artık kullanılabilir. Buna rağmen, patent yasası cansız maddeler için geliştirilmişti ve şimdi aynı durumun insan genleri için uygun olup olmadığını değerlendirmeye ihtiyaç vardır.
3. Halen patentleme kararları, insan genlerinin patentlenmesinin sosyal, sağlık, ekonomik ve etik etkilerinin geniş bir şekilde ele alınmadığı patentleme ofislerinde verilmektedir.
4. Pek çok kişi tarafından insan genomunun kişiye değil topluma ait olduğu kabul edilmektedir. Patentlemeyle belirli gen dizinlerinin özelleştirilmesine izin vermek bizim ortak mirasımızın gizlice devri olarak görünmektedir. Saha çalışması araştırmalarının ve DNA hakkındaki bilgilerin kamu destekli araştırmalardan ve tıbbi bağışlardan finanse edilmiş olması bu görüşe destek katmaktadır.
5. İnsan genlerinin ya da insan genomunun parçalarının patentlenmesine izin vermek hem ülke içinde ve hem de ülkeler arasında dağılımsal ekonomik etkileri vardır. Para ve

güç bu patentleri elinde tutan muhtemelen büyük çok uluslu şirketlerde birikecektir.

6. Başka bir tehlike de, kimi şirketler tarafından yapılabilecek saldırgan pazarlamaya ve bu gen problemlerinin veya ürünlerinin erken ya da aşırı kullanımına neden olabilecek büyük araştırmalara dönüş ihtiyacıdır. Endüstrideki özel fonlar bu alandaki araştırma ve gelişim için olacak fonları büyük oranda sağlasa bile, özel ticari ilgiyle insan genlerinin tahsis edilmesine izin verme, genel iyilik için net bir yararla sonuçlanmayabilir.

Öneriler

1. Hükümetlerin ve uluslararası toplumların eğer halkın yararı korunacaksa bu konuyla ilgilenmek yükümlülüğü vardır.
2. Bu sırada, patent ofisleri büyük bir dikkat göstermeli ve herhangi bir uygulamayı değerlendirirken sağduyulu olmalıdır. Bu değerlendirme yaygın sosyal ve uluslararası gereklilikler kaygılarını içermelidir.
3. Patentleme ve insan genleri konularının insanlık için önemi vardır. Bu, bir ülkenin tek başına baş edemeyeceği dünya çapında bir problemdir.
4. Bu nedenle, özellikle Birleşmiş Milletleri ve halkça seçilen kişileri bu sorunları tartışmak ve çalışmak için göreve davet ediyoruz. Böylece konulara uzun dönemli olarak halkın iyiliği için demokratik bir biçimde karar verebilecektir.

Bazel, 1997

EMBRIYO ARAŞTIRMASI

Giriş

1. 1980'lerin baŐlarından bu yana hayvan embriyonu kök hücrelerinin kullanıldığı çalışmalar yayınlanmaktadır. Birçok yaygın ve ciddi hastalıklarda dokuları rejenere etmek için hücre farklılaŐtırması araştırmaları ve tedavi amaçlı kullanımı bildirilmiŐtir.
2. Kök hücreler, kendini yenileme ve bir ya da daha fazla hücre türüne farklılaŐma yeteneğini korumaktadır. Kök hücreler, embriyodan, göbek kordonu kanından, fetüsten ya da eriŐkinden elde edilebilir. İnsanda bu hücrelerin vitro fertilizasyon sikluslarında artan embriyolardan (blastosist aŐamasındaki), bağışlanan gametlerden de novo olarak oluŐturularak, ya da SHA ile klonlanan olası embriyolardan elde edilebilir.
3. İnfertilite tedavisini daha fazla geliştirmek için embriyo araştırmaları gereklidir. Hayvan çalıŐmalarından elde edilen kanıtlar, infertilite tedavilerini geliŐtirmekle beraber birçok hastalıkla savaŐmak için de kök hücre teknolojisinin yararlarını göstermek açısından umut vericidir. Buna rağmen birçok toplumda, preimplantasyon embriyonun yasal durumunun kesin olmamasından kaynaklanan, insan embriyonu kullanımıyla ilgili çalışmalar hakkında ciddi endiŐeler vardır.
4. Etik ikilem özellikle araştırma için embriyo oluŐturmanın gerekliliği konusunu sorgulamaktadır. Özellikle araştırma amaçıyla preimplantasyon embriyo oluŐturulması ve üzerinde araştırma yapılması, sadece artan embriyolarda yapılan çalıŐmalardan bilgi elde edilemediği zaman uygun görülebilir.
5. Ne erkeğe ne de kadına araştırma amaçıyla sperm, oosit ya da embriyo baĐıŐlaması konusunda baskı yapılmaması ya da gereksiz yere yönlendirilmemesi çok önemlidir.

6. Oositi verecek olan kadının bu işlemle ilgili çok iyi bilgilendirilmesi gerekir. İleride oluşabilecek risklerden kadın ancak bu şekilde korunabilir.
7. İn Vitro Maturasyon (İVM) gibi yeni teknikler alternatif oosit kaynakları sunar. İmmatür oositler fetüslerden, çocuklardan ve adet öncesi ve sonrası kadınların ovaryum dokularından elde edilebilir. Her bir kaynağın etik anlamı karmaşık ve tartışmalıdır.

Öneriler

1. Gametler toplandığında, eğer araştırma amacıyla embriyo oluşturulacaksa, bu oluşturma ve kullanım için özel bir onam hazırlanmalı ve alınmalıdır.
2. IVF programlarında embriyo transferi yapılanlara, artan embriyolarının çalışma amaçlı kullanılabilmesi için onamda bulunması rica edilmelidir.
3. Eğer planlanan çalışmanın -etik kurula değerlendirme amacıyla sunulmalıdır- ispatlanabilir bir gerekliliği yoksa araştırma amacıyla embriyo yaratılmamalıdır. Alternatif tedavi yöntemlerinin araştırması da devam etmelidir.
4. Kadınlar, özellikle tıbbi, fizyolojik ve sosyo-ekonomik olarak duyarlıysalar oositlerini bağışlama konusunda zorlanmaktan korunmalıdır.
5. Oositlerin hem infertil kadınların tedavisinde hem de araştırmada kullanımı için nadir kaynaklar olmasından dolayı bunlardan hangisi için kullanılacağı etik değerlendirmeye gereksinim duymaktadır.

Luksor, Kasım 2005

GAMET VE EMBRİYOLARIN SATILMASINDA ETİK YÖNERGELER

1. Komite, 1993¹ yılında yapılan “genetik materyal bağışlanması iyilik olarak maddi karşılık beklemeden yapılmalı ve ticari sömürüden uzak olmalıdır”, beyanatını yineledi. Gerekli masraflar için makul harcamalar uygundur.
2. Komite, bazı merkezlerce kadınlara oositleri karşılığında IVF siklusu, sterilizasyon ya da diğer tıbbi tedavilerin teklif edildiğini belirtmiştir. Bu, karşılık olarak değerlendirilir ve bu nedenle yasal değildir.
3. Eğer donörler bir karşılık olarak gametlerini verirlerse; kişisel bilgilerini saklamak daha zor olacak ve kendileri zor durumda kalacaklardır.
4. Komite bağışlanan gamet ve embriyoların yönetiminin ulusal bir otoriteyle düzenlenebilir olmasının önemine dikkat çekmektedir.

Ljubljana, 1996

İNSAN GENLERİNİN DEĞİŞTİRİLMESİ HAKKINDA ETİK YÖNERGELER

1. İnsan genomu hakkında hızla artan bilimsel bilgiler ve DNA uygulamaları için gelişen imkânlar, bu genetik bilgi insanlara nasıl uygulanmalıdır konusunda birçok soruyu da ortaya koymaktadır. Bilimsel bilginin insan üremesi için uygulaması doğum ve jinekoloji konusu içinde olduğu için, bu alandaki doktorların genetiğin potansiyel kullanımıyla ortaya çıkan birçok önemli etik gerekliliklerle ilgili olarak dikkatli olması önemlidir.
2. Gen tedavisi terimi çeşitli amaçlar için insan DNA'sındaki değişiklikleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu yanıltıcıdır; tüm değişikliklerin "tedavi" olmadığını anlamak esastır. Sadece tanımlanmış bir hastalığı olan bireyin acısını azaltmak için genetik değişikliklerin yapılması, doğru "gen tedavisi" terimi olabilir.
3. İnsan genlerindeki değişiklikler üç kategoride düşünülebilir, her birinin etik gereklilikleri vardır. Bunlar, hastalığı tedavi etmek (gen tedavisi), germ hattı genetik değişiklikleri ve tedavi edici olmayan genetik değişiklikler (genetik artırım) için somatik hücrelerin genetik değişiklikleridir.
4. Hastalığı tedavi etmek için somatik hücrelerin genetik değişiklikleri
 - i. Değiştirilmiş genetik materyal germ hücrelerinin içine sokulmadığından değişiklik ileriki nesillere geçmez. Somatik genetik değişiklikler birçok önemli konuyu ortaya koyar. Aynı şekilde insanlardaki araştırmalar da diğer bazı deneysel tedavi çalışmalarını da ortaya koyar. Bu nedenle, tedavi amaçlı insan kaynaklı somatik hücrelerin DNA'sını değiştirmeyi amaçlayan her araştırma projesi, düzgün bir şekilde kurulmuş ulusal otoriteye bağlı (aşağıda tanımlanmıştır) araştırma etik yönetiminden ön değerlendirme ve onay almalıdır.

İncelemede değerlendirilen durumlar; güvenlik ve riskler, tam bir bilgilendirilmiş onam formunun olup olmadığı ve mahremiyeti koruma ölçütleri üzerinde ayrıntılı bilgileri içermelidir.

- ii. Somatik hücrelerin DNA'sını değiştiren bu tür projeler sadece önemli derecede yeti kaybına ya da erken ölümlere neden olabilen ve diğer tedavi yöntemlerinin başarıyla tedavi edemediği ciddi hastalıklar için düşünülmelidir.
- iii. Eğer bu gen tedavisi araştırma projelerinin sonuçları başarılıysa, gelecek öneri uterus içindeki fetüsün somatik hücre gen değişikliklerinin kullanımı olabilir. Bu tür öneriler kadınların otonomisinin garanti edilmesi için ayrıca incelenmelidir ki, kadın ve fetüsün menfaatları arasında düşmanca bir çatışma yaratılmasın.

5. Germ hattı genetik değişikliği

Bu her bir gametin değişmesini ve böylece genetik değişikliğin sonraki nesillere aktarılmasını içerir. Günümüzde özgün genleri kesin, güvenilir ve güvenli bir şekilde değiştirmeye uygun bir teknik yoktur. Olası ebeveynin mutant genleri olduğunda, onların zigotları arasından mutant allel(ler) ile kalıtılmayanları saptamak mümkündür. Bu ebeveynlerin uterusu implante olan normal zigotlara sahip olma olasılıkları vardır. Şimdiye kadar bilinen ve tahmin edilebilen bilgiler ele alındığında, gen hastalıklarından etkilenmemiş zigotların uterusu transferi, etkilenen zigotları saptamaktan, DNA'sını değiştirmeye çalışmaktan ve onları tutundurmaktan daha güvenli ve daha uygundur. O nedenle, günümüzde uterusu tutunacak insan zigotlarında ya da zigot oluşturmak için kullanılan oosit ya da sperm hücrelerindeki DNA değişikliğini içeren araştırma, etik olarak kabul edilebilir değildir ve bu yüzden izin verilmemelidir.

6. Tedavi edici olmayan genetik değişiklik (genetik artırım)

Bu "düzeltme" (örneğin, boy, zekâ, göz rengi) için bir gen sokarak daha önceden sağlıklı genetik yapıya sahip olanları "artırma ya da düzeltme" girişimini içerir. Bu tür teknolojilere erişim için çok çeşitli sorular ortaya çıkmaktadır ve bu tür teknolojinin nasıl kullanılacağına karar vermek için günlük kullanımına izin verilmesinin sosyal ve diğer sonuçlarının ne olabileceği sorusunun cevabını bulabilmeliyiz.

Bu tür teknolojilerin pazarlanmasında kazanç olasılığı vardır; bu henüz, bireylerin kendi çıkarlarını korumak için bilgilerinin olmadığı bir alandır. Riskler, bu risklere sahip olanlar için yeterli gerekçe olmamakla birlikte, şu anlamı içerir: artırım amaçları için DNA değişikliği içeren insan kaynaklı çalışmalar etik olarak kabul edilebilir değildir ve bu yüzden izin verilmemelidir.

7. Özetle, şu açıktır ki; insanlık için genetik değişiklik uygulamaları, zarar olasılığını ve bireylerin istismarını artırmaktadır. Bunun için, tüm ülkelerin; sınırları belirlemek ve denetleme amaçlı yasal temelli otorite sağlamak ve bu alandaki aktivitelerin sorumluluğunu garanti altına almak için kuralları olmalıdır.

Ljubljana, 1996

İNSAN ÜREMESİ İÇİN GENETİK MATERYAL BAĞIŞLANMASI

1. Bir çocuk yaratmak için ister sperm, ister oosit ya da isterse pre-embriyo olsun genetik materyal bağışlanması birçok etik, sosyal, inançsal ve yasal konuları ortaya koyar.
2. Genetik materyal bağışlanması başlıca kısırlığın tedavisi için kullanılır. Ayrıca, over yetmezliği, habitual abortusun yönetimi, genetik hastalıklar, ejakülasyon disfonksiyonu, biyolojik bebek isteyen bekâr kadınlar ve menopoz sonrası fertilitite sağlamak için de kullanılır.
3. Genetik materyal bağışlanmasının pratiğinde alıcı çift ve donörün olduğu kadar çocuğun menfaatlerinin de dikkate alınması gereklidir. Bu nedenle bazı ülkeler bekâr kadınlara genetik materyal bağışlanmasını yasaklamıştır. Komite bunu temel olarak bir kültür/yasa kararı olarak değerlendirmektedir.
4. Genetik materyal bağışlanmasına izin veren ülkelerde şu ilişkiler açısından düzenleme gerekliliği vardır: biyolojik ve sosyal ebeveynlik, genetik materyalin bankacılığı ve imhası (pre-embriyonun yasal durumu), çocuğun menfaatinin korunması, tıbbi tedavi yönetiminin kalitesi, kayıt tutmayla ilgili kurallar.
5. Genetik materyal bağışlanması iyilik yapmak için ve ticari çıkarlardan uzak olmalıdır. Gerekli masrafların makul ölçülerde karşılanması uygundur. Donörün, alıcının ve alıcının yasal eşinin (bekâr bayanlar hariç) resmi yazılı onamı olmadan hiçbir genetik materyal kullanılmamalıdır. Kaçınılmaz durumlarda (örneğin boşanma) onamın geri çekilmesi kabul edilmelidir.
6. Genetik materyal donörleri cinsel yolla bulaşan hastalığı ve genetik geçişli hastalığı olmayan normal üreme yaşındaki sağlıklı insanlar olmalıdır. Eğer donör yaşıyorken yazılı beyanata yoksa öldükten sonra genetik materyali alınmamalıdır. Bir alıcının tedavisinde görev alan tıp ekibinin üyeleri donör olmamalıdır.

7. Her bir donörün bağışlarının sayısı daha sonraki olası akrabalık ve/veya ensest ilişki tehlikelerinden sakınmak için sınırlanmalıdır.
8. Bağışlanan genetik materyal, kadın için olası risklerinden dolayı doğal üreme dönemini uzatmak için kullanılmamalıdır.
9. Genetik materyal donörleri, alıcılar (örneğin aile üyeleri) tarafından nadiren bilinirken çoğu zaman da kimlikleri bilinmez. Bu durumlarda, eğer donörün kimliğinin açıklanmasına dair kabul edilmiş ve verilmiş bir izni yoksa alıcı ve alıcının yasal eşi tarafından bilinmemeli ve mahremiyeti süresiz korunmalıdır.

1994

TEDAVİ EDİCİ KLİNİK UYGULAMALAR İÇİN EMBRIYO YA DA FETÜS DOKULARININ KULLANIMI İÇİN YÖNERGELER

Hastalığı iyileştirmek ya da tedavi etmek için embriyon ya da fetüs dokularının veya hücre transplantlarının kullanımı genellikle tedavi amaçlı organ nakli uygulamalarına benzer kurallarla değerlendirilmelidir. Bununla ilişkili yöntem ve araştırma izinle olmalıdır. Tedavi edici doku ya da hücre nakli konusu abortus tartışmasından ayrı tutulmalıdır. Gerekli dokunun sağlanması bölgesel yasa ve düzenlemelerin konusu olmalıdır, doğal olarak bu yasa ve düzenlemeler farklı ülkelerde değişik olabilir.

Sonraki yönergeler, bir kadının bir gebeliği sonlandırma kararının, bağışlanan embriyo ya da fetüs dokusunun daha sonraki kullanımından etkilenmemesinin garanti edilmesine yardım etmeyi sağlamaktadır.

1. Gebeliği sonlandırmanın son kararı, araştırma ya da tedavi edici klinik uygulamalar için embriyo ya da fetüs dokusunun olası kullanımının tartışılmasından önce alınmalıdır.
2. İndüklenmiş düşük için kullanılan yöntemle ilgili karar hamile kadının güvenliği için olan endişeleri temel almalıdır.
3. Dokuların alıcısı donör tarafından belirlenmemelidir.
4. Embriyo ya da fetüs dokusu maddi kazanç için temin edilmemelidir.
5. Gebeliği sonlandıran hekimin embriyo ya da fetüs dokusunun sonraki kullanımlarından fayda sağlanmasına izin verilmemelidir.

Araştırma ya da tedavi amaçlı klinik uygulamalar için kullanılacak embriyo ya da fetüs dokusu kullanımı için bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.

