

## SÖYLEŞİ

### Klinik, Eğitim, Araştırma ve Yönetici Açısından Onkoloji ve Etik

#### Müge Demir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Dr. Öğr. Üyesi

*HÜTF Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi  
Müge Demir, Prof. Dr. Ömer DİZDAR'dan onkoloji  
alanındaki farklı kimliklerinin ışığında alanın etik  
sorunları hakkında röportaj yapmıştır.*



Prof. Dr. Ömer DİZDAR  
İç Hastalıkları Anabilim  
Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim  
Dalı Öğretim Üyesi

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 2000 yılında bitirdi. Uzmanlık eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2000-2005 yılları arasında, onkoloji yan dal uzmanlık eğitimini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bölümü'nde 2005-2009 yılları arasında tamamladı. 2011 yılında doçent, 2017 yılında profesör oldu.

2004 yılında iç hastalıkları uzmanlık eğitimi esnasında Prof. Dr. Şeref Zileli-Yılın Başarılı Asistanı Ödülü'nü, 2011 yılında Prof. Dr. Nijad Bilge Ödülü'nü, 2012 ve 2018 yıllarında Türk Tıbbi Onkoloji Derneği Onkoloji Araştırma Ödülü'nü aldı. Başta meme kanseri ve gastrointestinal kanserler alanında olmak üzere çok sayıda bilimsel makalesi bulunmaktadır.

Halen Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü Medikal Onkoloji Bilim Dalı'nda görev yapmaktadır. 2016 yılından beri Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Başhekimliği görevini yürütmektedir

MD: Sayın Hocam öncelikle bültenimiz için görüşmeyi kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Onkoloji alanında araştırmacı, klinisyen, idareci pek çok göreviniz var, kendinizi alanda nerede tanımlıyorsunuz? Bu alanda kendinizi tanımlarken hangi kimliğiniz ön plana çıkıyor?

ÖD: Herhalde en çok öne çıkan kimliğimiz hekimliktir.

Öğrettiğimizde de hekimlik öğretiyoruz, o da ondan bağımsız bir şey değil. Araştırmalarımız da sağlık araştırmaları. Hacettepe'de her alanda, birçok akademisyen gibi biz de bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. Bu da zaten üniversitede olmanın gereği.

MD: Bir de idarecilik göreviniz var. Başhekimlik yapıyorsunuz.

ÖD: Evet, onun da getirdiği zorluklar var. Ama o da sağlığa farklı bir bakış açısı ile bakmak aslında. Bize kazandırdığı çok şeyler oldu. İyi yapmak istiyorsanız vakit alan bir iş.

MD: Sayın Hocam, işte bu farklı kimlikleriniz nedeniyle temel olarak sizin perspektifinizden onkolojideki etik sorunları ve çözüm önerilerinizi öğrenmek istiyoruz. Klinisyen olarak, onkolojide hekim hasta ilişkisi içinde, sizin etik sorun odağı olarak gördüğünüz alanlar nelerdir?

ÖD: Kanser taraması, tanısı, tedavisi ve son dönem bakımı gibi tüm aşamalarda kendine has sorunlar var. Mesela tanı aşamasında hastaların, hasta yakınlarının tanıyla ilgili bilgilendirilmesi noktasında, yaşadığımız bazı zorluklar var ve bu süreç iyi yönetilmezse etik problemlere neden olabilir. Hekimin en önemli görevlerinden birisi hastasına doğru bilgi vermektir. Hasta doğru bilgilendikten sonra bazı kararları birlikte almaktır. Tabii ki hekim yönlendiricidir. Tedavi önerisinde bulunur. Ama artık özellikle kanser tedavisi birçok farklı disiplinin işin içinde olduğu, tedavilerin toksik olabileceği, birden fazla tedavi seçeneğinin olduğu, hastanın tercihlerinin ön planda olduğu karmaşık bir süreç. Doktorun tek başına bu süreci yönetmesi, artık çok da mümkün olamıyor. Hastayı da mutlaka karar verme süreçlerine ortak etmek zorundasınız. Bu ortaklıkta önce karşılıklı güven, doğru bilgilendirme üzerinden ilerlemek gerekiyor. Ama tanı konusunda hastaların, hasta yakınlarının özellikle kanserin isminden dolayı, tanıyla yüzleşmede yaşadıkları bazı problemler oluyor. Bu süreci hekimlerin iyi yönetmesi, hastaları iyi bilgilendirmesi gerekiyor. Birçok tıbbi işlem için biliyorsunuz onam almak gerekiyor. Bilgilendirmeden onam olmaz. Onun için bu hem tıbbi hem hukuki hem etik süreçlerin en kritik noktalarından birisi olan bilgilendirilmiş onamın, bilgilendirme kısmını doğru yapmak zorundayız. Bu biraz zamanla deneyim kazanılacak bir şey. Özellikle tanı esnasında hastayı, sonraki süreçte yaşayacakları şeyler, tedaviden beklentiler, olası sıkıntılar konusunda iyi bilgilendirmek önemli. Yoksa bundan sonra hukuki, etik birçok problemle karşılaşmak olası.

