



**TURKISH ETHICS UNIT OF THE INTERNATIONAL NETWORK
UNESCO CHAIR IN BIOETHICS (HAIFA)
Newsletter**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİYOETİK EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HÜBAM)
E-Bülten**

**REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY
Volume 2, Issue 2
2019**

EDİTÖRDEN	1
BİLİMSEL ÇALIŞMALAR	3
<i>Organ Allocation Policies on WHO and UNESCO Perspectives</i>	<i>3</i>
<i>Potential Problems in Pharmacologic Brain Enhancement in Healthy People</i>	<i>9</i>
<i>Are There Any Limits to Substantive Criminal Law?</i>	<i>12</i>
<i>Ceza Hukuku ve Biyoetik</i>	<i>14</i>
<i>Kadın Doğum Hekimlerinin Prenatal Tarama ve Süreç Yönetiminde Tutum ve Davranışlarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi</i>	<i>15</i>
ETKİNLİKLER	17
<i>UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi, 2019 Dünya Biyoetik Günü Kutlamasının Ardından... ..</i>	<i>17</i>
<i>Tıp Etiği ve Tarihi Konferansları Serisi (TETKON)</i>	<i>18</i>
<i>Uzmanıyla Söyleşi</i>	<i>19</i>
<i>Asistan Etik Eğitimi (ASET)</i>	<i>20</i>
SÖYLEŞİ	21
<i>Klinik, Eğitim, Araştırma ve Yönetici Açısından Onkoloji ve Etik</i>	<i>21</i>
ÖĞRENCİNİN SESİ	25
<i>Treat #metoo</i>	<i>25</i>
ANI / EDEBİYAT / ELEŞTİRİ YAZILARI	26
<i>Benim Gibi Makineler, Ian McEwan</i>	<i>26</i>
Yayın Kurulu	28

EDİTÖRDEN

Değerli okuyucular;

UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi'nin (Turkish Ethics Unit of the International Network- UNESCO Chair in Bioethics at the Hacettepe University Medical School) ve HÜ Biyoetik Merkezi (HÜBAM)'nin ortak yayını olan Newsletter of the UNESCO - " **REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY**" nin üçüncü sayısını sizlerle buluşturuyoruz. REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY 'in Aralık sayısını sunmak, 2020 yılına girmek üzere olduğumuz bugünlerde heyecanımızı ve motivasyonumuzu artırıyor...

REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY'in Aralık 2019 sayısında da ilgi ve keyifle okuyacağınızı umduğumuz yazılar yer almakta.

Öncelikle Dr. Nüket Örnek Büken'in, "Organ Allocation Policies On WHO and UNESCO Perspectives" adlı makalesi ile Dünya Sağlık Örgütü ve UNESCO perspektivinden organ paylaşımı ile ilgili düzenlemelerin ve etik tartışmaların neler olduğunu okuyacağız.

HÜTF Tıp Tarihi ve Etiği asistanı Dr. Sevim Coşkun, "Potential Problems in Pharmacologic Brain Enhancement in Healthy People" isimli değerlendirme yazısıyla, sağlıklı insanlarda bilişsel aktivite artırıcı ilaçların kullanımını tartışacak.

Essex Üniversitesi LLM öğrencisi Kıvılcım Ceren Büken, "Are there any limits to substantive criminal law?" adlı yazısıyla, ceza hukukunun maddi sınırları olup olamayacağını tartışmaya açıyor. Yani, her şey suç olarak düzenlenebilir mi? Kültürel ve dini kuralların ceza hukukunun kaynağını oluşturması doğru mudur? Bunun tartışmaya açılması nasıl olur? Sorularına yanıt arama çabası ile bizi düşünmeye sevk ediyor...

Hemen arkasından aynı konuda Azerbaycan Milli Bilimler Akademisi'nden, Sevda Aydın Karimova,"Ceza hukuku ve biyoetik" başlıklı çalışması ile konuya farklı bir perspektif sunuyor.