ERİŞKİNDE BAŞLAYAN HASTALIK İÇİN GENETİK YATKINLIĞIN ARAŞTIRILMASI

Giriş

1. Erişkin hastalıkları için genetik yatkınlığın araştırılması, şimdilik, geniş bir hastalık dizisini kapsamaktadır. Bu, ölümcül olma olasılığı yüksek hastalıklardan başlayıp çoğunlukla tedavisi tahmin edilebilir hastalıklardaki basit bir risk artışına kadar geniş bir yelpazeyi barındırır. Erişkin hastalıkları ve sağlık durumları için (şişmanlık gibi) birçok yatkınlığın saptanma imkânı hızla geliyor. Günümüzde gerçek hastalığın tahmininde birçok genetik tanının doğruluğu üzerinde hala çalışılmakta veya bilinmemektedir.
2. Bu yatkınlık araştırmaları hastaların yararı için nasıl kullanılacaktır? Hastaların bu tür araştırmaların temel aldığı sosyal ve ekonomik ayırım gibi zararlardan nasıl korunacağı etik endişelerdendir. Kesin olan ve olmayan predispozan genlerin tanısının konmasıyla muhtemel sosyal ayrımcılık ortaya çıkabilecektir. Bunun sonucunda önlenemez veya önlenemez karakterde sosyal sınırların oluşmasında kültürel eğilim ortaya çıkacaktır. Bu bilgi hastalık başlangıcı için -ki bu evlenmeyi, işe girmeyi ve sigorta yaptırmayı etkileyebilir- riskleri hesaplamakta kullanılabilir. Bu kadar yaygın riskler nedeniyle yatkınlık araştırmasının etik kullanımı için ulusal ve uluslar arası yönergeler uygundur.
3. Çocukların yatkınlık araştırmaları problemlili olabilir. Çünkü bu tür bilgi için onları erişkin kabul eden seçenek bilinmemektedir.
4. Yatkınlık için genetik testlerin yatkınlık ve gelişmesini konu alan araştırma mahremiyet -sonuçlara erişim- için benzersiz konular arz eder. Sonuçlar bireyin ve genetik ailesinin sağlığını etkileyebilir.
5. Yatkınlık araştırmasından yararlanabilme uluslar arası sağlıkta, özellikle gelişmekte olan bir ülkenin halkında gen

tanımlandığında, ciddi konulara neden olmaktadır. Bilgiye erişim, yaşam kalitesi ve süresinde (örneğin, ilgili yaşam stili değişiklikleri ya da bir enzim yetersizliği tanısı ile belli ilaçların etkisinden korunum) büyük bir fark yapabilmekteyse halkın genetik bilgiye erişmesinde geçerli bir zorunluluk ortaya çıkar.

Öneriler

1. Bilgilendirilmiş onam olmadan yatkınlık araştırması yapılmamalı ve teklif edilmemelidir. Yatkınlık araştırması için bilgilendirilmiş onam, verilen hastalıkların görünüşünü etkileyen karmaşık genetik ve çevresel etkileşimli diğer tanı testlerinden farklıdır.
2. Çocukluktaki yatkınlık araştırması, çocukluktaki tedavinin anlamlı şekilde hastalığın oluşumunu etkilediği ya da düzelttiği şartlar için sınırlanmalıdır.
3. Bilgilendirilmiş onam, araştırma öncesi (yatkınlık bulunsa da bulunmasa da) eğitilmiş bir genetik danışman tarafından genetik danışmalık gerektirir. Bu danışmanlık araştırması takip için de gereklidir. Araştırma öncesinde ayrıntılı bir danışmanlık sağlanmazsa önemli kişisel ve ailesel zararlar görülebilir. Özellikle seçenekler ve genetik olarak akraba aile üyelerinin sağlık bakımı üzerine alınan bilginin etkisi, (olumlu ya da olumsuz) her bir kişi için test öncesi araştırılmalıdır.
4. Araştırmanın ve sonuçlarının gizliliği önemlidir. Kişinin test sonuçlarını etkileyebileceğinden, aile bireylerinin araştırılmasına karar verildiği durumda etkilenmiş aile üyelerine ait bilgilerin söylenmesi ya da gizliliğin kalması durumları araştırmadan önce belirlenmelidir. Gizlilik tercih edilse bile, bireyler bilgilendirmeye gereksinim duyar. Ayrıca kişinin davranışları ve durumu diğer aile üyelerine sonucu tahmin ettirebilir.
5. Araştırmacılar yatkınlık araştırmalarına bireysel katılımı teklif etmelidir. Böylece kendi durumlarıyla ilgili doğruyu öğrenme imkânları ortaya çıkar. Bunun yanında pek çok testin geçerliliği

ve genetik yatkınlıkla ilgili manası, üzerinde çalışılan bir konudur. Genetik olarak akrabalığı olsun ya da olmasın sonuç, diğer aile bireylerinin sağlığını da etkileyecekse; bu bilgiyi, istemeleri durumunda onlarla paylaşıp testlerin yapılmasına imkân verebilir.

Londra, Haziran 2001

KONSEPSİYON VE REPRODÜKSİYONLA İLGİLİ KONULAR

Çeviri: Op. Dr. E. Seda Güvendağ Güven

ÇOĞUL GEBELİKLER KONUSUNDA ETİK İLKELER

Giriş

1. Son yıllarda tüm dünyada çoğul gebelik sayısında belirgin bir artış mevcuttur. Örneğin; bazı ülkeler son 20 yılda ikiz gebeliklerde 2 kat, üçüz gebeliklerde ise 4 kat artış belirtmiştir. Göreceli olarak diğer çoğul gebelikler de daha fazla bir artış olmuştur.
2. Şüphesiz ki, bunun ana nedeni infertilite tedavisindeki ovülasyon indüksiyonu ve birden fazla embriyo transferidir. İkiz gebeliklerdeki artış biraz da daha ileri yaşlarda gebe kalma eğilimine bağlıdır.
3. İnfertilite tedavisine olan ihtiyaç son zamanlarda artan cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve daha geç yaşlarda gebe kalma eğilimi gibi faktörler nedeniyle belirgin şekilde artmıştır.
 1. Çoğul gebelik anne, bebek, toplum ve sağlık hizmeti verenler için çok ciddi sonuçları beraberinde getirir. Bu özellikle yenidoğan bakım hizmetlerinin sınırlı veya eksik olduğu yerlerde belirgindir.

Öneriler

1. İnfertiliteyi önlemek amaçlı ileri her türlü araştırma yapılmalıdır. Zamanında eğitim, riskler konusunda bilgilendirme ve infertiliteyi önleme gereklidir. Tüm bunlara ek olarak; yardımcı üreme tekniklerinin sonuçlarının iyileştirilmesi için araştırmalar ve eğitimlere hız verilmesine ihtiyaç vardır.

2. Çoğul gebelikten kaçınmak için tüm klinisyenlerin profesyonel sorumlulukları gereği, kendi uygulamalarını optimize etmeleri gerekmektedir.
3. Çoğul gebeliğin özellikle üçüz ve daha fazla olan çoğul gebeliklerin tehlikelerinden hem toplumu hem de hastaları bilgilendirme açısından obstetrisyen ve jinekologlara büyük sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca çoğul gebelik yönetiminin özel bir uzmanlık gerektirdiği, kırsal bölgeler ve küçük yerleşim yerlerinde bunun olmayacağı konusunda da bilgi vermeleri gerekmektedir.
4. İnfertilite tedavisi isteyen çiftlerin, çoğul gebeliğin anneye ve bebeklere doğurabileceği pek çok muhtemel, karmaşık risklere karşı tam olarak bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Deneyimli perinatalojik ekibi de danışmanlık hizmetine dâhil edilmelidir.
5. Ovulasyon indüksiyonu ajanlarının yanlış kullanımı çok sayıda iatrojenik çoğul gebelikten sorumludur. Bu nedenle bu ilaçları kullananlar, ilaçların kullanım endikasyonları, yan etkileri, hasta izlem yöntemleri ve iatrojenik çoğul gebelik önlenmesi konusunda uzman olmaları gereklidir.
6. Yardımcı üreme teknikleri kullanan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının ovülasyon indüksiyonu ve embriyo transferi sırasında tek gebelik elde etmeyi amaç edinmeleri gerekmektedir. Optimal koşullarda tek embriyo transferi yapılmalı ve iyi bir kriyoprezervasyon programı olmalıdır. Ulusal ve uluslararası meslek grupları iatrojenik çoğul gebeliğin önlenmesi açısından iyi uygulama önerileri yayınlamakta sorumludur. Bunu sağlayan merkezler aynı yüksek standardı sağlamak amaçlı olarak sertifikalı ve akredite olmalıdır.
7. Profesyonel uygulamanın kontrol etmek ve izlemek amacı ile sadece fertilitate başarısı değil, tek gebelik oranları ile birlikte çoğul gebelik oranları, maternal ve perinatal mortalite ve morbidite, preterm gebelik insidansı, çok düşük ağırlıklı doğum, bebeklerde oluşan uzun dönemde ortaya çıkan problemler, fetal redüksiyon uygulanıp uygulanmadığı konusunda da istatistikler

bu teknolojilerin denetlenmesi açısından gereklidir. Çiftler, güvenilir ve standardize lokal merkezlerin istatistiklerine olduğu kadar ulusal ve uluslararası istatistiklere de ulaşabilmelidir.

8. Üçüz ve daha fazla olan çoğul gebeliklerden dolayı annede ve oluşan bebeklerde olabilecek riskler ortaya konulmalı ve çift ile tartışılmalıdır. Bu tartışma sırasında fetal redüksiyon olasılığı, yöntemi ve sonuçları da konuşulmalıdır.
9. Klinikler ve klinisyenlerin kendi sonuçlarını halkla tartışırken çoğul gebeliği bir komplikasyon değil bir başarı olarak göstermekten kaçınmaları gerekmektedir. Medya en iyi uzman fikrinin çoğul gebeliğin bir komplikasyon olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Multifetal Redüksiyonlar Öneriler:

1. İkizden daha fazla olan çoğul gebelikler hem kadın sağlığına hem de fetüs sağlığına özellikle prematürürite nedeniyle ölüm veya oluşabilecek çeşitli hasarlar nedeniyle yüksek risk taşımaktadır.
2. Klinikte öncelikle infertilite tedavisinin dikkatli planlanması ve izlenmesi çoğul gebeliğin azaltılması veya olmaması için gereklidir. Bununla beraber çoğul gebelikler oluştuğunda fetüs sayısının azaltılması işlemi, hiçbir şey yapmama durumuna etik olarak tercih edilir.
3. Multifetal redüksiyon, tıbbi olarak gebeliği sonlandırmak değil en iyi sonucu güvenceye alma yöntemidir.
4. Verilen bilgilendirmede, anneye ve fetüse redüksiyon olsa da olmasa da oluşabilecek riskler ve düşük olasılığından bahsedilmelidir. Çift, çoğul gebeliğe redüksiyon yapılmasını kabul etse de etmese de en iyi tedaviyi alacağı konusunda ikna edilmelidir.

Londra, Mart 2005

BİLİNEN VERİCİDEN GAMET BAĞIŞININ ETİK YÖNLERİ (DİREKT BAĞIŞ)

1. Sahibi bilinmeyen gamet bağışlarının etik yönleri belirtilmiştir.¹ Bu iki ilke örtüşür. Hastaların kendilerinin tanıdığı kişileri verici olarak seçtiği (direkt bağış) durumlar bu belgelerde nadiren söz konusu edilmiştir.
2. Direkt sperm bağışı istekleri, ileri mikromanipülatif yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesine bağlı olarak oldukça seyrek. Gelişmekte olan ülkelerde ileri teknolojilerin kısıtlı olması ve yüksek maliyeti direkt bağış nedenleri olabilir.
3. Direkt oosit bağışı vericilerin sayısının az olması ve over yetmezliği nedeniyle oluşan ihtiyaçtan dolayı artan sayıda istek olmaktadır.
4. Direkt bağışlar genellikle vericinin hastalık durumu, genetik yapı, karakter ve sosyal kültürel durum nedeniyle istenir.
5. Oosit bağışı isteyen hastaların bilinmeyen vericilerden olan bağışı direkt bağışa oranla daha fazla istemektedirler. Direkt bağış yapanlara göre bilinmeyen verici olarak bağış yapanlar mahremiyetlerini daha fazla koruyor gibi düşünmektedirler.
6. Direkt bağış yapanlarda gizlilik ile ilgili konular bilinmeyen verici ile bağış yapanlara oranla farklılık göstermektedir. Özellikle çocuğun potansiyel genetik yapısı sağlık hizmeti verenler tarafından bilinmediği gibi anne ve baba ve verici tarafından da bilinmez. Gizlilik sadece hukuk kuralları ve profesyonel etik standartlarla değil ayrıca tarafların ilişkisi ile de belirlenir.
7. Direkt gamet bağışında en önemli noktalardan birisi potansiyel çocuğun, verici ve alıcının ve onların eşlerinin sonradan çıkabilecek etkilerinden korunmasıdır. Alıcı bağış için başvurduğunda alıcı ve vericiye çocuğun genetik ebeveynliği açısından sonradan ortaya çıkabilecek özel problemleri belirten bilgilendirilmiş onam formu alınmalıdır. Alıcı ve verici arasındaki

ilişki bağışa kadar çeşitli şekillerde karara bağlanabilir.

8. Direkt gamet vericisine ve eşine eğer mümkünse psikolojik değerlendirme ve danışmanlık önerilmelidir. Alıcı ve verici arasındaki olası etkileşim mutlaka incelenmelidir. Verici, ileride ortaya çıkabilecek konunun açıklanması ve verici, alıcı ve potansiyel çocuk arasındaki görüşmeler hakkında bilgilendirilmelidir.
9. Çocuğun yararına, bu aile sırrının çocuğun psikolojik gelişimi üzerine yapacağı etki ciddi olarak tartışmaya açılmalıdır. Çocuğun genetik kökeninin saklanması, hem verici hem de alıcı tarafından bilindiği durumunda, bilinmeyen kişiden bağış durumundan daha fazla etik probleme yol açar. Alıcının, çocuğu bu konuda bilgilendirmek istemediği durumlarda bile gerçeğin açığa çıkma riski istemsiz olarak veya aile içinde anlaşamama durumlarında çocuğun aleyhine olacak şekilde gelişebilir. Potansiyel alıcı ve vericiye işlemlere başlamadan önce mutlaka sonunda çocuğun bunu öğrenebileceği bilgisi mutlaka verilmelidir.
10. Potansiyel verici ve alıcıların hukuki danışmanlık almaları yönünde ikna edilmeleri uygun olur. Her iki tarafında dahil olduğu tüm haklar ve sorumluluklar gibi kritik konuların altını çizen onam anlaşması imzalanması için taraflar ikna edilmelidir. Tüm kullanılmayan oositlerin imhası için anlaşma yapılmalıdır.
11. Direkt gamet vericilerinin diğer gamet vericileri gibi aynı tarama testlerinden geçmeleri gerekir. Direkt vericilerden gamet alan alıcıların tarama testlerini yaptırmama gibi bir alternatifleri olmamalıdır. Alıcılar tarama testi yapılacağını bildikleri zaman eğer bağış olmazsa sağlık riski nedeniyle olduğunu düşünecekleri için gizlilik için tamamen bilgilendirilmemelidir.
12. Direkt bağış yapan olgulardan onam alınması, alıcının bulunmadığı yerde yapılmalıdır. Klinisyen, direkt bağışçının motivasyonunun aşırı baskı, zorlama veya maddi nedenlerden olup olmadığını belirlemeye çalışmalıdır. Eğer böyle bir durum varsa klinisyen bağış işlemini durdurmalıdır.

13. Direkt bağış durumunda çocuğun genetik kökeni hakkında bilgilendirilmesi, ilerde oluşabilecek akraba evliliklerinden korunma açısından önemlidir. Ayrıca klinisyen alıcının verici ile olan akrabalık ilişkisinin ensest oluşturmayacak seviyede olmasına dikkat etmelidir.

Londra, Mayıs 2000

¹ Donation of Genetics Material from Human Reproduction 1993. Published Int Gynecol Obstet., 1994

TAŞIYICI ANNELİK

FIGO' nun Üreme Sağlığında Etik Yönler Daimi Komisyonu, taşıyıcı anneliğin çeşitli yönlerini tartışmış ve aşağıdaki görüşleri bildirmiştir:

1. Komitenin şu anda taşıyıcı anneliğin uygulanması konusunda ciddi çekinceleri mevcuttur.
2. Komite taşıyıcı anneliğin belirli aile değerlerine zarar vereceğini düşünmektedir.
3. Taşıyıcı annelik sadece sınırlı özel durumlarda uygulanabilir (çoğunluk kararı).
4. Komite, taşıyıcı annenin sosyoekonomik durumundan dolayı sömürülmesi olasılığına karşı etik ilkeler dâhilinde korunmasına özel ilgi gösterilmesinin önemine dikkat çekmiştir.
5. Taşıyıcı annenin otonomisine saygı gösterilmeli ve ticari olarak taşıyıcı annelik düzenlenmemelidir (ajanslar tarafından düzenlenme).
6. Taşıyıcı annelik uygulaması eğer hekim yönetiminde ise etik kurul onayı alınmalıdır ve kesinlikle tıbbi kontrol altında uygulanmalıdır.
7. Eğer uygulanacaksa ülkedeki kanunlar çerçevesinde olmalı ve katılan tarafların hukuki durumları açısından tam bilgilendirilmiş olmaları gerekmektedir.

1998

FETÜS HASTALIKLARININ PRENATAL TANISI İLE İLGİLİ ETİK KONULAR

Gebe kadının takibi sırasında prenatal tanı yerleşmiş bir hizmettir. İleri gelişmelerle, özellikle moleküler düzeyde olanlarla, hastalıkların tanısının konması ve tanının kesinliği ileriki yıllarda daha da yaygınlaşacaktır. Bu bilgiler, gebelik sonlandırması genetik mühendislik veya gelecekteki hayat tarzı adaptasyonuna ulaşmamızı sağlayabilir. Bununla beraber bu hastalığı taşıyan veya taşıma potansiyel olan ebeveynlere ve çocuklara karşı potansiyel bir ayrımcılık veya damgalama tehlikesi mevcuttur.

1. Koryon villüs örneklemesi, amniyosentez, ve kordosentez gibi prenatal tanı işlemlerinin fetüse riskleri mevcuttur. Bu riskler yanlış veya negatif sonuçları olabildiği için kesin tanı açısından doğum veya abortus sonunda denetlenmelidir. Buna benzer bir denetleme preembriyonik genetik araştırma sırasında da yapılmalıdır.
2. Prenatal tanının en önemli yararı yasalar tarafından izin verilen ve anne tarafından istenebilecek olan gebelik sonlandırma kararı alınmasına yardımcı olmasıdır. İlk olarak kadının gebeliğın terminasyonuna bakışı ve hukuki durumu incelenmelidir.
3. Tanısal tekniklere geçmeden önce hasta riskler ve yararlar hakkında bilgilendirilmelidir. Bu şekilde bir danışmalık verilmesi gerçekçi, hastanın görüşüne önem veren ve zorlayıcı olmayan bir tavidir. İşlemden önce onam alınmalıdır.
4. Eğer test sonrası, terminasyon tercihi kullanılmayacak olsa bile kadın, prenatal test imkânını geri çevirmemelidir. Ayrıca, finansal veya sosyal nedenlerle bu testler esirgenmemelidir.
5. Prenatal tanı, planlanmış spesifik bir tanı yönteminin uygulanması yanı sıra rutin ultrasonografi veya diğer testler sonrası elde edilmiş olabilir. Tüm bu tekniklerin kullanılmasında danışmanlık ve onam eşit şekilde gereklidir.