MD: Bence kültürel olarak Batı toplumlarından biraz farklı bir yerde duruyoruz. Bizim ailemiz daha önemli. Daha kalabalık gruplar halinde aydınlatılmış onam sürecine dahil oluyoruz aslında.

ÖD: Evet, hasta konusunda söz söyleyen kişi sayısı biraz fazla oluyor bizde. Bizim insanlarımızın yaklaşımları çok korumacı, koruma refleksi ile hastayı gerçeklerle yüzleştirmek istemiyorlar. Ama hastalar da hekimler de aynı toplumdan çıkıyor sonuçta. Hekimin eğer yeterli zaman ve enerjisi olursa bu iletişimi sağlayabilir. Burada yetmişmiş, temel eğitimini burada almış, zaten bu insanlar arasında büyümüş birisi, çok zorlanmaz. Ama günün koşturmacalarıyla, yoğun polikliniklerle, günde elli hasta bakılan yerlerde bu tarz problemler çıkıyor. Bütün bunları aşip doğru bilgileri, doğru yerlere, olması gereken miktarda ulaştırmak gerekiyor. Bunu da birçok arkadaşımızın vakti elverdiği ölçüde yapabildiğini düşünüyorum.

Tedavi ile ilgili belki şunu da söylemek lazım: kanser tedavileri hızlı geliyor. Birçok yeni ilaç uygulamaya giriyor. Tabii bunlar bütün ülkelerde aynı hızla uygulamaya girmiyor. Örneğin yeni bir tedavi şu an yurtdışında var, Türkiye’de yok. Ya da ülkemizde olup geri ödemesi olmayan, herkesin ulaşamayacağı fiyatlarda olan ilaçlar var. Bu da tedavi seçeneklerini tartışırken problem yaratıyor. Sonuçta hastaya hep daha iyisini önermeniz gerekli. Ama hastanın o tedaviye ulaşabilmesi çok zor. Ama hastaya daha iyinin ne olduğunu, mevcut durumu iyi anlatmak lazım. Ulaşamadığınız ve ulaşılması çok kolay olmayan tedavilerin varlığında, hastayı olanla idare edebilme çabası hekimleri zorluyor. Mesela akciğer kanseri tedavisinde kullanılan Türkiye’de geri ödemesi olmayan bazı ilaçlar var. Yüksek geliri olan hastalar, çaba sarf ederek bunları kısmen karşılayabiliyorlar. Ama düşük gelir seviyesinde olan hastaların bunu karşılayabilmesi mümkün değil. Bu tedaviler sonucunda kesin iyileşme ya da iyileşmeme gibi, siyah-beyaz durumlar yok. Eldeki tedaviden daha iyi ama o “daha iyi” için hasta ne yapar, ne kadar fedakarlık yapabilir, bunu bilemiyorsunuz. Hastaya bu seçenekleri, artısını, eksisini doğru anlatabilmek şart ama bunu yapabilmek çok kolay değil.

MD: Böyle bir aşamada hastanın yaşam kalitesi de önem kazanıyor mu? Mesela hastanın yaşam süresini uzatıyorsunuz ama bu uzayan süreyi hastanede geçiriyor!