HÜTF Tıp Tarihi ve Etiği AD'da, "Kadın Doğum Hekimlerinin Prenatal Tarama ve Süreç Yönetiminde Tutum ve Davranışlarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi/"**Examination of Attitudes and Behaviors of Obstetricians in Prenatal Screening and Process Management in Terms of Medical Ethics** " başlıklı tez çalışmasını yürüten Dr. Figen Türkçapar, size tezinin özet bilgilerini sunuyor.

Etkinlikler bölümünde her yıl 19 Ekim tarihinde kutlanan Dünya Biyoetik Günü ile ilgili 2019 Dünya Biyoetik Günü Hacettepe kutlaması ile ilgili bilgiyi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi, Dr. Önder İlgili'den alacağız. Ayrıca HÜTF Tıp Etiği AD'nın etkinliklerinden bilgiler edineceğiz.

Söyleşi bölümünün konuğu Prof. Dr. Ömer DİZDAR. HÜTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi. Kendisiyle söyleşiyi Dr. Müge Demir gerçekleştiriyor. Keyifle ve ilgiyle okuyacağınızı tahmin ediyorum.

Öğrencinin sesi bölümünde HÜTF Öğrencisi Bircesu Uslu'ya kulak vereceğiz, Treat #metoo başlıklı yazısıyla.

Ve son olarak Dr. Şükrü Keleş, günümüzün özgün yazarlarından biri olan Ian McEwan'ın alternatif bir tarih kurgusuyla yazdığı "Benim Gibi Makineler (*Machines Like Me*)" adlı romanının tanıtımını yapacak.

REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY nin yayın kurulu olarak, hepinizin yeni yılını kutluyor, keyifli okumalar diliyoruz. Biyoetik çalışmalarının dalga dalga yayılacağı ve biyoetiğin sesinin her yere ulaşabileceği bir gelecek umuduyla...

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, MD, PhD.

Editör

From the Editor

Dear readers;

UNESCO International Bioethics Network Turkey Unit and HU Bioethics Center is a joint publication Newsletter of the UNESCO – “**Reflections on Bioethics from Turkey**”- We bring you the third issue of this publication. Presenting the December issue of Reflections On Bioethics from Turkey, increases our excitement and motivation nowadays as we are about to enter 2020...

In the December 2019 issue of Reflections On Bioethics from Turkey, we hope that you will read with interest and pleasure.

Firstly, Dr. Nüket Örnek Büken’s article titled “Organ Allocation Policies on WHO and UNESCO Perspectives”, will read about the regulations and ethical discussions about organ sharing from the World Health Organization and UNESCO perspective.

HUMF Medical History and Ethics Assistant Dr. Sevim Coşkun will discuss the use of cognitive activity enhancing drugs in healthy people with an evaluation paper titled “Potential Problems in Pharmacologic Brain Enhancement in Healthy People”.

Kıvılcım Ceren Büken, an LLM student at the University of Essex, discusses whether criminal law can have material boundaries with her article named as “Are there any limits to substantive criminal law?” Can everything be arranged as a crime? Is it true that cultural and religious rules are the source of criminal law? How can this be discussed? In an effort to find answers to these questions, she drives us to think...

Immediately afterwards, Sevda Aydın Karimova from the Azerbaijan National Academy of Sciences, presents a different perspective on the subject with her work titled “Criminal Law and Bioethics”.

Hacettepe University Institute of Health Sciences Medical Ethics and History PhD Program Student Dr. Figen Türkçapar gives brief information about “**Examination of Attitudes and Behaviors of Obstetricians in Prenatal Screening and Process Management in Terms of Medical Ethics**” which is also the title of her thesis that she has recently started.

In the Events section, we will learn about the **World Bioethics Day** celebrated every year on October 19, and the 2019 World Bioethics Day celebration of Hacettepe. This section wrote by Dr. Önder İlgili. In addition, a group of HUMF Medical Ethics activities will be presented.

TETKON is a series of Medical Ethics and History of Medicine Conferences in Hacettepe University which are organized monthly on current issues in any discipline. **Discussions Hours with Specialists** are events where PhD theses are presented by young academicians who have just completed their PhD programmes. **ASET is an Assistant Physician Ethics Education** which is a postgraduate ethics education for assistant physicians at Hacettepe University Faculty of Medicine and organized twice in a year since 2001.