6. Prenatal tanı işlemlerini kabul eden hastalara geri kalan gebelik sürelerince hangi bilgilerin onlara söylenmesini istemediklerinin belirtmeleri istenmelidir. Bu bilgiler çocuğun cinsiyeti olabilir. Bunun dışında gebeliğin terminasyonuna hukuki veya kişisel nedenlerle izin verilmeyen fetal hastalıklar veya malformasyonların saklanması da olabilir.
7. Tüm isteyen ebeveynlere fetüsün cinsiyeti veya durumu hakkında bilgi verilmelidir. Çocuğun gelecekteki sağlığı hakkında bilgi mümkün olan en kısa sürede verilmelidir.
8. Ebeveynler tarafından gebelik istendiğinde, prenatal olarak teşhis edilmiş bir hastalık mevcut olması, doğum öncesi bakım, doğum veya sonrasındaki normal tıbbi destek ve hizmetlerin yapılmaması için bir bahane değildir.
9. Prenatal tanı sırasında hastalar ve ilgili kişiler hakkında elde edilen bilgiler kesinlikle saklanmalı ve korunmalıdır. Bu, özellikle gen haritalaması gibi ileride ortaya çıkabilecek hastalıklar için gelecekteki kariyer seçimi, işe girme, sigortalanma ve evlilik için büyük sorunlar yaratabilir.
10. Eşitlik nedeniyle önemli tanısal işlemlerin geniş kitleler tarafından ulaşılabilir olması gereklidir.

1991

HIV ENFEKSİYONU VE ÜREME İLE İLGİLİ ETİK YÖNLER

1. HIV enfeksiyonu, kadına, eşine, ailesine bunun yanında sağlık personeline ve topluma derin sosyal ve psikolojik etkileri olan bulaşıcı bir hastalıktır. Uzun latent döneminin olması, çok yüksek mortalite, morbidite ve sosyal dışlanma hastalığın karakteristik özelliklerindedir. Tüm bunlara ek olarak bu hastalığın henüz bir aşısı veya tedavisi yoktur. Anneden bebeğe vertikal veya anne sütü yoluyla geçiş mümkündür. Bu geçişin insidansı ilaç tedavisi ile azaltılabilir.
2. Tüm bu gerçekler sonrasında hasta ve ailesinin mahremiyeti, özel yaşamın korunması ile sağlık personelinin ve toplumun ölümcül bulaşıcı hastalıktan korunması etik anlamda ciddi bir ikilem yaratır.
3. Bu hastalık epidemi sayılabilecek oranlara ulaşmaya yakın olduğu için tüm populasyon için enfeksiyon kontrolünü sağlamakla kişisel mahremiyetin sınırları karşı karşıya gelebilir. İyi bir eğitim programı ve diğer önlemlerle cinsel partnerler ve sağlık personeli açısından HIV için zorunlu antenatal tarama ve HIV durumunun saklı kalacak şekilde belirlenmesi için zorunlu testler yapılması düşünülebilir. Seropozitif kişilerin sayısı hakkındaki bilgi tüm halk sağlığı ile ilgili kişilerce ulaşılabilir olmalıdır.
4. Seropozitif olduğunu öğrenen kişiler ölüm cezası verilmiş gibi hissetmeye varan psikolojik travma yaşayabilirler. Ayrıca seropozitif olmalarından dolayı beraber yaşama, iş bulma ve sigorta ile ilgili ayrımcılığa maruz kalabilirler. Bu nedenle hekimin görevi sadece kişisel danışma ve tedavi hizmetleri değil, toplumun suçlayıcı ve olumsuz davranışlarına karşı koruyucu olmaktadır.
5. Hastanın özel yaşamına ve mahremiyetine dikkat edilirken yine de hasta bireylerin diğerlerine olabilecek zararlarını

- önlemek için etik sorumlulukları vardır. HIV enfeksiyonu için yapılacak test ve sonucun açıklanması için bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Her bir hastaya danışmanlık hizmeti verirken kendi cinsel eşlerini ve sağlık çalışanlarını korumak için bu bilgilerin kullanılmasına izin vermek için ikna edilmelidir. Bu onam tüm çabalara rağmen alınamadığı durumlarda, eğer yüksek bulaş riski mevcut ise durum müzakere edildikten sonra hasta mahremiyeti düşünülmebilir.
6. Yardımcı üreme teknikleri elektif şartlarda gamet, embriyo bağıışı veya gebelik için taşıyıcı anneliği gerektirir. Bu teknolojinin elektif bir doğası olması nedeniyle gizli kalması gereken danışmalık ve HIV testi yapılmalıdır. İleride çocuklarının HIV'e maruz kalmamaları için tedaviye mümkün olduğunca sadece HIV negatif olan hastalar alınmalıdır.
 7. Emzirme: Güvenli alternatif emzirme metodları mevcut olan toplumlarda HIV ile enfekte annenin çocuğunu emzirmesi etik değildir. Eğer alternatif emzirme yöntemleri yeterince güvenli değilse etik açıdan bebeğin emme hakkı HIV riskinin önüne geçebilir.

Llujbljana, 1996

HIV ve FERTİLİTE TEDAVİSİ

Giriş

1. Son yirmi yılda HIV viral epidemisi 20 milyon üzerinde, genç üreme çağındaki kişinin ölümüne sebep olmuştur. Etkili antiretroviral (ARV) ajanların geliştirilmesi ile HIV ile enfekte hastalarda hayat beklentisi ve hayat kalitesi 10 yılda belirgin şekilde artmıştır. (39 milyon, çoğunluğu üreme çağında, büyük kısmı kadın). Perinatal geçişte belirgin bir azalma olması ile ciddi viral hastalığı olanlarda üreme ile ilgili kısıtlamalar değiştirmiştir.
2. ARV tedavi uygulaması ile anneden çocuğa geçiş (AÇG) %15-35 gibi rakamlardan özellikle 3.trimesterde dikkatli zamanlanmış doğum ve planlanmış doğum yöntemleri ve emzirmenin engellenmesi ile %2 gibi bir rakama düşürülmüştür.
3. Olanakları zengin olan ülkelerde ARV tedavinin büyük başarısı nedeniyle HIV ile enfekte eşlerin yardımcı üreme teknikleri kullanılarak ve nasıl güvenli yöntemlerle çocuk sahibi olacaklarını öğrenme çabalarında ciddi bir artış görülmüştür. Günümüzde HIV ile enfekte çiftlere yardımcı üreme teknikleri uygulayan merkezler sadece özel merkezlerde kısıtlanmalıdır. Eğer enfeksiyon AIDS safhasına ilerledi ise prognoz ve riskler çok ciddi olacaktır için bu çiftlere önerilmemelidir.
4. HIV ülkelere ciddi yükler getirmektedir. Özellikle ARV tedavinin faydalarından yararlanmaya gücü yetmeyen ülkelerde sıkıntılı etik sorunlar oluşur. Kaynakları az olan ülkeler temel sağlık hizmetlerinin bile sağlanmaması ile karşı karşıyadır. Bunların ötesinde bu ülkelerde hastadan sağlık personeline ve anneden çocuğa bulaşma, korunma hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle çok fazladır.
5. Enfekte çiftlere infertilite tedavisinin sağlanmasında bazı faktörler göz önüne alınmalıdır. Bu faktörler, enfekte olmayan

eşe horizontal bulaş, hasta uyumu, enfekte kişinin riskli yaşam şekli ve beklenen yaşam süresi, enfekte kişinin ciddi hasta olması veya ölmesi durumunda destek hizmetinin olup olmamasıdır.

6. Virüsün bulaşması ve korunma yolları hakkında eğitim esastır. Eğitim hizmet sağlayıcılara da verilmelidir. Eğitim korunmalı cinsel ilişki, yıkanmış sperm ile inseminasyon veya diğer infertilite nedenleri varsa diğer yöntemleri içermesi yönünden önemlidir.

Öneriler

1. Tüm üreme çağındaki kadın ve erkeklere HIV ile enfekte olup olmadıklarını öğrenmenin getireceği tıbbi yararları hakkında ikna etmek için tüm çabalar gösterilmelidir.
2. HIV'li kadına (ve erkeğe) veya HIV pozitif eşi olan üreme arzusu olanlara kendi sağlıkları, eşlerinin sağlığı ve çocuğun ilerdeki sağlığı açısından gerekli uygun tavsiyeleri vermek önemlidir. Seropozitif çiftlerin yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olması kadının ve fetüsün virüs maruziyetini düşürür, başarısı kanıtlanmıştır ve bu nedenle uygun vakalara bu yöntemler önerilebilir.
3. ART tedavisine ulaşılabilirlik; seropozitif HIV olanların ve hastaların yardımcı üreme tekniklerinden faydalanması iletilmeli ve eşit düzeye getirilmelidir.
4. Yardımcı üreme tekniklerine ulaşılabilirlik için sınırlamalar ayrımcılık zemininde olmadan belirlenmelidir. Hayat kadınları da dâhil olmak üzere tüm kadınların kendi cinsel yaşam şekillerini belirlemeleri bir insan hakkıdır.
5. HIV bulaşını önleyecek yolların ve halk için olan bilgilendirmelerin üreme çağının çeşitli dönemlerindeki kadın ve erkeklere ulaşımını sağlamak en önde gelen konudur. Bunun sağlanmasında tüm bu konu ile ilgilenen derneklerin ve klinisyenlerin görevi bulunmaktadır. Seropozitif sağlık

Çalışanların hastayı riske atmayacak şartlarda çalışmalarını sağlamak zorunluluktur.

6. Yüksek riskli davranışlar hakkında bilgi vererek korunmayı sağlamak için esastır. Virüsün yayılmasını önlemek ve gelecekteki çocuğa geçişini önlemek için gebelik sırasında antiviral tedaviyi kabul etmek gibi sorumlu davranışların gerekliliğinin altı çizilmelidir.

Luxor, Kasım 2005

KADINDA OOSİT VE OVER KRYOPREZERVASYONU İLE İLGİLİ ETİK KONULAR

Çocuklukta veya üreme çağındaki kadınlardaki kanser tedavisiyle uzun dönem yaşam mümkün olduğu için ilerdeki yaşamlarında fertilitate korunma ve çocuk sahibi olma isteği sıklaşmıştır. Bu kadınların ve eşlerinin küçük bir kısmı için maddi imkanları uygunsa in vitro fertilizasyon ve embriyoların depolanması mümkün olmaktadır. Oosit ve over kriyoprezervasyonu ile transplantasyon başarısındaki artışa bağlı olarak ilerisi için daha fazla seçenek elde edilmektedir.

Over veya oosit kriyoprezervasyon düşünülecek vakalarda sperm bağışında olduğu gibi ulaşım, maliyet ve etkinlik konuları göz önüne alınmalıdır. Ayrıca kişinin ilerde kendi üreme potansiyelini düşünecek kadar uzun yaşayacağı konusunda gereksiz bir umut verilerek kendi kararlarını verecek olan erişkinler için etik bir problem ortaya çıkmaktadır. Etik problemler, ebeveynlerin çocuklar için vekil tayin etmeye çalıştıkları zaman daha da artmaktadır.

Kanser tedavisi primer tıbbi amaç olmalıdır. Over stimülasyonu, oosit toplamak için, over transplantasyonu için çıkarılması gerçekleştirmek için tedavinin ertelenmesi dikkatli olarak düşünülmelidir. Tedavi üzerine de ciddi bir etkisi olmamalıdır.

Uzun dönem fertilitate sonuçlarının değerlendirilmesi kanser tedavisinin şekli ve süresine bağlıdır. Uterusa radyasyon uygulanması veya alınması gibi tedavi yöntemleri kişileri kendi gametleri ile taşıyıcı anneliğe yönlendirebilir. Bu yöntemler kullanımı sırasında hasta ile tartışılmalıdır.

Öneriler:

1. Eğer hastanın reproduktif durumu izin veriyorsa en kolay yapılabilen standardize ve efektif ilk olarak tercih edilebilen yöntem IVF veya embriyo dondurulmasıdır.

2. Oositlerin ve over dokusunun kriyoprezervasyonu şu anda belirsiz etkinliğe sahiptir. Bu tarz yeni tekniklerin kullanılması etkinliğinin ve sonuçlarının belirlendiği titizlikle yapılandırılmış araştırma ünitelerinde sınırlandırılmalıdır.
3. Yetersiz deneyim veya araştırmanın olduğu tekniklerde, hekim bu tedavi yöntemlerin başarısından söz ederken yarar ve zarar oranları hastanın ebeveynleri ve kendisine belki de hiğ yarar göremeyeceğini anlayacakları şeklinde anlatılmalıdır.
4. Hekimlerin araştırmaları ile başarı, etkinlik ve potansiyel riskler – kriyoprezerve hücrelerden malign hücre geçişi- ilerletmeleri bir zorunluluktur.
5. Uzun dönem depolamayı da içeren maliyet, kullanımdan yok edilmesine kadar olan zaman aralığı geliştirilmelidir ve bu seçenekler göz önüne alınarak konuşulmalıdır.
6. Kanser insan hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve bu nedenle kriyoprezervasyon için onam formlarının için hazırlıkta açıklık oldukça önemlidir. İlk olarak kanser yetişkinleri etkileyebilir. Bu durumlarda kişi kendi kriyoprezervasyonu verme veya vermeme hakkına hukuki olarak karar verme hakkı olduğu sürece sahiptir. Eğer yetişkin ehil değilse kanunlar yeterli yetkisi olan vekil karar veren atamadığı sürece doku alınması ve depolanmasına izin verilemez. Eğer söz konusu olan küçük çocuksa bu durumda karar verecek olan çocuk için en iyi olanı düşünecek olan ebeveynleridir. İleri dönemde reproduktif kapasitenin olası korunması bazı durumlarda çocuğun iyiliği için yargının kararı olabilir. Ebeveynler overin ve over dokusunun o dönemde oluşturacağı riskler ile ilerideki reproduktif potansiyelin korunması seçeneği gibi bir yararın arasındaki dengeyi kurarak karar vermelidirler. Doku alınıp saklandığında genç yeterli olgunluğa ulaştığında kullanım seçenekleri sunulmalıdır. Eğer kişi ehil yaşa gelmemiş fakat yaklaşmışsa, bu her zaman kendi kararlarını veremez anlamına gelmemelidir. Olgun genç insanlar genellikle kendileri hakkında en iyi kararı verecek durumdadırlar. Eğer konu ile ilgili bilgileri anladılarsa

karar vermelerine izin verilmeli ve son karar verilirken bu kullanılmalıdır.

7. Kanser herhangi yaşıta ortaya çıkabileceği için kriyoprezarvasyon için olan onam formlarının içeriğine hukuki çerçevelerde özellikle hassas olmak gereklidir.
8. Gelecekte çocuk isteği olması maddi ve coğrafi nedenlerle bu yollara ulaşabilenlerle sınırlı olmamalıdır. Destekleme fonları geliştirmek için hekimler kanıta dayalı zeminler bulmak zorundadırlar.

Londra, Mart 2005

İATROJENİK VE KENDİ İSTEĞİYLE OLUŞTURULAN İNFERTİLİTE ÜZERİNE ETİK İLKELER

Giriş

1. İatrojenik infertilite hekimin yaptığı işlemlerden örneğin; ilaç reaksiyonu, tıbbi veya cerrahi işlemlerden kaynaklanır. İnfertilite diğer kişilerin vereceği zararlar hatta kişinin kendine verdiği zararlar nedeni ile de oluşabilir.
2. Kadın genital organına zarar verme (sünnet), obstetrik fistül, infertilite tedavisinde kocakarı yöntemleri kullanımı, hidrotubasyon, pelvik yapışıklık oluşturan gereksiz pelvik cerrahi gibi zarar verici işlemler ve bazı tıbbi durumların uygun olmayan yönetimi iatrojenik infertiliteye sebep verir.
3. Gelişmiş ülkelerde erkek ve kadın fertilitelerini %5 nedenini iatrojenik infertilite oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere iatrojenik veya kendinin oluşturduğu infertilite gelişmiş ülkelere göre fazladır. Bu infertilite tedavisinde geleneksel ve kocakarı yöntemlerinin kullanımı ile kadın genital sistemine zarar verme; çeşitli infertilite için kullanılan yardımcı üreme tekniklerinden oosit toplama ve inseminasyon gibi tanınmış ve tedavi yöntemleri sonucu gelişen obstetrik fistül ve sepsis gibi nedenlerden kaynaklanabilir.
4. Postpartum kanama için histerektomi, aşırı küretaj, çocukluk veya üreme çağında çeşitli malign hastalıklar için radyoterapi ve kemoterapi, uterusun ve overin malign veya benign hastalıkları için geniş cerrahi, polikistik over sendromu olgularında geniş over drilling gibi çeşitli obstetrik ve jinekolojik durumların yönetimi sırasında yan etki olarak iatrojenik infertilite gelişebilir.

İlkeler

1. Gerekli cerrahi veya tıbbi tedavinin yan etkisi olarak iatrojenik infertilite bazı durumlarda kaçınılmaz olabilir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanının görevi bu vakalarda oluşabilecek iatrojenik infertilite insidansını düşürmek için tüm gerekli tedbirleri almaktır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı kadının bu risklerden haberdar etmelidirler.
2. Endoskopik veya açık cerrahi yaptığında pelvik adezyon riskini en aza indirmek için genç kadınlarda ve kızlarda pelvik cerrahi yapan kadın doğum uzmanları ve cerrahlar mikrocerrahi teknikler ve önlemleri akıldan çıkarmamalıdır.
3. Kadın doğum uzmanları ve cerrahlar ne kadar basit olursa olsun tüm tanısal ve tedavi amaçlı işlemleri tamamen aseptik koşullarda gerçekleştirmek gerektiğini akıldan çıkartmamalıdır.
4. Adezyon önleme bariyerleri cerrahi sonrasında yapışıklık oluşumunu önleyebilirler. Fakat yapışıklık oluşumunu ve tekrarlamasını tamamen önleyemezler. Adezyon oluşumu ve tekrarlamasını önleyecek yöntemler için tıbbi araştırmalar desteklenmelidir.
5. Postpartum kanaması olan hastalara eğer mümkünse histerektomiye en son yapmak için alternatif tedavilerden prostoglandin uygulaması, uterin veya iliak arterin ligasyonu veya D-lync sütürü atılması düşünülmelidir.
6. Üreme organlarının çeşitli benign hastalıkları olan ailesini tamamlamamış genç kadınlarda eğer mümkün ise konservatif tedaviler, fertilite koruyucu cerrahi ve teknikler uygulanmalıdır.
7. Üreme organlarının erken evre malign hastalıkları olan ailesini tamamlamamış olanlar bu alandaki var olan kanıtlara dayanılarak alternatif fertilite koruyucu cerrahiye yönlendirilmelidir. Eğer fertilite koruyucu cerrahi veya tıbbi tedaviyi seçerlerse bu hastaların yakın takibi ayarlanmalıdır.