ÖD: Elbette. Hastaları yönlendiren, bilgilendiren doğru karar almasını sağlayan kişi sizsiniz. Ancak bazı bilgileri aktarabilmek her zaman çok kolay olmuyor. Hastanın doğru anladığından emin olmak gerekiyor. Sosyokültürel seviye düşük olduğunda anlatabilmek zor. Bir araştırmada üniversite mezunu olan ve kanser tanısı alan yüz kişiye, bazı tedavilere bağlı iyileşme oranları ve ölüm riski rakamsal olarak şu kadar azalıyor şeklinde bazı bilgiler vermişler. Buna bağlı olarak hangi ilaç kötü, hangisi daha iyi diye sorduklarında yanılma oranı %30 bulunmuş. Üniversite mezunu insanların %30’u, tanı esnasındaki üzüntü, endişe ve kafa karışıklığı nedeniyle, size basit gelen bir cümleyi söylediğinizde, doğru

anlayamayabiliyor. Dolayısıyla hastaya iyi tedaviyi, tedavi maliyetini, A tedavisini alırsa ne olacağını, B tedavisini almazsa ne olacağını anlatmak çok zor. Her şeyi bütün açıklığıyla hastaya olabildiğince anlatmaya ve masadaki seçenekleri sunmaya çalışıyorsunuz, ama bazı seçenekler ulaşılması çok zor seçenekler olunca, o süreci yönetmek de kolay olmuyor. Umarım bir an önce bu yeni ve maliyetli tedavilere hastaların ulaşabileceği günlere geliriz de bu tarz ikilemlerden kurtuluruz.

MD: Kanserlin bazı türleri sonu ölümle sonuçlanan bir süreç içeriyor. Bu durumda hekim- hasta ilişkisinde hekimin kendi ölümü ile de yüzleşmesi söz konusu. Acaba hekimlerin hastalarına da faydalı olmak açısından bu süreci yönetmeleri, ölümle yüzleşmeleri anlamında desteğe ihtiyaçları var mıdır?

ÖD: Bence var. Çünkü bu kendi haline bırakılmayacak kadar hassas bir konu. Özellikle ölümcül bir hastalıkla, eski tabirle duçar olan hastalar ağzımızdan çıkan bir kelimeyi, bir mimiğinizi çok önemsiyorlar. Onun için bu tarz kritik iletişimleri kendi haline, hekimin karakterine, o günkü ruh haline bırakmamak gerekir.

Birçok toplantıda kötü haber vermeye, hastalarla doğru bir iletişim kurmayla ilgili eğitimler veriliyor. Kötü haber vermenin, düzgün bir ortamda, sakin bir şekilde, oturarak, göz teması kurarak konuşmak gibi temel bazı fizik kuralları var. İnsana saygıyı içinde barındıran ve düzgün söylenmesi gereken ifadeler var. Özellikle bu tarz zor hastalıklarla uğraşan hekimler için de bir destek gerekli. Bu konunun önemi ile ilgili farkındalık da artıyor. Dönem I, dönem II derslerinde bile iletişim ve kötü haber vermeye ilgili, eğitimler olduğunu artık görüyoruz.

MD: Eğitim ayağına gelelim. Asistan eğitimi de olabilir, dönem 4, 5 stajları, intörlük sırasında karşılaştığınız etik sorunlar nelerdir?

ÖD: Onkolog olarak yaşadığımız bir şey şu: İnsanların kafasında bütün hastalıklar bir yana, kanser bir yana gibi bir algı var. Kanser şu anda gelişmiş ülkelerdeki en sık ölüm nedeni. Kardiyovasküler hastalıkların önüne geçmiş durumda artık neredeyse ve aşağı yukarı her on kişiden üçü ya da dördü bu tanıyı alacak. Gözlerinizi kapatarak ya da ben kanserle ilgilenmiyorum, sadece hipertansiyonla uğraşıyorum diyerek uzak kalabileceğiniz bir hastalık değil. Kanser her yerde. Kanser hasta için, ailesi için, hastane için, sağlık sistemi için, bütçe için, ülke için, herkes için çok ağır bir yük. Kafamızı kuma gömerek bundan kurtulma şansımız da yok. Farklı alanlarda çalışan herkesin kendi alanıyla ilgili bu hastalarla bir teması oluyor. Özellikle öğrencilerin eğitiminde bunu vurgulamaya gayret ediyoruz. Ben zaten onkolog olmayacağım ki, diyerek kanserden kurtulamazsınız. En azından ailenizde, birinci, ikinci, üçüncü derece yakınlarınızı topladığınızda elli kişi

yapıyorsa bunların aşağı yukarı on beş ila yirmi tanesinin muhtemelen kanser olduğunu göreceksiniz, şahit olacaksınız. Öğrencilerin bu alanla aşinalığını arttırmaya, bu hastalarla doğru şekilde iletişim kurma, onların ihtiyaçlarını kendi açılarından doğru şekilde görme ve onlara yardım etme gayretini aşılama çalışıyoruz.