Dr. Muge DEMİR made an **Interview** with Prof. Dr. Ömer Dizdar in the next section where they discuss about oncology and medical ethics He answers Dr. Demir’s questions while taking attention on Turkey’s current status about this issue. I guess you will read with pleasure and interest.

We will listen to HUMF student Bircesu Uslu in the voice section of the student with the article Treat #metoo.

And finally, Dr. Şükrü Keleş will present us the novel named as “Machines Like Me ’by Ian McEwan, one of the original writers of our time.

As the editorial board of REFLECTIONS ON BIOETHICS FROM TURKEY, we would like to congratulate all of you on the new year and wish you a pleasant read. Hoping for a future where bioethics will spread wave by wave and the sound of bioethics can reach everywhere...

Professor Dr. Nüket Örnek Büken

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Organ Allocation Policies on WHO and UNESCO Perspectives

Prof. Dr. Nuket Ornek Buken (MD, PhD)

Hacettepe University Medical School
Head of Department of Medical Ethics & Medical History
Director of Hacettepe University Bioethics Center
Member of the UNESCO National Commission for Bioethics Committee

This text is based on the conference text presented at the International Transplant Network Joint Meeting at the 2nd INTERNATIONAL MEDICAL LAW congress in Antalya in September 2017. (International Transplant Network Joint Meeting), September 22, 2017 Mirage Park Resort Hotel, Antalya-TURKEY (www.tiphukukukongresi2017.com),

Introduction

I will give a brief introduction into the ethics of organ transplantation. This does not cover all sorts of ethical problems related to organ transplantation but will provide basic information to start with in this section discussion. The ethics of science and technology always has had an international dimension; nowadays many international organizations have programs and activities in this area. This development illustrates that ethics, and bioethics in particular, has evolved from an academic discipline into field of public debate and global policymaking. Following the global dissemination of science and technology, bioethics has also become increasingly international. Also, healthcare practices are becoming increasingly global but guidelines and legal contexts differ and are sometimes absent. Rules for transplantation and procedures for organ donation, for example, vary among countries and these different approaches have contributed to abuses such as organ trafficking and commodification of transplantation practices. Furthermore, the burdens and benefits of scientific and technological advancements are not equally distributed.

Many international organizations have activities and advisory bodies in the area of bioethics. UNESCO and WHO are not an exception. UNESCO and WHO's work on this matter is important. As a member of the UNESCO National Commission for Bioethics Committee, I want to give you some information about UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. October 19,

2017, will marked the 12th anniversary of the adoption by the General Conference of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) of the "Universal Declaration on Bioethics and Human Rights," which was signed by representatives of the 191 member states of the conference. This declaration is of major importance: it was the first legally binding document approved by a global organization to address the whole range of subjects covered by bioethics. The UNESCO declaration and the Universal Declaration of Human Rights are part of an integral whole, which grounds both rights and ethics in the inherent dignity and equality of human beings. Policies concerning the allocation of organs cannot, therefore, disregard the principles affirmed in the Declaration.

On the other hand, other documentation about this issue was from WHO. This document provides an account of the points discussed and the conclusions reached at a consultation on the ethical, access, and safety issues in tissue and organ transplantation held by the World Health Organization (WHO) in Madrid on 6-9 October 2003.

Also we know Istanbul Declaration builds on the principles of the UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. I will not mention Istanbul Declaration in my speech because I know other speakers will talk about it.

Humankind has always been the focus of the studies that are based on different perspectives of different scientific disciplines.

In this section, the ethical, juridical, religious, sociological and economic problems that people as the subjects and sometimes objects have will be discussed extensively from national and international points of view.

Our aim is to draw attention to the problems encountered in organ and tissue transplantation, produce the ways to solve them and provide information for the relatives and the general public.

It is clear that some Member States of WHO and UNESCO have not assumed or have been unable to assume an appropriate level of responsibility in each of the areas of transplantation.

There are a number of roles for which the World Health Organization and UNESCO are best placed to ensure that minimum levels of human access, safety and ethical practice are adopted universally.