8. Prematür over yetmezliğini önlemek için tüm önlemler alınmalıdır. Bunlar, malign hastalıkların radyoterapi veya kemoterapi ile tedavisi öncesinde over transpozisyonu veya embriyo, oosit ve over kriyoprezarvasyonu yapılmasını içerir. Hastaya dondurulmuş-çözülmüş over dokusu, embriyo, gamet oto transplantasyonu yapılmadan önce hasta ve yakınları ile kanıtlanmış riskleri de dâhil olmak üzere görüşülmelidir.
9. Özellikle kaynakları fakir olan bölgelerde gebe kadınlara sağlanan obsterik bakımın kalitesinin artırılması için her türlü çaba gösterilmelidir. Gebe kadında antenatal ve intrapartum bakımın artırılması ve acil obstetrik bakım ile iatrojenik infertiliteye sebep olabilecek obsterik fistüllerin önlenmelidir.
10. Kadının toplumda güçlenmesi ve özellikle okul çağı çocuklarının olmak üzere toplumda sağlık eğitiminde artma ile çeşitli üreme sağlığı konusu olan cinsel sağlık, evlilik öncesi danışmanlık, kocakarı yöntemlerinin tehlikesi, güvenli olmayan düşük, obsterik fistüller ve kadın cinsel organına zarar verme (sünnet) gibi nedenlerle oluşan iatrojenik ve diğer nedenlere bağlı infertilite önlenmiş olur.

Londra, Mart 2006

GEBELİK VE MATERNAL/FETAL KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Eylem Ünlübilgin

BEKLENMEYEN ANİ MATERNAL ÖLÜMLERLE İLİŞKİLİ GEBELİKLERİN YÖNETİMİNE İLİŞKİN ETİK İLKELER

- 1- Bir gebe, beyin ölümü nedeniyle veya dolaşım ve solunum fonksiyonlarının yetmezliği sonucunda oluşan ölüm durumunda ölüm olarak ilan edilirse, fetüsün yaşamı ve iyilik hali acilliği olan önemli bir sorun olmaktadır.
- 2- Durumun yönetiminde alınacak karar, kadının yakın geçmişte açıkça belirttiği isteklerine karşı olmadığı sürece, kadının dolaşım ve solunumunu sağlayan her türlü girişimin yapılması olmalıdır.
- 3- Olası seçenekler şunlardır:
 - a) acil sezaryen
 - b) fetüsün maturasyonunu elde edinceye kadar kadının solunum ve dolaşım fonksiyonlarının sağlanması için sürekli gayret gösterilmesi
 - c) kadının ventilasyon ve dolaşım desteğinin kesilmesi
- 4- Dikkate alınan konular arasında:
 - a) fetüsün yaşama kabiliyeti
 - b) fetüsün muhtemel sağlık durumu
 - c) anne tarafından belirtilmiş olan istek
 - d) eşinin ve/veya aile üyelerinin görüşleri
- 5- Kadının vital organ fonksiyonlarına destek sağlanamadığı, desteğin imkânsız olduğu hallerde, istisnai durumlar olmaması koşuluyla derhal sezaryen ile doğuma başvurulmalıdır, müdahaledeki gecikme fetüsün zarar görme ihtimalini arttırır. İstisnai durumlar:
 - a) Böyle bir harekete kadının yakın geçmişte ve açıkça karşı

- olduğunu belirttiği durumlar
- b) fetüs ileri derecede immatür ise veya muhtemel sağlık durumu kötüyse
- 6- Fetüsün matürasyonunu sağlamak için gebeliğin devamının gerekliliği anlatılarak, hastanın eşinden ve aile fertlerinden aydınlatılmış onam formu almak için danışmanlık vermek gerekir.

Londra, Eylül 1998

TIBBİ OLMAYAN NEDENLERLE YAPILAN SEZARYEN DOĞUMLARLA İLGİLİ ETİK GÖRÜŞLER

- 1- Tüm dünyadaki sağlık çalışanları yıllarca sezaryen ile doğum hızındaki artışlarla ilgilenmişlerdir. Tıbbi, yasal, psikolojik, sosyal ve finansal faktörler gibi pek çok faktörün bu artışa katkısı olmuştur. Bu yöntemin sıklıkla kullanımını azaltmak amacıyla yapılan çalışmalar umut kırıcı olmuştur.
- 2- Sezaryen hem anne hem çocuk için potansiyel riskleri olan cerrahi bir müdahaledir. Sezaryen, vajinal doğumdan daha fazla sağlık bakımı gerektirir.
- 3- Konusunda uzman hekimler hastalarına zarar verebilecek hiçbir şey yapmazlar. Sağlık açısından yararı açıkça kanıtlanan tedavi ve yöntemler için sağlık kaynaklarının akılcıca paylaşılabilmesi topluma karşı olan ahlaki sorumluluklarıdır. Doktorlar tıbbi avantajı olmayan bir müdahaleyi yerine getirmek için zorlanamazlar.
- 4- Son zamanlarda artan bir oranda bazı toplumlarda kadınlar, tıbbi nedenlerden çok kişisel nedenlerle sezaryen ile doğum yapmalarını, doğum uzmanlarından istemektedirler.
- 5- Hâlihazırda, vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında, tıbbi olmayan nedenlerden dolayı yapılan term sezaryen doğumların rölatif risk ve yararını gösteren güçlü kanıtlar yoktur. Bununla birlikte mevcut kanıtlar normal vajinal doğumun hem anne hem çocuk açısından kısa ve uzun dönemde daha güvenilir olduğunu göstermektedir. Uterusa yapılan cerrahi müdahale daha sonraki gebelikler ve doğumları etkileyecek sonuçlar yaratır. Ek olarak tıbbi gerekçeler olmadan doğal yöntemlerin yerine doğal olmayan doğum metotlarının yer alacağı doğal endişesi vardır.

- 6- Doktorların bu konuda kadınları bilgilendirme ve fikir verme sorumluluğu vardır. Hâlihazırda sezaryen ile doğumun kesin olarak yararını gösteren kanıtlar olmadığından, tıbbi nedenler dışında yapılan sezaryen etik olarak geçerli değildir.

Londra, Eylül 1998

FETÜSÜN İYİLİK HALİ İÇİN GEREKLİ MÜDAHALELERLE İLGİLİ ETİK İLKELER

1. Pek çok kadın eğer gerekli bilgi ve desteğe ulaşabilirse, sağlıklı normal doğum ve bebek şansını artırmak için harekete geçer.
2. Gebe kadına ihtiyacı olan destek verilerek fetüse yapılan bakım, hem annenin hem fetüsün iyi olacağına dair olumlu beklentinin artmasını sağlar.
3. Fetüs, uygulanan bakımdan fayda görebilir ama, bununla beraber fetüs, tamamen anneye bağımlıdır ve herhangi bir tedavi ancak anne vücudu yoluyla fetusa ulaşabilir.
4. Kadınların çoğunluğu sağlıklı bir çevreye sahip olmak için belli bir tutum sergilerken ve bebekleri adına riskleri almaya dahi hazırlarken, kendi menfaatleri ile uyuşmayan bazı durumlar olabilir:
 - a. annenin davranışları hem fetüs hem kendisi için riskler oluşturabilir (örn. Alkol, tütün ve ilaç kullanımı, antenatal bakıma uygun bir şekilde devam etmemesi gibi.)
 - b. anne, fetüsün iyilik halini koruyabilmek amacıyla, fetal endikasyonlar nedeniyle gereken sezaryen ile doğum da dahil olmak üzere gerekli tanı koydurucu yöntemlerle, medikal veya cerrahi yöntemleri kabul etmemeyi seçebilir.
5. Sağlık ekibi empati ve sabırla anneye tavsiyede bulunmak ve anneyi tamamen bilgilendirmekle ve ihtiyaç olduğunda destek hizmeti sağlamakla sorumludur. Anne daha sonra önerilen tıbbi tavsiyeyi kabul edebilir ve/veya yaşam tarzını değiştirebilir.
6. Ancak, hiçbir kadın kendi hayatını veya bebeğinin sağlığını korumak için dilemediği tıbbi ya da cerrahi yöntemlere katlanmak için zorlanmamalıdır. Çünkü bu durum gebenin

otonomisinin ve temel insan haklarının ihlali olacaktır.

7. Bir kadın tıbbi veya cerrahi tedaviye rıza vermeyi reddettiği (informed refusal) zaman mahkemeye veya hukuki müdahaleye başvuru uygun değildir ve genellikle amaca zararı dokunur.
8. Eğer annenin tıbbi karar verme yeterliliği bozulmuşsa, sağlık çalışanları öncelikle anne ve ikinci olarak fetüsün menfaatlerine en uygun şekilde hareket etmelidirler. Ailesinden veya diğerlerinden alınan bilgi annenin isteğinin ne olduğunu anlamak için yardımcı olabilir.
9. Reşit olmayan gebeler tıbbi veya cerrahi yöntemlere ilişkin aydınlatılmış onam vermek için yeterli kabul edilmeli, onların istekleri gözetilmelidir. Bu gebelerin yeterli olmadığı düşünüldüğü zaman gebeye ilgili yaklaşıma karar verilirken yakın akrabalarına danışılmalı, uygunsa mahkemeye gidilmelidir.

Kahire, Mart 1998

GEBELİĞİN TANIMI

İnsanın doğal üremesi, erkek ve dişi gametlerin üretimi ve onların fertilizasyonda birleşmesiyle oluşan bir süreçtir. Gebelik, bir kadında konseptüsün¹ implantasyonu ile başlayan bir süreçtir ve bebeğin doğumu² veya düşükle³ sonlanır.

¹Bunun doğrulanması genellikle implantasyondan 3 hafta veya daha sonrasında mümkündür.

²WHO'nun doğum tanımı: 22 hafta veya daha fazla gestasyonel yaş.

³Bazı vakalarda konsepsiyonun ölmüş ürünleri resorbe edilebilir veya uterusin kavitede tutulabilir.

Kahire, Mart 1998

CİDDİ MALFORMASYONLU FETÜSLERİN YÖNETİMİNDEKİ ETİK GÖRÜŞLER

1. Kurul ciddi malformasyonlu fetüs taşıyan bir kadının etik olarak gebeliğinin sonlandırılması hakkına sahip olduğunu kabul etmiştir.
2. 'Ciddi' nitelemesi bu bağlamda, ebeveynlerin ve onların tıbbi danışmanlarının görüşleri de alınarak, potansiyel olarak ölümcül veya tıbbi tedaviyle bile olası kabul edilemez mental ve/veya fiziksel maluliyetle sonuçlanan yapıya sahip malformasyonları belirtmek için kullanılır.
3. Kurul gebeliğin sonlandırılmasını takiben prematürite yükü eklenmiş malforme fetüsün yaşaması ile sonuçlanan durumların etik olarak kabul edilemez olduğunu hissettirmiştir. Ölümcül olmayan bir malformasyona sahip fetüs bağımsız bir hayat yaşayabilir, bu nedenle sonlandırma kararı vermek için önce çok dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.
4. Yasal, dinsel veya diğer sebeplerden dolayı gebeliğin sonlandırılması uygun bir seçenek olmayabilir. Bazı durumlarda danışmanlık vermek ve aydınlatılmış onam istemek için fetal malformasyonu gösterebilmek amacıyla ultrason muayenesi gibi tanı koydurucu tekniklerin kullanımı özellikle önemlidir. Fetal malformasyonların tesadüfen tanısı konulur ya da şüphelenirse, bu durum kadına ifade edilmeli ve aynı zamanda kadının istekleri soruşturulmalıdır.
5. Eğer malformasyonlar cinsiyetle ilgili değilse, fetüsün cinsiyetinin gebeliğin sonlandırılması kararını etkilemesine izin vermek etik değildir.
6. Hem normal hem malformasyonlu fetüslerin bulunduğu çoğul gebeliklerde, annenin sağlığını riske atacak

nadir durumlar dışında, gebeliğin devamına karar verilmesinde normal fetüsün yaşam hakkı önce gelmelidir.

7. Ebeveynlerin önerilen yaklaşım planı konusunda anlaşmazlığa düşmeleri durumunda, kadının görüşü karar verme konusunda önce gelmelidir.
8. Ebeveynlerin tıbbi danışmanı, gebeliğin sonlandırılması için ailenin isteklerini kabul edemediğinde, ikinci bir görüş aramalarını tavsiye etmekle sorumludur.
9. Gebeliği sonlandırma kararı öncelikle ebeveynler tarafından alınmalıdır. Onlara parasal ya da demografik nedenler yüzünden tıbbi yada devlet tarafından zorlama yapılmamalıdır.
10. Gebeliğin sonlandırılmasını takiben sağlık ekibi ailenin onayı ile fetal malformasyonu doğrulamak ve belgelemek ve ayrıca danışmanlık ve bilgi vermekle görevlidir (örn. Doktor muayenesi, kromozomal çalışmalar gibi).

Kudüs, 1995

PRENATAL TANIYI TAKİBEN GEBELİĞİN SONLANDIRILMASINDAKİ ETİK GÖRÜŞLER

1. Modern prenatal tanı metotları konsepsiyonun normal ve patolojik yapısı hakkında bilgi verir. Patolojik durumlar ilk olarak prenatal dönem, bebeklik, çocukluk veya erişkin hayat boyunca ortaya çıkabilir. Anormalliklerin yada hastalıkların spektrumu, yaşam süresini veya kalitesini en az şekilde etkileyecek yada ciddi sakatlığa ve yaşam süresinin kısalmasına neden olacak şekilde değişir.
2. Prenatal tanı istenen kadın, onam vermeden önce bu test bilgileri sonrasında gebeliğin devam edemeyebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Bazı bilgiler fetüsün cinsiyeti ile bağlantılı olabilir. Ortaya çıkan fetal hastalık veya malformasyonlar, yasal veya kişisel olarak gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmeyecek türden olabilir.
3. Prenatal tanıyla edinilen bilgiler ile gebeliğin sonlandırılmasının yasal olduğu ülkelerde gebeliğin sonlandırılması mümkündür. Bu durum, bu yaklaşımı haklı çıkaran, yaşam kalitesinin azalması ve anormalliğin derecesi hususunda ciddi etik soruların artmasına neden olur. Danışmanlık sonrası ebeveynlerden özellikle kadının tavrı karara ulaşmakta büyük öneme sahiptir. Belirli bir seçeneğin kabul edilmesi amacıyla çiftleri etkilemek için baskı yapılması herkes için etik dışıdır.
4. Doktorlar ailenin mükemmel bebek isteğinin farkında olmalıdırlar. Bununla beraber bu arzu gerçekçi değildir ve ebeveynlere buna göre danışmanlık verilmelidir.
5. Hastalık tedavi edilebilirse ve gelecekteki yaşamı önemli derecede etkilemeyecekse, sonlandırma uygun bulunmamalıdır.

6. Ebeveynlerin uygun karara ulaşması için imkân verildiğinde, birinci kaygı bebeğin yaşam kalitesi ve uzun bir ömür olmalıdır. İkinci olarak göz önünde tutulması gereken nokta, bu çocuğun doğumu ve hayatı ile kadının kendisinin ve ailesinin etkilenecek olmasıdır. Bu bakımdan, gebeliğin sonlandırılmasının kadın ve ailesi üzerindeki fiziksel ve/veya psikolojik etkilerine önem verilmelidir. Üçüncü olarak uzun vadede bakım için desteğin sağlanması ve kaynakların uygunluğu önemlidir.
7. Bir kişinin hastalığıyla ilgili özel bir sorun tespit edilirse, bu sorunun, yetişkin hayata kadar ortaya çıkmama ihtimali olmayabilir. İlerleyen yıllarda tıbbi gelişme olasılığı dikkate alındığında bu sorunun tedavisi veya hafiflemesi mümkün olabilir. Danışmanlık sürecinde bu ihtimaller akılda tutulmalıdır.

1991

ANENSEFALİ VE ORGAN TRANSPLANTASYONU

FIGO İnsan Üremesi Etik Görüşler Daimi Komitesi tarafından anensefali ve organ transplantasyonunun durumu tartışıldı ve bir bildiri yayımlandı.

Anensefalik infantların organlarının transplantasyon için kullanılması ile ilgili raporlar mevcuttur. Yararlılık etik prensibi ile savunmasızın korunması prensibi arasında bir çatışma olduğu itiraf edilmelidir. Bir taraftan, yararlılık ilkeleri, iyilik yapma zorunluluğu, organ ihtiyacı olan bir insan için geçerli olabilir. Diğer taraftan, savunmasız bir yenidoğanın korunması ilkeleri nedeniyle, anensefalik infantın bir başkasının yararı adına muamele görmesine karşı korunması gerekebilir.

Potansiyel etik yayınlar ışığında aşağıdaki ilkeler komite tarafından geliştirilmiştir.

1. Danışmanlık verilip, tamamen bilgilendirilmesi sağlandıktan sonra anensefalik gebeliği sürdürmeyi tercih eden kadın için organ bağışlamayı seçmesinin amacının, etik temele dayandığı kabul edilmelidir.
2. Bir bebek yaşam belirtileri ile doğarsa fakat ön beyni yoksa (anensefal) ve bu nedenle yaşama umudu yoksa bu bebekte beyin ölümü olduğu açıklanabilir ve ailenin onayı ile organ bağıışı için ventilatöre alınabilir. Ölümün yerel yasal tanımlamaları bağlayıcıdır fakat bilimsel gelişmelere yetişmek için yeniden incelenmelidir.