Bir de onkoloji çok hızlı gelişen bir alan. Bilgi hızla artıyor. Genç ekibe bu bilgileri biraz harmanlayarak, biraz süzerek, rafine şekilde aktarmak lazım. Onun çabası hepimizde var. Başka bazı hastalıkların tedavisinde son yirmi yılda çok büyük gelişmeler pek olmadı ancak onkolojide son yirmi yılda tedavilerde çok kritik değişiklikler oldu. İlgili literatürü sıkı takip etme, bizden sonraki jenerasyona doğru aktarma adına da daha fazla gayret sarf etmemiz gerekiyor.

MD: Bu hastaların hem hastalıkları hem de ölümler yüzleşmeleri nedeniyle aynı zamanda farklı uzmanlık alanlarının bilgisine ve sosyal, psikolojik, pek çok desteğe ihtiyaçları var. Bu nedenle günümüzde palyatif bakım daha fazla konuşulur oldu.

ÖD: Özellikle kanser hastaları ve geriatrik popülasyonda palyatif bakım yakıcı bir ihtiyaç olarak ortaya çıkıyor. Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütüne göre, yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastanın ağrı başta olmak üzere fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlarını, sıkıntılarını gidermeyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Her hekim zaten bunu hedefler, Tababet zaten budur. Kanser gibi hastalıklarda tedavi seçenekleri çeşitlenip, iş multidisipliner hal alıp, gün içerisinde üç farklı doktor, beş farklı tetkik, on farklı reçete yazılır hale geldiğinde, biraz ipin ucu kaçmaya başladı. Hastalar oturup her şeyini dinleyecek, sorunlarını çözecek birine ihtiyaç duyuyorlar. Palyatif bakımı doğuran budur. Hastaların çok boyutlu sorunları var. Fiziksel, psikolojik, sosyal sorunlarla, hasta yakınlarının sorunları ile kim ilgilenecek? Durum böyle olunca, klasik hekim hasta ilişkisi bozuluyor, bir hekim tüm sorunları çözmeye yetememeye başlıyor. Palyatif bakım ekipleri bu sorunun çözümüne yönelik ortaya çıktı. Ekibin içinde ağrı, beslenme, psikososyal destek, spirüel/ruhsal/dinsel problemlere destek, ergoterapi, fizyoterapi bileşenleri var. Bunların hepsini artık bir kişinin sağlayabilmesi zaten çok mümkün değil. Bir hekim bir hastaya sabahtan akşama kadar vakit ayırsa da, yine de hakkıyla bütün bu işleri yapamayabilir. Dolayısıyla artık özellikle kanser gibi hastaların hayatını tehdit eden ve semptom yükü ağır olan hastalıklarda bu semptomların yönetimi için ekipler oluşmaya başladı. Hastaların ihtiyaçları doğrultusunda ve koşullarınız elverdiği ölçüde bu ekipler büyümeye, kalabalıklaşmaya, çeşitlenmeye başladı. Eskiden bu bakım daha çok hayatının son döneminde, hasta ölmeden önceki son zamanlardaki süreci kapsıyordu. Hala daha palyatif bakım deyince insanların kafasında ilk çağrışım bu oluyor. Ama aslında tanım olarak tanıdan itibaren