Without intending futurism, scientific evidences suggest that transplantation medicine might be considered a health guarantee for the 21th century. Nevertheless, the paradox of organ shortage, a social, psychological,

ethical, moral and probably legal and political problem, is overriding transplantation, making this foreknowledge uncertain.

This unjustifiable and harmful reality must imperatively be solved to avoid death on the waiting lists. It is also true that thousands of people die every day because of unequal socio economic conditions. The difference concerning donation and transplantation is that the solution is in our hands.

This negative behavior contrasts with the **UNESCO declaration about Responsibility the Present Generations over Future Generations (November 12, 1997):** *“Recognizing that the task of protecting the needs and interests of future generations, particularly through education, is fundamental to the ethical mission of UNESCO, who’s constitution, enshrines the ideals of justice and liberty and peace founded on ‘the intellectual and moral solidarity of mankind’”*. Article 1 establishes needs and interests of future generations: Present generations have the responsibility to ensure that the needs and interests of present and future generations are fully safeguarded.

Furthermore, **UNESCO Universal Declaration of Bioethics and Human Rights (October 19, 2005)** stated: *“whereas it is desirable to develop new approaches to social responsibility to ensure the progress of science and technology contribute to justice and fairness, and serves the interest of humanity”*. And remarked: *“to promote equitable access to medical, scientific and technological developments as well as the greatest possible flow and the rapid sharing of knowledge concerning those developments and the sharing of benefits, with particular attention to the needs of developing countries”*.

Almost every day, intensive care units are rendered powerless to act because a potential donor cannot be ‘used’ because of family’s refusal. Several explanations for this denial have been suggested. People are not aware that organ transplantation is a common part of medical care. Individuals are not aware that during life, there might be more potential organ recipients than organ donors. Society is not conscious that the use of body parts after death offers a unique source of health. Medical teams are untrained in the subject of organ donation because insufficient education on this topic. It is necessary to educate people about the significance of brain death, including medical doctors and to redefine death as a process in which brain death is synonym of ‘current’ death. Myths, misinformation and prejudices are strong barriers of greater solidarity and altruism, with increased selfishness and doubts.

The ethics of organ and tissue donation

The ethical problems of organ transplantation result from the fact that it is a highly risky and, at the same time, highly beneficial procedure involving questions of personhood, bodily integrity, attitudes towards the dead, and the social and symbolic value of human body parts. Moreover, words in organ transplantation implicitly and, often, uncritically transport ethical meanings. The word “donation”, for example, implies that there is a person acting voluntarily to benefit someone else. “Donors”, however, can be dead and are no longer able to act. Organs, moreover, are sometimes harvested without the dead “donor’s” former consent. In ethical debates, this problem of an adequate wording has to be kept in mind. However, for the sake of argument, here the donor’s and the recipient’s perspective will be separated. It will be asked: who could and should give an organ? Who could and should receive an organ?

As we said over the past few decades, transplantation has become a unique cure and successful treatment for patients suffering from end-stage organ failure. The shortage of organs for transplantation is a major global health problem. There are different kinds of systems that are adopted by many countries in order to increase the number of the organs donated after death.

There are two main types of systems that are adopted by almost every country. One of them is the “opt-in system”, which is adopted by many countries such as USA, United Kingdom, Canada, Australia, Germany, Switzerland and Turkey. In this organ procurement system, the organs of the decedents can be donated only if they expressed their wish by a written consent or by carrying a donor card or by telling their relatives about it when they were alive.

The other system is the “opt- out system”, in which all members of the society are accepted as donors unless they state specifically that they do not want to donate their organs. “Opt-out” is also known as “presumed consent” and is adopted by some European countries such as Austria, Finland, Sweden, Norway, Belgium, Denmark, France, Italy and Spain as well as Singapore. To increase the number of organs donated incentives are also used, such as tax reductions, payments made to the donor’s family or giving priority to patients on waiting lists who have signed a donor card (as is practice in Israel). There are conflicting views on which system is best for avoiding unnecessary death and resulting in an increase in the number of organs donated, including mandated choice.

Post-mortem donors

In most Western industrialized countries, the major source for transplanted organs are dead or brain-dead

persons, while in countries like Japan or Iran living organ donation prevails. A major ethical question is related to the role of personal autonomy: Is explicit or implicit informed consent required, or does death annul a person's right to determine what will happen with her body?