1988

OBSTETRİK FİSTÜLLERDE ETİK KLAVUZLAR

Giriş

1. Genital fistüller kadında çeşitli nedenlerle oluşan ızdıraplı bir durumdur. Gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen ve en yıkıcı olan genital fistül tipi obstetrik fistüllerdir. Obstetrik fistüller doğumun tamamen önlenemeyen bir komplikasyondur, bir kadın uzamış zor bir doğuma maruz kalırsa ve derhal operatif doğuma alınmazsa oluşur. Neredeye tüm olgularda annenin bebeği ölür ve kadın kronik üriner inkontinans ile baş başa kalır. Nadiren fekal inkontinans veya her iki inkontinans tipi de görülür.
2. Bir zamanlar tüm dünyada yaygın olan obstetrik fistüller, gelişmiş ülkelerde iyileşmiş obstetrik bakımla hemen hemen ortadan kalkmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde iki milyondan fazla kadında obstetrik fistül görülür. Çoğunluğu genç kadın ve adölesanlarda olmak üzere her yıl 50.000-100.000 yeni olgu oluşur. Verilen rakamlar tedaviye gelen hasta sayısına göre oluşturduğu için eksik tahmin edilmiş olabilir. Maternal mortalitenin yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde fistül her 1000 gebelikte iki-üç olguda görülebilir.
3. Gelişmekte olan ülkelerde obstetrik fistül prevalansına sosyokültürel ve sağlık sistemi faktörleri gibi pek çok faktör katkıda bulunur. Bunlar, acil obstetrik bakımın olmaması, genç yaşta ilk gebelik ve doğum, aşırı formda kadın sünneti uygulaması, cinsiyet ayırımı, yoksulluk, yetersiz beslenme ve kötü sağlık hizmetleridir.
4. Tedavi edilmemiş fistüllerin pek çok tıbbi, sosyal ve psikolojik sonuçları vardır. Sıklıkla ülserasyon, enfeksiyon, bacakta sinir hasarı, böbrek hastalıkları, dehidratasyon, depresyon ve intihar dahil erken ölümler olabilir. Fistülü olan kadın sıklıkla kocası ve ailesi tarafından terk edilebilir veya toplumdan sürgün edilir. Maalesef fistülü olan pek çok kadın ya fistül tedavisinin olduğundan habersizdir ya da tedaviye ulaşamamaktadır.

5. Bu hastaların sadece tıbbi bakıma değil ayrıca sosyal ve psikolojik desteğe, toplumla bütünleşmeye de ihtiyaçları vardır.
6. Deneyimli cerrahlar tarafından yapılan fistül onarımının başarısı %90'a kadar yükselbilmektedir. Başarılı bir tedaviden sonra kadınların çoğu tüm aktivitelerini sürdürebilirler, bir sonraki doğumları sezaryenle yapılabilir. Ancak obstetrik fistüllerin yaygın olduğu ülkelerde, pek çok hasta için hizmet yetersiz, erişilemez veya satın alınamaz özelliindedir.
7. Fistüllerin önlenmesi için oluşturulan programlar maternal morbidite ve mortalitenin süregelen trajedisini azaltmak için de büyük katkı sağlayacaktır.

Öneriler

1. Gebelik ve travayda tüm kadınların yeterli sağlık hizmeti almasını sağlamaya öncelik verilmelidir. Doğum sırasında komplikasyon gelişen kadınların acil obstetrik bakım alması sağlanmalıdır.
2. Obstetrik fistüllerin azaltılması için, genel sağlığın düzeltilmesi, kızların beslenmesi ve kadın statüsünün geliştirilmesi, yükselmesi, erken evliliklerin, erken doğumun ve yüksek paritenin önlenmesi ve ihtiyacı olan herkese uygun aile planlaması hizmetinin verilmesi gerekir.
3. Gelişmekte olan ülkelerde zor doğumun nedeni olarak görülen kadın sünneti eradikasyonu için uygun stratejilere ihtiyaç vardır.
4. Obstetrik fistüller bertaraf edilinceye kadar öncelikle, tedavi için uzmanlaşma ile beraber yeterli ekipmana sahip merkezler kurulmalıdır. Tüm ülkede işbirliğinin sağlanması mutlaka gereklidir.

5. Obstetrik fistüllerin yönetiminde koordine bir ekibin yaklaşımı gerekir. Basit vakalar yerel hastanelerde ele alınabilirken, daha zor vakalar uzmanlaşmış bölge hastanelerine gönderilmelidir.
6. Obstetrik fistüllerin önlenmesi ve tedavisinde gelişmekte olan ülkelerin tıp okullarında üreme sağlığı eğitim programına bu konu uygun bir biçimde yerleştirilmelidir. Obstetrik fistülün sık görüldüğü ülkelerde gerekli olan cerrahi uzmanlığı sağlamak için mezuniyet sonrası eğitiminde obstetrik fistül onarımı da olmalıdır.
7. Sağlık eğitimi kampanyaları önemli boyutta obstetrik fistül tehdidi altındaki toplumları hedeflemelidir. Fistül nedenlerine ve önleme yollarına hitap eden güçlü mesajlar hazırlanmalıdır ve hedeflenen toplumlarda farklı dinleyiciler için uygun hale getirilmelidir. Sağlık çalışanları, obstetrik fistüllerin gizli ve ciddi trajedisine yönelik olarak sivil toplum, halk ve dini liderler arasında ittifak yapmalıdır.
8. Ulusal obstetri ve jinekoloji dernekleri ulusal stratejileri belirlemek ve obstetrik fistülleri ortadan kaldırmak için United Nations Population Fund, WHO ve FIGO'nun dahil olduğu Global Campaign for the Elimination of Fistula'nın ortaklarının yardımları ile kendi hükümetlerini teşvik etmelidir. 2005 dünya sağlık raporunda (World Health Report) WHO'nun beyan ettiği gibi, ortak davranış modelleri fistülleri ortadan kaldırabilir ve kötü durumda olan ve zarar gören kızların ve kadınların tedavisi yapılarak, saygın şekilde yaşamaları sağlanabilir.

Londra, Mart 2006

GÜVENLİ ANNELİK

Giriş

1. Annelik hastalık değil sosyal bir durumdur. Toplumlar, kendi türümüzün devamını sağlamak için, eğer kadın bu sosyal fonksiyonunun riskleri ile karşılaşır, kadının yaşama hakkını korumakla yükümlüdürler. Maternal sağlık bakımı sadece maternal mortalite ve morbiditeyi önlemek için önemli olmakla kalmaz ayrıca perinatal mortalite ve morbiditenin büyük yükünü azaltmak için de önemlidir.
2. Tüm dünyada her yıl yaklaşık 600.000 kadın –dakikada bir kadın- gebelik ve doğum nedeniyle ölmektedir, ortalama maternal mortalite hızı (MMH) 400/100.000 canlı doğumdur. Bu ölümlerin %99'u fakir ülkelerde oluşmaktadır. Kadının tüm yaşamında gebelik nedeniyle ölüm riski Afrika'da 1/19 iken Avrupa'da 1/9850'dir.
3. Maternal mortaliteyi azaltmak Birleşmiş Milletler Milenyum Gelişme Hedefi'dir. Hedef 2015'e kadar MMH'yi %75 azaltmaktır. Kararlaştırılan ortak çabalar olmadan bu amaç özellikle Afrika'da Büyük Sahra'nın güneyinde ve Güney Asya'da başarılamayacaktır.
4. Gebelik boyunca maternal ölüm nedenlerinin üçte birinden daha fazlasının ana nedeni kanamadır.
5. Maternal ölümlerin büyük bölümü doğum sırasında oluşur. Pek çok durumda gebe kadın hakkı olan herhangi bir yetişmiş eleman bakımı olmaksızın doğum yaptığı için ölmektedir.
6. Geleneksel doğum bakımı elemanlarının eğitimlerinin tek başına maternal mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı kanıtlanmıştır. Gebelik ve doğumda hayatı tehdit eden komplikasyonlara yaklaşım, geleneksel doğum bakımı elemanlarının sağlayamayacağı hizmetlere ihtiyaç duyar.

7. Maternal ölümler hemen daima uygun bakımın sağlanmasında üç gecikme ile ilgilidir: hayatı tehdit eden komplikasyonların tanınmasındaki gecikme, tıbbi ortama transferde gecikme ve uygun obstetrik tedaviye erişmede gecikme.
8. Önlenebilir anne ölümlerini engellemek için minimum sezaryen hızının %5 civarında olması tahmin edilmektedir. Ancak maternal mortalitenin yüksek olduğu ülkelerde sağlık olanaklarının ve yetişmiş personelin eksikliği nedeniyle sezaryen hızı %1'in altındadır.
9. Erken yaşta evlilik, erken yaşta gebelik (18 yaştan küçük), doğum aralıklarını çok yakın olması (2 yıldan az), ileri yaş (40 yaş üstü), çok sık gebelik, cehalet, yetersiz beslenme, uygun kontrasepsiyon yöntemlerine ulaşamamak ve emzirmenin kontraseptif değerine aşırı güven maternal mortaliteye neden olan yardımcı faktörlerdir.
10. Her yıl yaklaşık 150 milyon gebelik oluşur. Gebeliklerin yaklaşık yarısı planlanmamıştır. Plansız gebeliklerin yarısı indüklenmiş düşük (induced abortion) ile, bunların da yarısı yani yaklaşık 20 milyonu güvensiz düşükle sonuçlanmaktadır ve yıllık 68.000 ölümden sorumlu olacaktır, bu da genel maternal ölümlerin %10'u civarındadır ve bazı ülkelerde %20 ve üzerine tekabül etmektedir. Ülkeler medikal olmayan nedenlerle kürtaja izin vermek için yasalar yaparlarsa, indüklenmiş düşük sayısında belirgin bir artış olmaksızın bu yöntemden dolayı gelişen genel mortalite ve morbidite dramatik olarak düşecektir.

Öneriler

1. Gebelikle ilgili kadın ölümü özellikle kaynakları fakir bölgelerde kabul edilemez şekilde yüksek kalmaya devam etmektedir. Maternal ölümlerin önlenmesi tüm dünyada toplum sağlığının önceliği olmalıdır. Obstetri uzmanları dernekleri, anne ölümü trajedisini sadece sağlık problemi olarak değil, kadın haklarının zarar görmesi olarak kabul etmeli ve topluma da bu mesajı vermelidir. Sağlık mensupları, bir insan hakkı olan güvenli anneliği desteklemede insan hakları savunucuları ile işbirliği içinde olmalıdır.
2. Maternal ölümlerin asıl sebebi komplikasyonlu doğum sırasında gerekli acil bakımın uygulanmasındaki önlenebilir gecikmedir. Tüm gebe kadınlara doğum boyunca kalifiye doğum bakımının sağlanması için çaba gösterilmelidir.
3. Doğumevlerinde evrensel güveni başarmak için obstetisyenler takım lideri olarak rol almalı ve ekipteki eğitimli ve denetlenen sağlık çalışanlarına uygun sorumluluk ve yetki verilmelidir.
4. Antenatal ve intranatal bakım organize edilmelidir. Hayatı tehdit eden obstetrik komplikasyonları olan her kadın, kan transfüzyonu ve sezaryen gibi acil obstetrik bakım için gerekli insan ve teknik kaynakları sağlayan medikal merkezlere gecikme olmaksızın transfer edilmelidir.
5. Kürtajın yasal olduğu yerlerde, uygun danışmanlık verildikten sonra her kadın medikal ve cerrahi kürtaja erişebilmelidir. Sağlık bakım servisleri mümkün olan en güvenli hizmeti sağlamakla yükümlüdür. Güvenli olmayan düşük yapan kadınlara uygun medikal ve insani tedavi verilmelidir.
6. Doğumlar arasında uygun sürelerin sağlanması için bilgilendirme yapılmalı ve aile planlaması hizmetleri verilmelidir.
7. Maternal ölüm vakalarının gözden geçirilmesi için klinik tanının

dışında altta yatan sebeplerin derinlemesine araştırılması gerekir.

8. Maternal mortalitenin azaltılması; kırsal topluluklar ve uzak bölgelerdeki olanakları yetersiz kadınlar için araç ve finansal ihtiyaçların karşılanması ile uygun nakil araçlarının ve yolların geliştirilmesi gibi tıp dışı politikalara bağlıdır.
9. Obstetrisyenler az kaynakla uygun maliyetli acil obstetrik bakımın nasıl sağlanabileceğinin yolunu göstermelidir. Tüm ülkede uygun maliyetli stratejilerin belirlenmesi için ortak çabalara ihtiyaç vardır.

Londra, Mart 2006

YENİDOĞANLARLA İLGİLİ KONULAR

Çeviri: Op. Dr. Sevgi Koç

KORDON KANI TOPLANMASI İLE İLGİLİ ETİK İLKELER

1. Örneğin lösemi gibi hastalıklarda kan kök hücre transplantasyonu için kordon kanının zengin bir kaynak sağladığının keşfi kordon kanının ve bu kaynaktan organize bir şekilde kan toplanmasına ve ihtiyaç duyulana kadar kordon kanı bankalarında saklanmasına yol açmıştır.
2. Bazı ülkelerde term doğumda kordon kanının toplanması, kordon kanı bankasında saklanması ve kullanılması ticarileştirilmiştir.
3. Kordon kanı toplanması, bankada saklanması ile ilgili annenin doğumdan önce bilgilendirilmiş onay vermesi etik olarak gereklidir.
4. Onay alınırken anneye verilen güncel bilgi: Plasentadaki kanın bebek için bundan sonra gerekli olmadığı ve bu "artık kan"ın bir başka kişinin hayatını kurtarmaya yardımcı olabileceği şeklindedir. Bu bilgi eksiktir ve bilgilendirilmiş onam kabul edilemez.
5. Vajinal doğumu takiben göbek kordonunun erken bağlanması yeni doğan infantın normal dolaşımındaki kanının en azından üçte bir oranında azalmasına ve hemodinamik bozukluklara neden olabilir. Bunlar ciddi morbidite ile sonuçlanabilir.
6. Onay için bilgilendirmede, erken kordon bağlanmasının zararlı etkileri gösterilmeli ve kordon kanı toplanmasında kordonun erken bağlanmayacağı konusunda anneye garanti verilmelidir.

7. Özetle bankada saklanması için kordon kanı toplanmasına izin bebeğin doğumundan sonraki 20-30 saniyeden önce kordonun bağlanmasına neden olmamalıdır.

Kahire, Mart 1998

YENİDOĞANIN CANLANDIRILMASINDAKİ ETİK İLKELER

Giriş

1. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Anlaşmasına göre: Doğumdan itibaren bütün çocuklar yaşama hakkına sahiptir ve ebeveynlerinin veya yasal vasilerinin ırk, cinsiyet, renk, dil, din politik veya diğer düşünce, ulusal, etnik veya sosyal kaynaklı, zenginlik, maluliyet, doğum veya diğer durumlara bakılmaksızın korunmaktadır. Uluslararası kabul edilen insan hakları belgeleri, herkesin ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve mental sağlık hakkından yararlanma hakkını içerir.
2. Cinsiyet, renk, maluliyet veya etnik yapı sebepleriyle yenidoğanın aleyhinde uygunsuz ayırım olayları hala rapor edildiğinden, her çocuğun sağlığının insan haklarına saygı bağlamında düşünülmesi esas olmalı ve bu gerçekleştirilmelidir.
3. Çeşitli olaylarda hem yenidoğanın yaşama şansı hem de kalıcı sakatlık riski ile ilgili belirsizlikler mevcuttur. Ayrıca yerel faktörlere bağlı olarak sonuçların geniş değişkenlik göstermesi de bu belirsizliklere eklenmektedir.
4. Yenidoğanlar için, olanakları ve kaynakları fakir veya zengin bölgeler ile bu bölgelerdeki hastaneler arasında bakımın elverişliliği açısından büyük farklılıklar vardır.
5. Antenatal bakımın uygunluk ve kalitesi, çocuğun doğumdaki durumu ve uzun dönem sonuçlar üzerinde önemli etkiye sahiptir. Doğumdan önce ve sonra uygun yönetim planları bu sonuçları iyileştirebilir. Obstetrisyen, pediatrist ve diğer profesyonel sağlık çalışanları arasındaki fikir ayrılığı ve çatışmalar ebeveynlerde sıkıntı ve şaşkınlığa neden olabilir ve etkin bakımı tehlikeye düşürebilir.
6. Ebeveynlerin ve diğer aile fertlerinin yararı yeni doğanını

ile ayrılmaz bir şekilde örtüştüğünden ebeveynler çocuğun hem tanısı hem prognozu ile ilgili bilgilendirilme hakkına sahiptir ve karar verme işleminde yer almalıdırlar.

7. Aşırı preterm infantların doğum öncesi büyük merkezlere transfer edilmesinin sağ kalımı artırdığını bu konudaki tüm çalışmalar yıllardır değişmeden göstermektedir. Aşırı preterm yenidoğanların sağ kalım ve sonuçları kritik olarak gestasyonel yaş ve doğum kilosuna bağlıdır. Hayatta kalan aşırı preterm infantlarda,uzundönemtakibiilenörolojik,kavramavedavranışsal sorunlarda önemli insidans artışı gösterilmiştir. Buna rağmen yayınlanmış çalışmalarda,adolesan ve yetişkin yaşayanların çoğu kendi yaşam kalitelerini olumlu olarak değerlendirmektedirler.
8. Bunun ötesinde obstetrik ve neonatal bakım hızla yayılmakta ve gelişmeye devam etmektedir. Dolayısıyla bugünkü uzun dönem sonuçlarının, güncelliğini kaybeden standart bakımın ölçümleri ve değerlendirmeleri olduğunu bilmemiz gerekir
9. İnfantın ölümü ve hemen takip eden zamanda duyarlı ve empatik desteğin sağlanması ile ebeveynler ve ailenin psikolojik iyiliği üzerinde uzun dönemde pozitif sonuçların elde edildiğine dair kanıtlar vardır.