hastaların çoklu sorunlarına yardımcı olma hedefi vardır. Hastalığın son evresinde ihtiyaçlar sayı olarak da, şiddet olarak da artıyor. Onun için sona doğru palyatif bakım kelimesi cümle içinde daha çok geçmeye başlıyor. Ama aslında o süreç tanıdan itibaren var. Hatta hastanın belki en stresli olduğu anlar, tanıyı öğrendiği zaman. Tanı anı herkes için çok zor bir zaman. Hastalığın farklı aşamalarında palyatif bakım ihtiyacı da farklı oluyor. Tanıdan hemen sonraki aylar kemoterapi yan etkileriyle boğuşurken, artık son döneme yaklaşıldığında başka gereksinimler ön plana çıkıyor. Ama palyatif bakım aslında başından beri hep var. Adını ister destek tedavi koyun, ister palyatif bakım koyun bu ihtiyaç tanıdan itibaren var. Biz de idare olarak bununla ilgili çaba sarf ediyoruz. Bu sürecin her aşamasıyla ilgili, hastanemizde uzun yıllardır ağrıyla, beslenmeyle, psikososyal destekle, fizyoterapiyle ilgili ekipler uğraşılıyor. Biz de son zamanlarda biraz daha bu ekibi daha koordineli hareket eder hale getirmeye çalışıyoruz. Hastaların olabildiğince az yer dolaşarak, olabildiğince tek seferde çoklu hizmetlerden faydalanabilecekleri bir düzen oluşturmaya çalışıyoruz.

MD: Palyatif bakım sanki daha çok yatan hastaya verilen bir hizmet gibi?

ÖD: Palyatif bakım tanımında hastanın sıkıntısını gidermek, ıstırabını azaltmak var. Dolayısıyla hastaların sıkıntıları, yakınmaları yaşamın son döneminde daha fazla arttığı için palyatif bakım bu dönemde daha çok gündeme geliyor. Aslında palyatif bakım sadece yatan hastada değil, daha en başta ilk tanı esnasında başlaması gereken bir şey. Hastaların hastalığın tüm aşamalarında farklı konularda ve farklı yoğunlukta olmak üzere desteğe ihtiyacı oluyor. O yüzden bu işin ayaktan hastaya yönelik kısmı da çok önemli. Hastanemizde hastaların ağrı, beslenme bozukluğu, endişe, üzüntü kaynaklı stres, kemoterapi yan etkileri gibi sorunlarını poliklinikte danışabilecekleri, tanı aldığı ilk günlerde sıkıntıları olduğuna gidebilecekleri, yardım alabilecekleri destek tedavi ünitemiz var. Yatan hastalar için ayrı bir palyatif bakım servisimiz yok ama mevcut koşullarda yatan hastaların benzer ihtiyaçlarını, ekibimiz konsültasyon istendiğinde yatak başında olabildiğince karşılamaya çalışıyoruz.

MD: Palyatif bakım ekipleri nasıl çalışıyor?

ÖD: Palyatif bakım ekibinin işleyişi dünyada da tartışılan bir şey. Hasta ile ilgili nihai kararı kim verecek? Hastanın tedavisine devam etme, etmeme veya tedavinin tıbben yararsız olup olmadığının değerlendirilmesi ile ilgili kararlar nasıl alınmalı? Primer hekim mi sorumlu olmalı, hekimi destekleyecek mekanizmalar mı kurulmalı, palyatif bakım ekibi bu sürece nasıl dahil olmalı? Tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve ekip içi rol paylaşımıyla ilgili, özellikle de kurumsal ve hukuki zemininiz sağlam değilse, problemlere neden olabilir. Biz şöyle yapıyoruz;

palyatif bakım ekibimiz yatan hastalar için vizitlere katılıyor, mesela haftada bir gün psikososyal ekibimiz, haftada iki gün nütisyon ekibimiz, diyetisyenlerimiz, ağrı hemşiremiz olabildiğince haftada bir veya iki gün hastaları ve konsültan hekimleri birlikte görüyorlar. Vizitlerde hastaların sorunlarını konsültanla konuşarak tedavi planı yapabiliyorlar. Son kararları hastanın asıl doktoru veriyor.

MD: Yaşam sonu kararları ile ilgili Türkiye de bir yasal zemin yok. Bu bir sorun alanı teşkil ediyor mu?