Different legal and ethical solutions to this problem have been proposed throughout the world. As we said some countries have adopted a so called "opt-in" solution. In this case, explicit informed consent by the deceased person before death is required (by carrying an organ donor card, a written statement, a notice in the driver license etc.). Other countries foster a combination of individual consent and proxy consent, the latter being a substitute for the former. This means that family members can ensure the deceased person's will be observed. In contrast, the "opt-out" solution is based on the idea that everyone counts as potential organ donor and dissenters have to explicitly state their will. In both the opt-in and opt-out systems, individuals have the freedom of choice.

Objection to post-mortem donations can, for example, be based on cultural or religious assumptions on how to appropriately handle the human corpse. Some religious authorities of monotheistic religions like Islam and Christianity have accepted brain death as criterion for the death of a human being and have, thus, endorsed organ transplantation.

Yet, others deny the right to call a still breathing person dead. Cultural conceptions of death, like in Japan, can contravene scientific convictions. Therefore, every case needs an assessment of the donor's and recipient's cultural and religious attitudes towards brain death and organ donation.

Living donors

Procurement of organs is not limited to postmortem organ donation. Living donation is an alternative for patients who are waiting for an organ to be transplanted from a deceased donor. It can be done between family members, relatives or between people who know each other well. The practice of living donation does not solve the problem brought about by the shortage of organs. The scarcity of organs might be caused by many factors including the psychological, religious or other cultural reasons as well as a lack of awareness regarding the importance of donating organs. Due to the insufficient number of donated organs and the high demand for new organs to be translated, new solutions to get over this scarcity come to the fore. As a result of this shortage, patients suffering from end-stage organ failure have started to look for organs abroad, which led to an international trade in organs involving commercial transactions.

The concern over the purchase of organs is expressed by World Health Assembly adopted in May 2010, the WHO's Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation that forbade organ selling and urged its member states to take measures to prevent commercial organ transactions. Maximization of postmortem organ donation is also promoted as an ethically acceptable alternative for compensating the organ shortage. However, on the academic level, it is being discussed that one other possible solution to increase the number of organs is the purchase of transplantable organs from living donor.

The scarcity of organs and the growing ease of Internet communication lead to organ trafficking and transplant tourism. Although there is no reliable data showing organ trafficking, the reported news and some related studies show that there is ongoing market in human organs.

Yet these accomplishments have been tarnished by numerous reports of trafficking in human beings who are used as sources of organs and of patient-tourists from rich countries who travel abroad to purchase organs from poor people. In 2004, the World Health Organization, called on member states **"to take measures to protect the poorest and vulnerable groups from transplant tourism and the sale of tissues and organs, including attention to the wider problem of international trafficking in human tissues and organs."**

Due to these problems, in many countries, donating living organs is seen as an important alternative to cadaveric donation. Depending on legal regulations and cultural attitudes, the frequency of living organ donation ranges from 20% to 90% of all organ donations. Close family members, spouses, friends, or sometimes even strangers are considered as possible living organ donors. While living organ donation largely benefits the recipients, the donors' risks include severe health problems or even death. For the donor, organ removal is a non-therapeutic intervention, and the risks are usually not balanced by direct benefits. With regard to the donor, physicians have to infringe on the ethical rule "First do no harm!" (lat. *Primum Nil Nocere*), passed on in the traditional medical ethos and expressed in the Hippocratic Oath. However, in modern bioethics respect for individual autonomy is often given priority over other moral rules, including the principle of non-maleficence.

Body concepts and personal identity

The transfer of organs, extremities, or a face also raises questions of personal identity. A wide-spread fear raised by the transplantation of organs is that the organ recipient might experience psychological change, or more precisely, that personal characteristics might be transferred from one to the other. The idea of the body as

locus and medium of personal identity has cultural as well as medical historical reasons.

Consequently, the transplantation of a body part will change a person's identity – not just in an objective, physiological way, but in the way the recipient perceives and experiences the world. Thus, religious and cultural meanings of particular body parts (such as heart, eyes, gonads, face, etc.) have to be considered in the ethical debate as the patients' beliefs have an impact on their conception of self and personhood.