Öneriler

1. Yenidoğan infantlar, herhangi bir insana gösterilen önem ve saygı ile aynı düzeyde tedavi edilmelidir. Toplumun en savunmasız bireyleri olmalarından dolayı, doğumdan önce, doğumda ve doğum sonrası bakım hakkına sahiptirler.
2. Yaklaşımındaki kararlar, çocuğun cinsiyeti, dini, demografik veya finansal faktörlerden etkilenmeksizin ebeveynleri ve tıbbi danışmanlarının çocuk için en iyisi olarak gördükleri doğrultusunda olmalıdır. Fikir birliği sağlanamazsa bu olgu ile ilgili bağımsız karar verebilecekler aranmalıdır.
3. En deneyimli klinisyenler (tercihan bir konsültan obstetri

- uzmanı ve deneyimli bir ebe ile beraber bir konsültan pediatrist) güncel ve klinik bilgiye dayanan ön yaklaşım planı ile anlaşmış olarak zamanında hazır olmalıdır. Eğer mümkünse ilgili tüm seçeneklerin düşünülmesine ve verilerin özümsemesine zaman tanınmalıdır.
4. Danışmanlık veren doktor, ülkenin yasal gereksinimleri ve kendi vicdani ret konusundaki etik görevlerini de göz önünde bulundurarak kendi kültürel ve dini inançlarını kendinden farklı düşünceleri olabilen ebeveynlere empoze etmemek için dikkatli olmalıdır.
 5. Yenidoğanın resüsitasyonu ile invaziv tedavilerinin yükü, sorumluluğu ve riski çocuğun yararını aştığında, resüsitasyonunla ilgili bir girişimin başlatılması veya bırakılması çocuk için en iyisi olmalıdır.
 6. Belirli bir infantın yoğun bakım ünitesinden fayda görmesi konusunda belirsizlik olduğunda infantın klinik seyri dikkate alınarak yoğun bakıma devam edilmesinin mi yoksa vazgeçilmesinin mi daha iyi olacağının ortaya konmasının deneyimli bir kurul üyesi ve ebeveynlerle konsültasyonuna kadar geçici bir yoğun bakım devamı uygun olacaktır.
 7. Tıbbi heyet klinik yaklaşımla ilgili kararlar sonucu gelişecek muhtemel klinik sonuçlarla ilgili ebeveynleri bilgilendirme konusunda etik olarak sorumludur. Doktorlar gestasyonel yaşa göre sonuçlarla ilgili veriler ve kendi merkezlerinde toplanmış verilerinin farkında olmalıdırlar.
 8. Medikal tedavinin esirgenmesi veya çekilmesi konusunun konsülte edildiği doktor bu konuda mümkünse en deneyimli olan olmalıdır. Uygun olduğunda doktor diğer meslektaşları veya bir etik komite ile konsülte etmeyi arzu edebilir. Doktor, problemleri ve yönetim planını hemşirelik kurulu dâhil diğer sağlık takımı üyeleri ile tartışmalıdır.

9. Yoğun bakımın devamının esirgenmesi konusunda ebeveynlerin kendi aralarında fikir birliği olmadığında veya doktorlarının tavsiyelerini kabul etmediklerinde bebeğin durumunda bir değişiklik olana veya durumu açıklığa kavuşturan daha başka bir konsültasyon veya tartışmalara kadar tedavi sürdürülmelidir. Sadece son başvuru yeri olarak, istisnai durumlarda ve diğer seçenekler tükendiğinde mahkemeye müracaat edilebilir.
10. Yaşam destek tedavisinin esirgenmesi ile ilgili bir karar alındığında, ebeveynlerle olan tüm konuşmalar, gerekçeler, çocuğun klinik seyirindeki kayıtlar gibi anında ve dikkatle çocuğun dosyasında belgelenmelidir.
11. Yaşam desteği esirgenen veya çekilen infantlara gerektiğinde analjezi ve semptomları kontrol tedavisi verilir ve bu infantlar sıcak tutulmaya devam edilir, beslenir ve devamlı dikkat, saygı ve sevgi ile takip edilir. Ebeveynlerinin istedikleri sürece onların yanında olabilmesi için mümkün olan tüm çaba gösterilmelidir.
12. Medikal tedavinin esirgenmesi veya çekilmesini takiben bebeğin ölümünden sonra tanıyı doğrulamak ve tamamlamak, ebeveynleri daha fazla aydınlatmak ve gelecekteki gebelikler konusunda tavsiyede bulunmak açısından tıbbi ekibin ebeveynlerden otopsi yapılması onayını isteme etik sorumluluğu vardır.
13. Perinatal bakımın bölgesel olarak organizasyonu ile ilgili entegre perinatal merkezler kurmanın önemi konusunda neonatal dernekler ve üyeleri hükümetlere tavsiyelerde bulunmalıdır. Bu merkezlerin morbidite ve mortaliteyi azaltmadaki önemleri vurgulanmalıdır. Resüsitasyon ve acil neonatal bakımda yer alan personelin profesyonel olarak sürekli eğitimi gereklidir.
14. Neonatal dernekler ve üyeleri perinatal bakımın kaydedilmesi ve tüm doğumların ve sonuçlarının kayıtlarının sağlanmasının yakın monitorizasyonunu bölgesel olarak cesaretlendirmelidir.

15. Sonuç olarak tüm ÷lkede neonatal bakımın büt÷n konuları ile ilgili işbirliği gereklidir ve bu işbirliği cesaretlendirilmelidir.

Londra, Mart 2006

ŞİDDETLİ DERECEDE MALFORMASYONLARI OLAN YENİDOĞAN İNFANTLARIN YÖNETİMİNDEKİ ETİK İLKELER

1. Etik Komite hem ebeveynlerin ve hem de doktorlarının görüşü açısından çocuk için en iyisinin bu olacağı düşünüldüğünde şiddetli malformasyonlarla doğan yenidoğanın uygunsuz ve sonuçsuz tıbbi tedavileri yerine onurlu bir şekilde ölmesine izin verilmesini kabul eder.
2. "Şiddetli" tanımlaması ya ölümcül potansiyele sahip ya da ebeveynler ve tıbbi danışmanlara göre tıbbi tedaviyle bile kabul edilemez mental ve/veya fiziksel sakatlıkla sonuçlanabilecek malformasyonlar için kullanılmaktadır.
3. Komite çocuk için ölümün en iyisi olarak kabul edildiği durumda bile "aktif ötenazi"nin etik olarak kabul edilemez olduğunu düşünmektedir. Ancak medikal bakımın esirgenmesi veya çekilmesi (örn:suni solunum, antibiyotikler,nazogastrik besleme, destek oksijen tedavisi..vb.) durumunda bile oral besinlerin verilerek, sıcaklık, sevgi ve saygı içeren rahatlatıcı bakımın sürdürülmesi temin edilmelidir. Primer amaçları ölüme neden olmamak olduğunda sıkıntı ve acı çekmeyi iyileştirmede analjezik ve sedatif ilaç kullanımının uygun olduğu düşünülmektedir.
4. Medikal bakımın esirgenmesi veya bırakılması için her bir karar çocukla ilgili yapılmalı, infantın cinsiyeti veya soy gelişimi, demografik veya finansal faktörler gibi şeylerle belirlenmemelidir.
5. Medikal bakımın esirgenmesi veya bırakılması olasılığı ile ilgili tartışmadan önce medikal ekip malformasyonları olan infantı tam olarak incelemek ve durumunu ortaya koymak ve ebeveynlere bebeklerinin durumu, prognozu ve yaklaşım seçenekleri ile ilgili danışmanlık vermekle sorumludur.

6. Ancak malformasyonlarla doğan infant doğumda nefes almadığında anomalinin şiddeti yaşamı uzatmanın akılcı olduğunu şüphe bırakmayacak şekilde önlüyorsa canlandırma işlemlerini başlatmamak kabul edilebilir. Şüphe devam ettiğinde canlandırma üstlenilmeli ve daha ileri inceleme ve ebeveynler ve meslektaşlarla konsültasyona kadar medikal bakım devam etmelidir.
7. Medikal bakımın esirgenmesi veya çekilmesi ile ilgili konsülte edilen doktor hemen daima en deneyimli olan olmalıdır. Uygun olduğunda doktor meslektaşları veya bir etik komite ile konsülte etmeyi isteyebilir. Doktor, problemleri ve yönetim planını hemşirelik kurulu dâhil diğer sağlık takımı üyeleri ile tartışmalıdır.
8. İnanç ve pratikleri farklı olabileceğinden, doktor, ebeveynlere danışmanlık verirken, ülkenin yasal gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, kendi kültürel ve dini inançlarını onlara empoze etmeme konusunda dikkatli olmalıdır. Doktorun inançları, ebeveynlere mümkün olan tüm seçenekleri ortaya koymasını önlediğinde, doktor onları kendisi gibi düşünmeyen bir başka meslektaşına refere etmekle sorumludur.
9. Problemleri tartışılırken, ebeveynler diğer hekimlerden de tavsiye almaya cesaretlendirilmelidir. Uygun olduğunda daha ileri profesyonel tavsiye almayı araştırma konusunda olumlu olarak cesaretlendirilmelidirler. Bir karara varmadan önce kendi aralarında özel olarak konuşmaları için şans tanınmalıdır.
10. Ebeveynlere danışmanlık veren doktor doğru bir kararı araştırmaktan ziyade mümkün olduğunca duyarlı bir şekilde ebeveynlerin arzularını anlayışla kavramalı, böylece onları kaçınılmaz sıkıntı ve suçluluk duygusundan uzak tutmaya çalışmalıdır.
11. Yoğun bakımın devamının esirgenmesi konusunda ebeveynlerin kendi aralarında fikir birliği olmadığı veya

doktorlarının tavsiyelerini kabul etmediklerinde bebeğin durumunda bir değişiklik olana veya durumu açıklığa kavuşturan daha başka bir konsültasyon veya tartişmalara kadar tedavi sürdürülmelidir. Sadece son başvuru yeri olarak, istisnai durumlarda ve diğer seçenekler tükendiğinde mahkemeye müracaat edilebilir.

12. Yaşam destek tedavisinin esirgenmesi veya çekilmesi ile ilgili karar alınırken çocuğun klinik seyirinde yapıldığı gibi tüm yapılanlar ve amaçları dikkatli bir şekilde kayıt altına alınmalı ve belgelenmelidir.
13. Medikal tedavinin esirgenmesi veya çekilmesini takiben bebeğin ölümünden sonra tanıyı doğrulamak ve tamamlamak, ebeveynleri daha fazla aydınlatmak ve gelecekteki gebelikler konusunda tavsiyede bulunmak açısından tıbbi ekibin ebeveynlerden otopsi yapılması onayını isteme etik sorumluluğu vardır.

Kudüs, 1995

KONTRASEPSİYON VE ABORTUSTA SORUNLAR

Çeviri: Op. Dr. Gülay Beydilli

STERİLİZASYONDA ETİK DÜŞÜNCELER

- 1- İnsan hakları, baskıdan, ayrımcılıktan ve şiddetten uzak, aile planlamasını kapsayan, cinsellik ve üreme sağlığı ve ilgili konularda kontrol ve karar verme hakkını içerir.
- 2- Herkes, çocuklarının sayısına ve gebelik aralıklarına karar verme hakkına sahiptir. Bu, çocuk isteyip istemediğine ve ne zaman istediğine ve bu hakkı yerine getirmek için olanaklara erişme hakkını kapsar.
- 3- Cerrahi sterilizasyon (tubal veya vas deferens okluzyonu) en yaygın kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerinden biridir.
- 4- Orantısız risk ve maliyeti nedeniyle, sadece sterilizasyon amacıyla histerektomi uygun değildir.
- 5- Sterilizasyon hakkındaki danışmanlık, insan hakları esaslarına dayanmalıdır. Optimal sterilizasyon servislerinde; kişilerin tam olarak bilgilendirilmiş onamlarının alındığından, onların itibarına saygı gösterildiğinden, mahremiyetlerinin garanti altına alındığından ve ihtiyaçlarına ve bakış açılarına saygılı davranılarak hizmet verildiğinden emin olunmalıdır.
- 6- Bilgilendirilmiş seçim süreci, cerrahi sterilizasyon için bilgilendirilmiş onamdan önce gelmelidir¹. Geçerli, uygulanabilir alternatifler, eşit derecede etkin olan özelliklerle geri dönüşlü aile planlaması yöntemlerine gereken önem verilmelidir. Sterilizasyonu yapan hekim, hastaya, prosedür ve alternatiflerinin risk ve yararları hakkında mükemmel bir danışmanlık verildiğinden emin olmak sorumluluğunu taşımaktadır.

- 7- Özellikle sterilizasyon kararında teşvik edici, baskı uygulayıcı veya cesaret kırıcı olunmamalıdır. Sterilizasyon bahane edilerek diğer tıbbi bakımı esirgemek kabul edilemez.
- 8- Aşağıdaki başlıkların üzerinde kişi ile birlikte düşünülmelidir:
- Diğer kontraseptif yöntemlere bilgi ve erişim. Bu konu, özellikle, bunu hayat boyu tercih eden genç bireyler için önemlidir.
 - Sterilizasyonun, kalıcı olduğu vurgulanmalıdır. Hayat şartları değişebilir ve kişi daha sonra sterilizasyon kararından pişmanlık duyabilir.
 - Her sterilizasyon prosedürü ile çok düşük fakat anlamlı bir başarısızlık oranı olduğu açıklanmalıdır.
- 9- Önce, bilgilendirilmiş seçim yaptırılarak cerrahi sterilizasyon önündeki engeller en aza indirilmelidir. Özellikle;
- Sterilizasyon erginlik yaşına ulaşmış herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
 - Sterilizasyon için değerlendirmede, minimum veya maksimum çocuk sayısı bir kriter olarak kullanılmamalıdır.
 - Partnerin (eşin) onayı zorunlu olmamalıdır. Kişinin üreme yeteneği, başkalarının da yaşamını anlamlı şekilde etkileyebileceğinden, doktor, kişiyi, danışmanlık prosedürüne partnerini de dâhil etmesi konusunda teşvik etmelidir.
- 10- Akıl hastalarının ve saldırıya açık kişilerin cerrahi sterilizasyon yaptırma veya buna zorlanmama hakları dikkatle korunmalıdır. Mental yetersizlik veya mental retardasyon nedeniyle kişi, kendi kararını veremiyor olsa bile, yine de kapasitesinin elverdiği azami ölçüde karar verme sürecine dâhil edilmeli ve en iyi çıkarları hesaba katılmalıdır.
- 11- Bazı hekimler, kendi inançları yüzünden, sterilizasyona karşı çıkabilirler. Onların özerkliğine saygı için, kişisel inançlarına karşın sterilizasyon yapmaları beklenmemelidir. Bununla birlikte, böyle hekimler, kişiyi, sterilizasyon yapmaya gönüllü meslektaşlarına göndermekle görevlidir. Hekimin kişisel

değerleri ve toplumsal hedef algılamaları, kişinin sterilizasyon için veya sterilizasyona karşı danışmanlık almasına engel olmamalıdır.

- 12- Kamu düzeni seviyesinde, sağlık mesleği, kanun koyan ve düzenleyici tedbirler, kişinin seçimi ve uygun tıbbi bakım ile çatıştığı zaman, mantığın ve şefkatin sesi olmakla görevlidir.

¹Bakınız, bilgilendirilmiş onam hakkındaki kılavuz

Londra, Mayıs 2000

ANTI - PROGESTİNLERİN KULLANIMI HAKKINDA ETİK DÜŞÜNCELER

- 1- Komite, bireylerin, yeni bilimsel bilgilerden yararlanma hakkına sahip olduğu konusunda görüş birliği içindedir.
- 2- Bir anti-progestin, gebeliğin medikal terminasyonu için güvenli ve etkili bir yöntem olarak sunulmaktadır. Bununla birlikte, kullanıma girmesi yaygın olarak tartışılmaktadır.
- 3- Anti-progestinlerin ulaşılabilir olduğu ülkelerde, istemli düşüklere arttığını gösteren kanıtlar yoktur. Yöntem basit olarak kadına gebeliğin medikal ve cerrahi olarak sonlandırılması arasında tercih sağlamaktadır.
- 4- Tüm dünyada, istenmeyen gebeliklerin güvenli olmayan yollarla düşürülmesinin, her üç dakikada bir, bir kadının ölümünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Birçok kadın da ciddi morbidite ile karşılaşmaktadır. Bu ciddi sağlık problemini çözmeye çalışmak toplumun görevidir. Diğer yöntemlerle birlikte anti-progestinler, bu probleme yardımcı olabilir.
- 5- Gelecekte, anti-progestinlerin, gebelik terminasyonu dışında başka terapötik kullanımının da önerilebileceği anlaşılmaktadır. Bu araştırmalar teşvik edilmelidir.

1994

KADIN İÇİN KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİN SUNULMASININ ETİK YÖNLERİ

- 1- “Yararlılık” prensibi, yeni kontraseptif yöntemlerin, güvenli, etkin ve kadın için kabul edilebilir olmasını gerektirir.
- 2- Yeni kontraseptif yöntemleri sunarken, hekimler, bireyin özerkliğine saygı rehber almalıdır. Bu özerkliğe saygı, üreme haklarının uluslar arası standartlarında mevcuttur.
- 3- Özerklik için gösterilen aynı saygı, hem bilgilendirilmiş seçimi yapmayı kolaylaştırıcı hem de kaliteli bir bakım sağlamayı kapsaması gereken fertilitiyi düzenleyen yeni yöntemlerin özellikle sunumu ile ilgili standartları gerektirmektedir.

Bilgilendirilmiş seçim

- 4- Bilgilendirilmiş seçim, kadının kendi tedavisiyle ilgili, özgürce karar verebileceği bir süreçtir ve karar vermek kadının hem elindedir hem de hakkıdır. Bilgilendirilmiş seçim “doğru, tarafsız, tam ve anlaşılabilir” bilgidir.
- 5- Bilgilendirilmiş seçime saygı göstermek; onları kullanmayı düşünen her kadına kontraseptif yöntemler hakkında şunları içeren kesin bilgi vermeyi gerektirir;
 - doğru kullanım
 - kontrendikasyonlar
 - gebeliği önlemedeki etkinliği
 - cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunmaya devam etme gerekliliği
 - olası yan etkileri
 - diğer ilaç ve durumlar ile olası etkileşimi
- 6- Kadının özerkliğine saygı göstermek, her kadının karar verdiği herhangi bir zamanda seçmiş olduğu yöntemi kullanmayı bırakmaya karar verebileceği konusunda açıkça bilgilendirilmesini gerektirir (örneğin, intrauterin

araç veya implante edilen kontraseptifleri istediği durumda çıkarttırabilmeli).

- 7- Sağlık hizmeti çalışanlarının, etik olarak, bilgilendirilmiş seçime engelleri ortadan kaldırmak için çalışmaları gereklidir. Bunun için, hekim hasta arasındaki güç dengesizliği kabul edilmeli ve azaltılmalıdır. Okuyamayan kadına cevap verebilmek için alternatif bilgi aktarma yöntemleri konusunda, personel iyi eğitilmiş olmalı, üremenin düzenlenmesinde personelin önyargı ve itirazları hastaya yansıtılmamalıdır.