ÖD: Yaşam sonu kararları nazik ve yanlış anlaşılmalara açık bir konu. Bu dönemde doğru hareket edebilmek için hekimlerin, diğer sağlık personelinin, idarecilerin, hukukumuzun, toplumun, sağlık politikası belirleyicilerinin, herkesin tutarlı bir şekilde aynı şeyi söylüyor ve birlikte hareket ediyor olması lazım. Son dönem hastada beklenti ne demek? Tedavi hedefi ne demek? Hasta için bazı girişimlerin hastaya yarar değil zarar verme olasılığı var mıdır? Tıbbi desteğe hangi seviyede devam etmek uygundur? Bunlar hastayla nasıl konuşulmalıdır? Burada gerçekten birlikte verilmesi gereken bazı kararlar var, doktorun tek başına bu süreci yönetebilmesi kolay değil. Bu alandaki belirsizliklerin giderilmesi gerek, hastaların bu dönemdeki taleplerini kayıt altına alıp, gerçekleştirmek için yasal zeminin oluşturulması gerek. Hekimlerin bu konuda eğitim alması gerek. Hastaların ve yakınlarının tanıdan itibaren bu konuların gündeme geleceği günlere zihinsel olarak hazırlanması gerek, toplumun da bu konuda bilinçlendirilmesi gerek. Batı ülkelerindeki bazı uygulamalardan, doğudan, kuzeyden, güneyden, kendi deneyimlerimizden, kendi kültürümüzden yola çıkarak bu konuda bir ortak akıl, ortak çözüm bulunabileceğini anlatmamız lazım. Asistanlarımıza ve öğrencilerimize de bunları da anlatıyor olmamız lazım. Her ortamda zor dönemi, birlikte verilen kararlarla, konuşarak aşılacağını anlatıyor olmak lazım.

Biz şu temel prensibe dayanarak devam ediyoruz: hekimlerin hastalara yaptığı her müdahale hastaları tedavi etmek, iyileştirmek içindir. Eğer siz bir hastanın bir tedaviden fayda göreceğini düşünüyorsanız tedaviyi verirsiniz, görmeyeceğini düşünüyorsanız vermezsiniz. Hastanın yarar görmeyeceği bir tedaviyi hastaya uygulamamak o hastadan tedaviyi esirgemek demek değildir. Bu perspektiften, hastalara gerçekten yararlı olacağını düşündüğümüz müdahaleleri yapmaya, yararlı olmayacağını düşündüğümüz tedavileri de yapmamaya, olabildiğince hastayı da sürece ortak ederek, sürdürmeye çalışıyoruz. Ama konunun hukuki kısmıyla, kaydıyla, onamıyla ilgili eksiklerimiz var. Bu konuları tek başına bir hekimin sorumluluğuna bırakmak uygun değil. Paydaşları bu kararlara ortak etmek lazım. Makro planda da bu konularda politika belirlemek gerek. Bu konudaki tüm paydaşlar, hekim, ilgili bölüm, acil servisler, aile hekimleri, hastane idareleri, hukuk müşavirliği, Sağlık

Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve başka her kim varsa son dönem kanserli hastaların yönetimiyle ilgili bir araya gelip konuşmalı, çözümünü birlikte aramalıdır. Bu herkesin yükünü hafifletir. Bu tarz kritik konularda ne kadar sorumluluk paylaşırsa o kadar iyi.

MD: Peki idareci olarak kanserle ilgili altını çizmek istediğiniz, burada da bir sorun alanı var diyeceğiniz bir şeyler var mı?

ÖD: Bahsettiğimiz ideal yaklaşımı oluşturabilmek için daha fazla altyapıya, fizik mekana ve hekime, aslında hekimden daha çok yardımcı sağlık personeline ihtiyacımız var. Bir de gerçekten ilaç maliyetleri ülke bütçelerini zorlayacak düzeylerde, ancak yine de doğru şekilde maliyet etkinlik analizleri yapılırsa ve bu gözle kaynaklar yeniden gözden geçirilirse hastaların bazı ilaçlara ulaşımı mümkün olabilir diye düşünüyorum.

MD: Ölümle yüzleşen bir grup olduğu için onkologlar ve onkoloji alanında çalışan diğer sağlık personeli de acaba bu alana girmekten imtina ediyor olabilirler mi? Alandaki personel eksikliğinin bir nedeni de bu olabilir mi?