This includes ethical questions on how living donors and recipients refer to the transferred organ – do they accept the transfer or do they believe it still belongs to the other (like, e.g., my kidney in your body?).

Such a conviction can have a serious impact on the donor-recipient relationship. The body is a challenge for traditional bioethical reasoning usually focusing on autonomous individuals because the concept of autonomy relies on the idea of the body as being the object of one's personal discretion.

This conception of personal individuality ignores the extent to which one's cultural and personal identity is built upon bodily practices, bodily constitutions, and body images. This shows how important it is to think about the normative meaning of bodily-related social interactions and to respect and care for others' bodily integrity.

Commodification and organ trade

The problems of organ trafficking and illegal organ trade have raised increased awareness among ethicists as well as international organizations. Those who criticize a free market of organs fear that this will seriously increase social injustice. Moreover, based on the concept of human dignity, they challenge the right to sell one's body parts. Others, however, argue that a ban on organ trade only leads to illicit and thus badly controlled markets. Instead, national and transnational regulations of the organ market would lead to more transparency, help to stop price dumping, and secure the rights of the vendor. International authorities such as the WHO and UNESCO have expressed concerns about transnational organ trafficking and have set the aim to combat illicit trafficking of organs and tissues. Organ trafficking rests upon complex social networks. Donors often come from poor, developing countries while recipients usually live in rich and highly industrialized countries. Illegal organ trafficking involves so-called brokers dealing in organs as well as surgeons willing to transplant them illegally.

The main types of arguments in favour of commercialization can be grouped around four moral principles:

- a) **Justice:** it is unjust to let people die due to organ scarcity when, in principle, more than enough organs are available,
- b) **Liberty:** personal autonomy implies that one has the right to dispose of one's body as one pleases,
- c) **Beneficence and utility:** commercialization would lead to a win-win situation, both donors and recipients would likewise benefit from it, and
- d) **Efficiency:** a free market will make the system more efficient and solve the problem of demand.

At the same time, these tendencies and arguments can be criticized on the basis of nearly the same principles.

So it is feared that

- The practice of paying money for organs will increase injustice because only the wealthy will then be able to afford an organ transplantation treatment,
- The autonomy of the poor will in fact be limited due to their lower social status and financial constraints,
- Commercial donation will discourage altruistic donors and, consequently, the number of altruistic donations will seriously decrease, and
- A commodification of the human body ignores the existential meaning of the body for personal identity and self-understanding.

UNESCO- The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UDHR)

Healthcare practices are becoming increasingly global but guidelines and legal contexts differ and are sometimes absent. Rules for transplantation and procedures for organ donation, for example, vary among countries and these different approaches have contributed to abuses such as organ trafficking and commodification of transplantation practices. Furthermore, the burdens and benefits of scientific and technological advancements are not equally distributed. Poorer countries risk exploitation in biomedical research and exclusion from the benefits of biomedical progress. There also is a risk that double, or at least different, moral standards are applied in different regions of the world.

With this Declaration, UNESCO strives to respond in particular to the needs of developing countries, indigenous communities and vulnerable groups or persons. The Declaration reminds the international community of its duty of solidarity towards all countries. Among the principles laid down in this declaration, those most relevant for the allocation of organs are benefit and harm (Article 4), equality, justice and equity (Article 10), nondiscrimination and nonstigmatization (Article 11), solidarity and cooperation (Article 13), social responsibility and health (including access to quality health care; Article 14), and sharing of benefits (Article

15).

Article 4 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005) on ‘Benefit and Harm’, emphasizes that in applying and advancing scientific knowledge, medical practice and associated technologies, direct and indirect benefit to patients, research participants and other affected individuals should be maximized and any possible harm to such individuals should be minimized. Article 4 follows from Article 3 that refers to ‘Human Dignity and Human Rights’. Both articles treat dignity as an inherent property of being human. Recognition of the central place of dignity in human rights and ethics takes into account the obligations of the human species for other human beings. In health care practice it is important to evaluate benefits and harm. Treatment choices have to be made among patients: an assessment has to be made between risk of harms and potential benefits. This is particularly important for resource allocation, when time and material resources are scarce. Conformity to the obligations of Article 4 requires a combination of prudential judgments and technical competence. Estimates of probability and projections of the expected impact on the individual patient and the society of a proposed treatment must be made.