Hizmet Kalitesi

- 8- Hasta yararına, hekimin önemli hedefi, yüksek kalitede üreme ve cinsel sağlık hizmetinde, kontraseptif yöntemleri sunmasıdır. Bunun iki ana yönü vardır: tıbbi kalite gereksinimleri ve kadının ifade ettiği isteklerinin hesaba katılması ihtiyacı. İlk olarak, tıbbi kalite gereksinimleri, uygun kontraseptif yöntemlerin sunumunu, uygun destekleyici danışmanlık servislerinin ulaşılabilir olmasını ve hizmeti sağlayanların teknik olarak ehil olmasını kapsar. İkinci yönü, sağlık hizmeti görevlilerinin kişilerarası ilişkilerinin saygılı olmasını ve kadının bilgi ve düşüncelerini dikkate almasını gerekli kılar.

Ljubljana, 1996

TIBBİ OLMAYAN NEDENLERLE İNDÜKLENEN ABORTUSUN ETİK YÖNLERİ

- 1- İndüklenmiş abortus, gebeliğin, implantasyondan sonra ve konseptusun bağımsız olarak yaşayabilir hale gelmesinden önce, ilaç kullanarak veya cerrahi girişimle sonlandırılması olarak tanımlanabilir. (Dünya Sağlık Örgütü'nün doğum tanımlaması: 22 menstruel hafta ve üstü) ¹
- 2- Abortus, tıbbi nedenlerle, molar veya ektopik gebelikte ve malign hastalık durumunda, annenin hayatını ve sağlığını korumak için yapıldığında, çok yaygın bir şekilde etik olarak haklı sayılmaktadır. Çoğu insan, enstet ilişki veya tecavüz durumunda, konseptusun şiddetli malforme olduğu durumda veya annenin yaşamının başka ciddi hastalıklarla tehdit altında olduğunda da haklı kabul etmektedir.
- 3- Diğer sosyal nedenler için abortusun kullanımı tartışmalı kalmaktadır. Çünkü; hem anne hem de tıbbi ekibi etik ikileme sokmaktadır. Kadınlar çoğunlukla, içinde buldukları durumla ilgili en az kötü kararı verme noktasında bu zor seçimi yapmak için ıstırap içindedirler. Sağlık hizmetini sunanlar, hayatı korumanın, kadına hizmet sağlamanın ve güvenli olmayan düşüğe engel olmanın ahlaki değerleri ile boğuşmaktadır.
- 4- Bunun hesaplanabildiği ülkelerde, tüm gebeliklerin yarısının istenmediği ve bu gebeliklerin yarısının da terminasyonla sonlandırıldığı tesbit edilmiştir. Bu sorunlar özellikle tıp mesleği için ciddi kaygılardır.
- 5- Tıbbi olmayan sebepler için abortus, özellikle en çok uygulandığı zaman olan ilk trimesterde düzgün bir şekilde yapıldığında, gerçekte, miad doğumdan daha güvenlidir.

¹ Not: *Ölümcül malforme fetuslar ile ilgili değildir, Ethical Aspects of the Management of the Severely Malformed Fetus, Int. J. Gynecol. Obstet, 53: 300, 1996. It is also important the consider Ethical Aspects in the Management of Newborn Infants at the Threshold of Viability, Int. J. Gynecol. Obstet, 59: 165-168, 1997.*

- 6- Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü, her yıl tüm dünyada yapılan yaklaşık 50 milyon indüklenmiş abortusun yarısının güvenli olmadığını, çünkü; bunların eğitimsiz kişiler tarafından ve/veya uygun olmayan ortamlarda yapıldığını tahmin etmektedir.
- 7- Emniyetsiz abortusları izleyen mortalitenin, prosedürün medikal ortamda gerçekleştirilmesinde görülenden pek çok kez yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl en azından 75.000 kadın gereksiz yere emniyetsiz abortus sonrası hayatını kaybetmektedir ve çok daha fazlası steriliteyi de kapsayan ömür boyu süren hastalık ve sakatlıktan muzdarip olmaktadır.¹
- 8- Emniyetsiz düşük çok eskiden beri yaygın olarak uygulanmaktadır. Bugün esas olarak, tıbbi olmayan nedenler için gebelik terminasyonunun kanunen kısıtlandığı ülkelerde meydana gelmektedir. Sağlık hizmeti görevlilerinin az geliştiği ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol etme hakkından mahrum edildiği ülkelerde de emniyetsiz düşük oranları yüksektir.
- 9- Ülkeler, tıbbi olmayan nedenle abortusa kanunen izin verdiğinde, terminasyonda anlamlı bir artış olmaksızın, prosedüre bağlı toplam mortalite ve morbidite dramatik olarak düşmektedir.
- 10- Geçmişte gebelik terminasyonlarının çoğunun cerrahi olarak gerçekleştirilmesine karşın, ilaç sektöründe son gelişmeler, erken gebelikte medikal abortusu güvenli hale getirmeyi mümkün kılmıştır.
- 11- İlk olarak, üreme süreci, klasik kontraseptif yöntemlerle veya son zamanlarda daha çok popüler olan acil kontrasepsiyon ile gebelik başlamadan önce kesintiye uğratılabilir. İkincisi, abort ettirici değildir çünkü implantasyonun erken zamanından öncesini etkilemektedir. Yine de bu prosedürler bazı insanlar tarafından kabul edilemeyebilir.

¹WHO(1998)UnsafeAbortion:GlobalandRegionalEstimatesonIncidenceof and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data, 3rd edition, WHO/RHT/MSM/97.16

Öneriler

- 1- Hükümetler ve diğer ilgili organizasyonlar, kadınların haklarını, statüsünü ve sağlığını iyileştirmek için her türlü çabayı sarf etmelidir ve eğitimle (cinsel sorunları kapsayan), danışmanlıkla, güvenilir bilgiyi ulaşılabilir hale getirerek ve aile planlaması hizmetleriyle ve daha etkili kontraseptif yöntemler geliştirerek, istenmeyen gebelikleri önlemelidir. Abortus hiçbir zaman aile planlaması yöntemi olarak teşvik edilmemelidir.
- 2- Kadın doğurup doğurmama tercihini yapma ve bu nedenle, yasal, güvenli, etkili, kabul edilebilir ve satın alınabilir (ekonomik olarak karşılanabilir) kontrasepsiyon yöntemlerini kullanma hakkına sahiptir.
- 3- Kadının özerklik hakkı ve emniyetsiz düşüğü önleme ihtiyacı ile birlikte, düzgün bilgilendirilmiş onam uygulamak, güvenli düşüğün sağlanmasını haklı çıkarır.
- 4- Hekimler dahil pek çok kişi, gebeliği sonlandırmaktan çekinir. Bunun kadının koşullarında verilen en iyi karar olduğunu inkâr edebilir. Bazı hekimler, koşullar ne olursa olsun, abortusun izin verilebilir olmadığını hissedebilir. Onların özerkliğine saygı, onların inançlarına karşı, doktorun (veya tıbbi ekibin başka bir elemanının) abortusu önermesi veya uygulamasının beklenmemesi anlamına gelir. Sonuç olarak, meslek yaşamı önyargılı olmamalıdır. Böyle bir doktor, kadını, terminasyona ilke olarak karşı olmayan bir meslektaşına göndermekle görevlidir.
- 5- Ne toplum, ne de kadına danışmanlık vermekle sorumlu sağlık hizmeti ekibinin üyeleri, kendilerinin abortus hakkındaki dini veya kültürel inançlarını, görüşleri farklı olanlara empoze etme hakkına sahiptir. Danışmanlık tarafsız bilgiyi içermelidir.
- 6- Rüştünü ispat etmemişler için çok dikkatli danışmanlık gerekir. Bilgilendirilmiş onam vermeye yeterli olduklarında isteklerine saygı gösterilmelidir. Yeterli görülmediklerinde,

yaklaşım belirlenmeden önce, mahkeme uygun gördüğünde, ebeveynlerin veya velisinin tavsiyelerini göz önüne alınmalıdır.

- 7- En iyisi, tıbbi olmayan nedenlerle gebelik terminasyonu, kar amaçlı olmayan sağlık kurumlarında uygulanmalıdır. Abortus sonrası fertilitate kontrolü konusunda danışmanlık her zaman sağlanmalıdır.
- 8- Özet olarak, komite, uygun danışmanlık sonrası, kadının medikal veya cerrahi abortusa ulaşma hakkına sahip olduğunu, sağlık kurumlarının mümkün olduğunca güvenli olarak bu hizmeti sağlamak zorunda olduğunu önermektedir.

Kahire, Mart 1998

ACİL KONTRASEPSİYON İLKELERİ

Giriş

- 1- Komite, cinsel ve üreme sağlığını özgürce kontrol etmeyi kapsayan sağlık hakkını temel insan hakkı olarak tanımaktadır. Bireyler, cinsel ve üreme sağlığındaki yeni tıbbi bilgilerden yararlanma hakkına sahiptir.
- 2- Komite daha önceki raporunda¹, “kadın sağlığı hizmetleri ve kadın haklarını geliştiren politikaların desteklenmesindeki başarısızlığın, kadın doğum hekimlerinin vereceği hizmeti de kötü yönde etkileyeceğini” not etmiştir.
- 3- Korunmasız ilişkide, acil kontrasepsiyon, abortusa gerek kalmadan, istenmeyen gebeliklerin sayısını azaltmada yüksek düzeyde etkilidir ^{2,3}. Erken kanıtlar, gençlerde, acil kontrasepsiyon konusunda bilgilendirme ve kullanımı takiben, abortus oranlarının düştüğünü desteklemektedir.

¹*Obstetrisyen/ jinekologların, kadın sağlığının koruyucusu olarak rolleri, sayfa 6.*

FIGO, Üreme ve Kadın Sağlığı Etik Komitesinin, Obstetrik ve Jinekolojide Etik Önerileri, Ağustos 2000

²*Gebeliğin tanımı: İnsanın doğal üremesi, erkek ve dişi gametlerin oluşumunu ve bunların döllenme ile birleşmesini kapsayan bir olaydır. Gebelik, konseptusun, kadına implantasyonu ile başlayan veya bebeğin doğumu veya düşük ile sonuçlanan olayların bir parçasıdır.*

(FIGO, Üreme ve Kadın Sağlığı Etik Komitesi, Ağustos 2000) International Journal of Gynecology and Obstetrics, Mart 1999, sayı 64/3:317 de yayınlanmıştır.

³*İndüklenmiş düşük, implantasyondan sonra ve konseptusun bağımsız olarak yaşayabilecek hale gelmeden önce, gebeliğin ilaç veya cerrahi yöntemler kullanılarak sonlandırılmasıdır. (DSÖ*

doğum tanımı: menstruel 22 hafta ve üzeri)

*(FİGO, Üreme ve Kadın Sağlığı Etik Komitesi, Ağustos 2000)
International Journal of Gynecology and Obstetrics, Mart 1999,
sayı 64/3:318 de yayınlanmıştır.*

Öneriler

- 1- Hormonal acil kontrasepsiyona erken erişim, başarı oranlarını yükseltmektedir ve böylece kişilerin sağlıklarında zarar ortaya çıkma ihtimali azalır. Bu nedenle, sağlık çalışanları kamu politikası olarak, kolay ulaşılabilir ve tüm kadınlara her zaman uygulanabilir olduğu için acil kontrasepsiyonu savunmalıdır
- 2- Acil kontrasepsiyon, devamlı bir kontrasepsiyon yöntemi olarak tıbben uygun değildir. Doktorlar, bireyler için acil kontrasepsiyona gerek bırakmayacak gelecek stratejileri tartışmak kadar, acil kontrasepsiyon hakkında doğru bilginin ulaşılabilir olduğundan emin olmak zorundadır.
- 3- Tecavüze uğrayan ve gebe kalması muhtemel kadınlar için acil kontrasepsiyona ulaşmak, acil yardımın temel bir unsurudur. Adölesanlar, özel korunmasızlıkları nedeniyle toplumda acil kontrasepsiyona kolay ulaşılabilir olması gereken bir diğer gruptur.

Londra, Haziran 2001

SAĞLIKTA REKLAM VE PAZARLAMA SORUNLARI

Çeviri: Op. Dr. Leyla Çakır

REKLAM VE PAZARLAMA İÇİN ETİK ZEMİN

İlaç tedavisi, tıbbi uygulamalar, uzmanlık görüşleri ve bilim konularındaki gelişmelerle ilgili doğru bilginin topluma yayılması, hastaların tedavileri konusunda en iyi bilgilendirilmiş tercihi yapmaları için esastır. Bilginin geçerliliğini sağlamak profesyonelliğin gereğidir zira hasta güvenini temin etmek tedavide hasta/doktor ilişkisinin temelidir.

Sağlık otoriteleri, tıbbi kuruluşlar, medya ve hekimler toplum için yüksek bir sağlık standardı oluşturmak için geçerli bilgi sağlamalıdır. Zararları göz ardı edip yararları vurgulayan bilgilendirme etik değildir ve kaliteyi dikkate almayan bir bilgilendirme ile bilginin hekimlerin ve kurumların çalışmalarını desteklemek için reklâm olarak kullanılması aynı derecede etik dışıdır.

2003

ENDÜSTRİ İLE HEKİM İLİŞKİLERİ İLKELERİ

Giriş

Hekimler ile ilaç ve cihaz üreticileri arasında meşru bir bağ vardır. Bununla beraber esas amacı kâr etmek olan endüstriyle, önceliği hasta yararı olan hekimler arasında potansiyel bir yarar çatışması da vardır.

Hekimler aslında endüstri ürünlerinin tanıtımcıları ve dağıtıcıları olarak çalışırlar. Endüstri temsilcisi yoluyla veya hastalara doğrudan pazarlama ile tanıtım baskısı, ilaçların veya sarf malzemeleri/cihazların hekim tarafından fazla reçete edilmesine ya da fazla kullanılmasına yol açabilir.

Öneriler

1. Hekimler sadece daha önce benzerleri tekrarlanmış veya dikkatli uygun metodoloji altında araştırılmakta olan tedavi yöntemlerini uygulamalıdır.
2. Hekim, tıbbi kuruluş sahibi veya şirketlerde hissesi olmasından dolayı veya endüstride diğer rollerinden ötürü herhangi bir tıbbi cihaz veya işlemin kullanımıyla ilgili etkili bir konumda olsa bile çıkar çatışmasına girmemelidir.
3. Hediyeler, yemekler ve diğer promosyonlar hekimler için bir ilgi çelişkisi yaratabilir. Pahalı hediyeler, ister belirli bir ürünle ister genel kullanımla ilgili olsun, tıbbi ve ilişkili mesleklerin mensuplarıncaya kabul edilmemelidir.
4. Bir hekim belirli ürünlerin reklâmını yapan hediyeleri ofisinde kullanmaktan kaçınmalıdır.
5. Hekimlerin özellikle ilaçları ya da cihazları destekleyici tavırları, çıkar çatışması ortaya konmuş olsa da, etik olarak da sorgulanabilir. Sunumun para veren şirketin yararına

çarpıtılmasının (örneğin sadece olumlu çalışma sonuçlarını katarak veya alternatif tedavilerin uygun bir açıklamasını dışlayarak) çirkin bir durum olduğu gerçektir. Eğer hekimler tam ve tarafsız bir sunum yapamayacaklarsa veya böyle algılanacaklarsa, bu şekilde konuşmacılığı kabul etmemelidirler.

6. Hekimlerin hastalarına karşı, kendi direkt veya dolaylı ekonomik çıkarlarını, ilaçların, aletlerin reçete edilmesinde ya da diğer uygulamalarında etkilenmediklerinden emin olmak üzere sürekli gözden geçirme sorumlulukları vardır.
7. Endüstrinin, hekimlerin reçete verme uygulamalarını, ne jenerik medikasyonu ne de kodların kullanımını engelleyerek kontrol etme girişimleri hastalarının yararına olmadığından hekimler tarafından reddedilmelidir. Hekimler, eczanelerle ya da diğer satıcılarla kodla yazılmış reçeteleri doldurmak konusunda anlaşmalara girmemelidirler.
8. Hekimler, hastaları için gereksiz olan, ama kişisel ekonomik çıkarlar için yapılan konsültasyon, testler, reçete ya da tedavilere kalkışmamalıdır.

2003

WEB'TE TIBBİ BİLGİLENDİRME VE REKLÂM KONUSUNDA ÖNERİLER

Giriş

Dünya çapında yoğun tıbbi bilgi, hasta ve sağlık personelinin eğitimini geliştirme gücü de taşıyarak web sayfalarında bulunmaktadır. Herhangi bir hasta bu bilgilere ulaşabilir. Bilgilerin bir kısmı hakemli dergilerde yayınlanma yoluyla ya da klinik çalışmaların ulusal yönetim veya benzeri kurumlar tarafından onaylanması ile doğrulanmıştır ve bunlar hasta yararına uygun olacaktır. Bazı bilgiler, açıkça reklâma yönelik, bilinen bilimsel metotlarla doğrulanmamış, hatta bazen belirli bir ürünü satmak için hiçbir zaman kanıtlanmamış sonuçlardan bahseden kasten aldatici bilgiler olabilir. Araştırmanın niteliklerinin ve önceki bilgiler ışığında bilgiyi yorumlama çabalarının tanımlanması hastalar ve bu araç yoluyla bilgi sağlamaya çalışan diğerleri için kritik bir filtre oluşturur. Web' teki tıbbi bilgiler için böyle bir denetimin olmadığından genel haberdarlık sınırlıdır ve sıklıkla bir şeyin yazılmış olması gerçeği aslında desteklenemeyen bir başarı ya da geçerliliği ima eder.

Basın, siyasal partiler, dini gruplar, kültürel dernekler, endüstriyel ya da finansal lobiler gibi kuruluşlar kendi görüşlerini, çıkarlarını, inançlarını, propaganda ya da felsefelerini desteklemek için taraflı yada onaylanmamış türde tıbbi bilgiyi yaymaya çalışabilirler. Ek olarak, etkili tıp otoriteleri bu görüşleri paylaşabilirler ve kanıt ve araştırmanın kalitesi olmamasına rağmen bu görüşler için tasdik sağlayabilirler. Bu içsel önyargılar tanımlanmaz ve okuyucunun bunun aslında tarafsız bir şekilde tıbbi gerçekleri paylaşmaktan ziyade bir görüş için lobi yapmak olduğu gerçeğini belirleme yetisi sınırlı olabilir. Hastaların, bu grupların çıkarı için başlatılan lobi çalışmaları ile toplum eğitiminin yararı için düzenlenmiş bilgiyi birbirinden ayırt edebilmeleri gerekir.