ÖD: Tabii olabilir. Daha rahat çalışacağınız, daha az üzüleceğiniz yerleri tercih edebilirsiniz. Ama şu andaki mevcut sıkıntının temel belirleyicisi insanların tercihleri değil. Bu alanda çalışmak isteyen çok insan var. Daha fazla kadro olursa talep de olur diye düşünüyorum.

MD: Bir de araştırma aşamasından bakalım. Onkolojide araştırmada yaşanan etik sorunlar var mıdır?

ÖD: Eğitim, araştırma ve hizmet arasında en geriden gittiğimiz alan araştırmadır. Hizmet alanında birçok hastamızın gerçekten iyi bir bakım aldığına inanıyorum. Tıp fakültesindeki eğitimin sorunlarına rağmen yine de iyi düzeyde eğitim verildiğine de inanıyorum. Ama araştırmayla ilgili eksikler var. Hasta bakımının iyi olmasının nedeni önemsenmesi ve desteklenmesi. Bilimsel araştırmaya da aynı önem ve destek sağlanırsa orada da iyi şeyler yapılabilir. Bu alanda yetişmiş insan sayısının artırılması, hekimlerin mesailerinin bir kısmını da araştırmaya ayırabilecekleri çalışma düzenlerinin oluşturulması, temel bilimcilerle klinisyenlerin buluşmalarının artırılması, araştırmalar ve araştırmacılar için maddi desteklerin artırılarak bilimsel araştırma yapmanın fedakarlık gerektiren bir iş olmaktan çıkarılıp cazip hale getirilmesi çok önemli. Mevcut imkanlarla birçok arkadaşımız bence iyi işler yapıyorlar, yapmaya gayret ediyorlar ama büyük ölçekli ilaç geliştirme, tanıtım yeniliklerin altına imza atma gibi konularda daha almamız gereken mesafeler var. Akademide çalışanlar olarak, bizim bu konuda mevcut imkanlarla elimizden gelenin en iyisini yapmamız ama aynı zamanda da bu alandaki her türlü eksikliğin yanlışlığın giderilmesi için

geribildirimde bulunmamız, politika belirleyicileri uyarmamız gerekli.

Klinik araştırmalarda etik kurullarımız çok deneyimli, hem araştırmacıları hem hastaları koruyacak şekilde titiz alışıyorlar, ama yoğunluk nedeniyle sreler yavaş ilerleyebiliyor, bu kurulların da bu aıdan desteklenmesi gerekli.

MD: Bize zaman ayırdığınız iin tekrar teşekkr ederiz.

## RENİNİN SESİ

Treat #metoo

**Bircesu USLU**

Hacettepe University Faculty of Medicine Student

In 2006, American activist Tarana Burke started a movement by creating #metoo.1 Purpose of #metoo was and still is to give victims their voice back, and make sure their story is heard. In 2017 Rose McGowan and many more used #metoo to get their stolen voice back and tell their story. #metoo went viral.2 It became not only the symbol of the voices raising against sexual assault but also a powerful tool to point out wrong doings, such as discrimination in hospitals. #metoo changed the World in many ways. However, we can use its momentum to change the World for even better. As long as there are victims, there is place for more #metoo movements.

Every doctor vows to treat each and every patient with care and respect, be there for them as needed. This vow not only forms a reliable relationship but also protects rights of patients. Breaking the vow means end of the guarantee that promises everyone will be treated equal in the hospital. Without such guarantee hospitals lose their unique qualifications as a welcoming place for all regardless of one's wealth, position, profession, sexual orientation or gender identity. This could be the beginning of the end.

If so, why the doctors, who vowed to treat every patient equally, break their vow and more importantly who are these people? This questions might seem easy to answer by pointing our finger to a group of people or saying it is fault of some doctors but in reality these are complex problems. The medically discriminated group changes from region to region though they are mostly poor women and children with unfavoured profession such as prostitute or unemployed, with that said race, sexual orientation, language, accent or outhere appearance could be a reason for discrimination. It could be said that doctors don't want a patient if that person can not reach their standards.

Many organisations such as The World Medical Association (WMA) pointed out how important it is to end discrimination and more importantly how dangerous this discriminatory actions can be. For example in their press release 2016 they supported action against HIV/AIDS discrimination by stating "Doctors' leaders from the World Medical Association