Benzer şekilde, web'te reklâm, kişilerin veya kuruluşların çıkarına odaklanmıştır. Hastaneler, sağlık kuruluşları ve uygulama gruplarına hizmetlerinin tanıtımını yapmak ve mevcut hizmetlerini tanımlamak hakkı verilmiştir. Ancak, bu hizmetlerin kalitesi ve ulaşılabilirliğinin

sınırları nadiren belirlenir ve yine bu reklam yaklaşımına dayanarak kaliteli bakım arayan hastalar tarafından aslında mevcut olmayan ya da yanlı ve potansiyel olarak zararlı bir tercihe yol açar. Bu alandaki iddiaların doğruluğu diğer tüm tıbbi hizmetlerde olduğu gibi hastalara zararın önlenmesi için uygun ehliyetlerin ve hizmetlerin ulaşılabilirliğinin sağlanmasına aynı düzeyde tutunmayı gerektirir.

Öneriler:

1. Web'teki iddialar doğru olmayan tıbbi bilgiler taşıyabileceğinden doktorların hastalarına bu verileri yorumlamada uyarılar sağlamaları tavsiye edilir. Hastalara ziyaret etmeleri için taraflılığın ortadan kaldırıldığından emin olmak için emsal incelemeler, kontrollü ve iyi dizayn edilmiş klinik çalışmalar veya ulusal ya da profesyonel denetim yoluyla doğrulanmış alternatif siteler belirlenmesi hastaların bu alanı eğitimleri için seçmeleri bakımından önemlidir.
2. Sağlık sistemleri, bireysel ve grup hekim pratikleri ve diğer sağlık hizmetleri için reklâmcılık webte artmaktadır. Kurumlar tarafından iş çekmek için yapılan iddiaların geçerliliğinin denetimi sınırlı ya da yoktur. (Bu ilkenin etik temeli de budur). Hem iddiaların bilimsel geçerliliğini değerlendirme konusunda hastalar için eğitim ya da ilkeler hem de reklâmcılığın kazanç için tabiatında var olan taraflılığı hastaların kendileri için bakım arama ya da sağlık bilgisi araştırma sürecinde zarar görmemesinin garantisinin bir aracı olarak hekimlerin eşit düzeyde ilgi alanına girmektedir.
3. Belirli bir politik ya da dini gündemi destekleyen sağlık yararlarının ya da zararlarının bu görüşü dengelemeksizin reklâmı hastalara ve toplumun genel sağlığına temelden zararlıdır. Sağlık bilgisinin politik ya da dini bilgilendirme için sunulmasında önyargının rolünün anlaşılmasını sağlamak hastaların sağlık bakım bilgilerinden yararlanmasını garantilemek üzere hekimin görevlerinin bir parçasıdır.

TIP EĞİTİMİNDE ETİK KONULAR

TIP EĞİTİMİNDE ETİK KONULAR: ÖDÜLLER VE ÖDEVLER

Tıp öğrencilerinin kuşaklar boyu kabul edilen mesleki kanunların temel belgelerinden biri, Hipokrat Yemini, öğrencilerin öğretmenlerine saygı göstermesi temel sorumluluğunu kabul eder. Ancak, eğitim armağanını almış olan tüm sağlık profesyonellerinin, taşıdığı bu bilgileri devamlı öğretmek sorumluluğundan aşıkça bahsetmez.

Her bir bireye yatırılan zaman, ekonomik kaynaklar (hem kişisel hem kurumsal) ve yetenek, hem meslek sahiplerinin bir sonraki kuşağının, hem de toplumun, tam bir eğitim alacağını garantilemek için topluma karşılıklı bir yükümlülük oluşturur. Dahası, kadın sağlığının temsil ettiği kendine has sorunlar ve eğitilmiş sağlık profesyonelleri ve mevcut profesyonel eğitime, kadınların dünya çapında sınırlı erişimi düşünüldüğünde, bu eğitimin sunduğu sınırlı kaynağı aşmak için artmış bir zorunluluk vardır.

Ancak, eğitimcilerin ve öğrencilerin yükümlülüklerinin, bilgisi ve gücü olanlarla (eğitimciler) ihtiyacı olanların (öğrenciler) eşit olmayan ilişkisinin sömürülmediğinden emin olmak için takdir edilmesi gereken sınırları vardır.

Ayrıca hem eğitimcilerin hem öğrencilerin tıp eğitiminde yer alan hastalara karşı sorumlulukları vardır. Tıp eğitiminin faydaları ve yüklerinin her bir hasta üzerinde direkt etkileri vardır. Öğretme ortamına has artmış gözetim ve incelemeden hem geniş anlamda topluma hem de bireysel olarak hastalara belirgin yararlar vardır. Ancak, öğrencilerin hikâye alması ve fizik muayeneleri gibi etkileşimlerin yükü, öğrenme eğrisinde uygulamaların uzaması ihtimali ve birçok sağlık çalışanı ve öğrencilerin bir bireyin kişisel alanı ve mahremiyetine girmesi önemlidir.

Bu ilkeler tıp eğitimi ortamında hastalar, öğrenciler ve eğitimciler arasındaki mesleki yükümlülükleri açıklığa kavuşturmayı amaçlamaktadır.

Öneriler

1. Doktorlara bilgi ve becerilerini geliştirmek için çabalamak görevi verilmiştir. Ayrıca bilgi ve becerilerini, eğitim yoluyla hem biçimsel olarak hem de örneklerle, meslektaşları ile paylaşmak da doktorların bir görevidir.
2. Öğrencilerin sadece eğitimlerine uygun düzeylerde görev yaptığından emin olmak öğretmenlerin sorumluluğudur.
3. Öğretmenler ile öğrenciler arasındaki güç dengesizliği istismarı önleyecek dikkatli sınırlar gerektirir. Cezalandırma, küçük düşürme ya da korkunun öğrenme ortamında yeri yoktur. Bu öğretme ortamında hiçbir kişisel hizmet, ödül ya da cinsel ilişkiler dâhil ilişki beklentisine izin verilmemesini temin etmek için çok dikkatli olunmalıdır. Dahası, öğrencilere çalışmaları için, özellikle bir araştırma ortamında, hak ettikleri notu alacaklarının garantisi verilmelidir.
4. Tıp eğitiminde öğrenci/öğretmen ilişkisinin yakın doğası ve rehberlik, öğrencinin artan bağımsızlığını desteklemek ve hasta güvenliğini sağlamak için önemlidir. Profesyonel bir öğrenci/öğretmen ilişkisi mevcutken cinsel ya da romantik herhangi bir ilişki uygun değildir.
5. Öğrencilerin hem hastalara hem öğretmenlere karşı önemli yükümlülükleri vardır. Bunlar dürüstlük, gizlilik gibi profesyonel değerlerin sorumluluğu ve hem hasta hem de öğretmen için saygıyı içerir.
6. Tıp eğitiminin öneminin büyük ölçüde anlaşılmış olmasına rağmen, sağlık bakımı standartlarının genel iyileştirilmesi için eğitimin yararlarını kendilerine anlatmak uygun olsa da,

hastalar eğitimin parçası olmak için asla zorlanmamalıdır.

7. Kadınlar, tüm dünyada, toplumda kadınlarla erkekler arasındaki bir güç ayırımı sebebiyle avantajsız konumdadır. Bu, öğretmenlere ve öğrencilere tıp eğitiminin yükünün sınıf olarak kadınlara orantısız şekilde fazla düşmediğinden emin olmak ve kadınlara sağlık hizmetlerinde öğrencilerin katılımını kabul etmek ya da reddetmek konusunda tam imkân verilmesini sağlamak gibi ek bir yükümlülük getirir. Bu, hasta tamamen anestezi altındayken öğrenmenin oluşabileceği durumları da kapsar.
8. Etnik köken ya da sosyoekonomik durum ya da bir kimsenin belli bir grubun üyesi olarak tanınması, stajyer hastası olarak seçilmesinin temelinde ayırıcı bir tarzda asla kullanılmamalıdır.

Luxor, Kasım 2005

EĞİTİM VE EHLİYETLERİN (DİPLOMA, KİMLİK KARTI) REKLAMIYLA İLGİLİ ETİK KONULARDA PRENSİPLER

Giriş

Bireysel ehliyetlerin (belgeler, referans) ve niteliklerin doğru tanımlanması hastalıkları için doğru doktoru arayan hastalar için önemli rehberlerdir. Bu ayrıca uygun başvuru kaynakları arayan hekimler için de önemlidir, çünkü hem kendi güvenilirlikleri hem de hastaları için en iyi bakım, eğitimle ilgili doğru bilgiye dayanır. Hastaneler ve uygulama grupları gibi tıbbi kuruluşlar, profesyonel organizasyonlar ve kurullar belgelerin doğrulanmasının (tasdikinin) standartlarının oluşturulduğundan ve kötüye kullanımların (suiistimallerin) alenen (toplum önünde) rapor edildiğinden emin olmak yükümlülüğüne sahiptir. Toplumun sağlık profesyonellerine duyduğu güven, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kalifiye olmayan bir sağlık çalışanı tarafından verilecek bakımın zarar potansiyeli doktorların ilan edilen belgelerin ve eğitimin doğruluğunu garantilemede aktif rol almasını gerektirir.

Öneriler

1. Muayenehane tabelaları, iş kartları ve basılı ilanlar sadece ulusal ya da uluslararası tanınan kredilendirme kurumlarınca verilen belgelerle sınırlandırılmalıdır.
2. Ulusal medikal kurullar hekimler için güncellenmiş belgelerin kayıtlarını sağlamalıdır, ki hekimler için, daha sonra da hastalar veya başkaları tarafından ihtiyaç halinde referans olarak kullanılabilsin.
3. Ulusal olarak ve organizasyonlarda yanlış duyuru iddialarının araştırılması için mekanizmalar mevcut olmalıdır. Uygun tıp otoriteleri yanlış duyuru ile suçlanan ve yaptığı kanıtlanan her

- doktor ile ilgili olarak gerekli tedbirleri uygulamalıdır.
4. Kitle iletişim araçlarının farklı organizasyonlarında tıbbi makalelerin, programların veya söyleşilerin içeriklerini bunlar basılmadan veya kitle iletişim araçlarında yayınlanmadan önce denetlemek için özel bir inceleme kurulu oluşturulmalıdır. Yanlış bilginin toplum sağlığı üzerindeki etkisinden dolayı, tıbbi medya ve hekim, duyurulan herhangi bir belge ya da tecrübenin doğruluğundan emin olmak etik sorumluluğunu taşır.
 5. Çıkar çatışmalarından kaçınmak ve halkı aydınlatmak üzere medya sağlık profesyoneli veya ilaç ya da cihaz üreticilerinin bir yazı, yorum ya da röportaj için ödeme yapıp yapmadığını açıkça belirtmelidir.
 6. Yeni teşhis ve tedavi modalitelerini ve başarı oranlarını hakemli mesleki dergilerde yayınlamak tüm araştırmacıların ve hekimlerin sorumluluğudur, ki inceleme işlemi araştırma sonuçlarının kalitesi ve değerini garanti edebilsin. Bu, kitle iletişim araçlarında herhangi bir yayın/dağıtımdan önce yapılmalıdır ve kitle iletişim araçlarında duyuru yapıldığında araştırmacının hakemli inceleme değerlendirmelerinin sonuçları açıkça belirtilmelidir.

2003

DEĞİŞEN İLKELER

Cinsiyet Seçimi	1994
Üreme tıbbında gizlilik ve güvenilirlik konusundaki etik prensipler	2001
İnsan üremesinde klonlama	1997
Klonlama hakkındaki etik prensipler	1998
Embrio öncüleri konusunda araştırma	1989
İatrojenik çoğul gebeliğin önlenmesinde etik prensipler	2000
Çoğul gebeliğin selektif redüksiyonu	1989
Yenidoğan bakımının etik yönleri	1991
Yaşayabilirlik sınırındaki yenidoğan bebeklerin yönetiminde etik bakış açısı	1997
Kısırlaştırma konusunda etik görüşler	1989

**OBSTETRİSYEN JİNEKOLOGLARIN MESLEKTAŞLARINA
KARŞI PROFESYONEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ**

**ÖNERİLEN VE YENİ KABUL EDİLEN
FIGO GÖRÜŞÜ**

Hekim hem tıbbi hem diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşim ve çalışma içindedir.

İlkeler:

- Dürüstlük
- Diğerlerine saygı
- Sorumluluk

Dürüstlük

Hekimler:

- Etkileşim içinde oldukları tüm sağlık profesyonelleri ile samimi, doğrulukla ve duyarlı bir şekilde iletişim kurmalıdır.

* Bu bölüm Dr Ken Clark** tarafından önerilmiştir. FIGO yönetim kurulunun Eylül 2008 toplantısında görüşülmüş ve kabul edilmiştir.

**Executive Board Member- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, FIGO Executive Board Meeting-September, 2008

Çeviri Editörü Notu: FIGO Eylül 2008 - Londra toplantısına katılan ve toplantıda yeni kabul edilen bu bölümü veren TJOD Genel Sekreteri Prof. Dr. İsmail Mete İtil'e teşekkür ederim.

Diğerlerine Saygı

Hekimler:

- Diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşimde daima saygılı ve anlayışlı olduklarından emin olmalıdır ve diğer sağlık profesyonellerinin yeteneklerini tanımalıdır.
- Diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşimde yaş, ırk, soy, doğduğu yer, politik inanç, din, evlilik durumu, fiziki veya mental maluliyet, cinsiyet, cinsel tercih nedenlerinden dolayı ayrımcı olmamalıdır veya alakasız suçlu kanaatine varmamalıdır.
- Diğerlerinin kişisel sınırlarına saygı duymalı, istenmeyen romantik veya cinsel görüşmeler yapmaktan sakınarak, kişisel bilgileri korumalı ve bireyin çalışma alanına saygılı olmalıdır.
- Hasta ve yakınlarını saygı ve itina ile yaklaşmalı, tedavi sürecinde sadece kendileri değil diğer sağlık ekibinin üyeleriyle de görüşmeler yapmalıdır.
- Diğer sağlık profesyonellerini hastalara veya diğer sağlık profesyonellerine veya topluma yalancı, yanıltıcı veya aldatıcı tarzda eleştirmemelidir.
- Diğer sağlık profesyonellerinin araştırma projelerine ve diğer yayınlara katkılarını uygun şekilde bildirmelidir.

Sorumluluklar

Hekimler:

- Hasta yararına en iyi şekilde çalışmak için diğer sağlık profesyonelleriyle tam bir iletişim ve kooperasyon içinde olmalıdır
- Diğer sağlık profesyonelleri ile açık ve profesyonel bir ilişkiyi
 - açık iletişim, gizlilik ve güvenilirliği dikkate alarak sağlamalıdır.
 - kooperasyon, işbirliği ve ekip çalışması (tıbbi hataları azaltmak,

hastaların güvenliğini artırmak, kaynakların aşırı kullanımını azaltmak ve hizmet sonuçlarını optimize etmek için) ile korumalıdır.

- Diğer sağlık profesyonelleriyle duygusal, parasal, araştırma-egitim veya cinsel amaçlarla çıkar ilişkileri içine girmemelidir.
- Diğer sağlık profesyonellerine etik ve profesyonel destek sağlamalıdır.
- Profesyonel kötü davranış içinde ve yetersiz becerisi olanları uygun makamlara bildirmeli, bildirirken diğer sağlık profesyonellerinin ismine yanlışlıkla gölge düşürmekten kaçınmak gerekliliğine saygı duymalıdır. Doktor ayrıca gerekli olduğunda diğer sağlık profesyonellerinin profesyonel yardım ve bakımını kolaylaştırmalıdır
- Her bir sağlık profesyonelinin uzmanlıklarını uygularken yasalar çerçevesinde ve herhangi bir kaynağın engelleme veya tehditlerinden korunmuş olarak haklarını ve güvenliğini sağlamalıdır.
- Diğer sağlık profesyonelinin yasaların gerektirdiği istisnalar dışında kendi manevi kanaatleri veya dinsel inancının aksi şeklinde davranmasına zorlamamalıdır.
- Profesyonel davranışı desteklemeli ve sağlık profesyonelleri arasındaki tartışmaları çözümlenmeye yardım etmelidir.

Eğiten/eğitilen-öğreten/öğrenen ilişkisinde

Doktor:

- Öğrenenler için profesyonel davranış modeli olmalıdır.
- Profesyonel davranış, etik araştırma ve pratik ilkelerini öğretmelidir.
- Öğrenenlerin suiistimal etmeden, usanmadan veya gurur kırmadan öğrenmelerini sağlamalıdır.

- Öğrencisi veya nezaretindekilerle cinsel veya romantik ilişki içerisine girmemelidir.
- Kişisel sınırlara saygı gösterirken öğrenmeyi, denetimi ve eğitimi sağlamalıdır.
- Fikir uyuşmazlığını belirtmeye ceza alma, misilleme veya intikam korkusu olmadan müsaade etmelidir.
- Öğrenenlere görevler, araştırmalar ve test ortamları konusunda açık ilkeler sağlamalıdır.
- Öğrenenlerin objektif, zamanında, doğru ve yapıcı ölçümleri sağlanmalıdır.
- Araştırma ve klinik öğretim ortamı şartlarının, öğrenenlerin ihtiyacı için uygun olduğunu garanti etmelidir.
- Öğreten ve eğitenler, öğrenenler ve eğitilenler için klinik sorumluluğun uygun sınırlarını açıkça çizmelidirler.
- Öğrenenlere kendi yeteneklerini aştığını düşündükleri veya kişisel inançlarına aykırı işlemleri yapmadan reddetmelerini sağlamalıdır.

Referanslar:

1. FIGO document – “Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical aspects of Human Reproduction and Women’s Health”. November 2006
2. “The RANZCOG Code of Ethical Practice”. May 2006
3. “The RANZCOG Curriculum”. 2003
4. Whitcomb ME. Professionalism in Medicine. Acad Med. 2007;82:1009
5. Cohen J. Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters. Acad Med. 2007;82:1029-1032

6. Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the new millennium: physician's charter. *Lancet*. 2002;359:520-522
7. Hickson GB. A Complementary Approach to Promoting Professionalism: Identifying, Measuring and Addressing Unprofessional behaviors. *Acad Med* 2007;82:1040-1048
8. "Professional Standards for Faculty Members and Learners in the Faculties of Medicine and Dentistry at the University of British Columbia." November 2003

NOTLAR

NOTLAR



EYLÜL 2008, TJOD Yayını
Ücretsizdir