When we examine the harm and benefits to be gained by carrying out a specific medical procedure on a patient, we must weigh not only the harm and benefits to be gained by the patient while performing the specific procedure, but also the all-inclusive harm and benefits. This means that even by giving up the kidney, the patient can gain more benefits than harm. Policies concerning the allocation of organs cannot disregard the principles affirmed in the Declaration.

I want to remind the participants of the four ethical principles elucidated by Beauchamp and Childress – respect for autonomy, beneficence, non-maleficence and justice and suggest that they might provide one possible framework for phrasing ethical issues in transplantation. Common to all four areas are questions of eligibility and safety of donor and recipient, use of financial and other incentives, equitable access and allocation and issues of cross-border exchanges and commercialization.

There are a number of roles for which the World Health Organization is best placed to ensure that minimum levels of human access, safety and ethical practice are adopted universally.

WHO roles could include

- Encouraging the development of transplantation therapies in Member States in an ethically appropriate manner.

- Initiating an ongoing programme on transplantation at WHO and establishing a WHO Expert Advisory Panel for transplantation.
- Facilitating the development of a core of technical and ethical standards for the management of the safety, quality and efficacy of human material for transplantation that can serve as a model for Member States.
- Encouraging Member States to develop a legal framework and national policy and plan on transplantation activities, especially ensuring coordination of the procurement of human material from deceased donors.
- Facilitating communication between regulators and providers on the international circulation of human cells and tissues for transplantation, in particular for matched hematopoietic stem cells.
- Collecting data on the extent of paid organ, cell and tissue donation.
- Creating a global map of the known infectious risks and the safety measures that are applied to donors and donations in different countries and regions of the world.
- Helping Member States to develop capacity for national regulatory approaches to quality and safety in particular by encouraging the creation of international support networks.
- Encouraging the measurement of the donor outcomes for living donors in different clinical environments, through collaborative global data collections.

Conclusion

One thing should be beyond any debate, though: the donor’s long-term medical health and psychological well-being should be assured. Screening criteria should be strict, with the threshold for ruling out unrelated donation for medical or psychosocial problems kept very low compared with the threshold used in the living-related donation setting. Protocols for long-term follow-up of donors should be put into place, and the donors’ rights to medical and psychological assistance related to the donation should be addressed. Finally, in accordance with the Declaration of Istanbul any kind of unrelated donor transplants done for residents of one country in another country should be prohibited. Each country should strive to solve its own organ shortage, with or without an unrelated donation program.

UNESCO strives to create a better understanding of the major ethical issues raised by science and technology and supports analysis and discussion of those issues internationally, regionally, and nationally. An essential part of this work is raising public awareness and stimulating public debate.

Public involvement is important for two reasons. First,

ethics is of interest to policymakers because of public concerns. Because there is public concern and debate on issues such as cloning, research with human beings, transplantation, nuclear energy, or environmental pollution and global warming, ethics has been set on the national and international agendas.

Ethics no longer is the sole concern of scientists, engineers, or health care professionals. It has transcended the exclusive domain of experts, showing that science is first of all a public enterprise, a social activity, and cultural good. Second, scientific developments often affect all people. This is clear in medical research, which is increasingly dependent on the cooperation of large numbers of patients and healthy volunteers, often in international trials. The interests of science and research should be balanced with the interests of participating people, exactly because human rights and freedoms can be at stake. Public debate and awareness raising are therefore important to make clear that science and technology are advancing within an ethical framework of respect for human dignity and human rights. They also show that scientists have responsibilities toward society and do take into account the possible effects of their work on society, for example, with respect to protection of the environment, promotion of justice, and prevention of biohazards and bio-events.

References

- The Principle of Respect For Human Vulnerability And Personal Integrity, Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC), Published in 2013 by the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). ISBN 978-92-3-001111-6.
- Teaching Ethics in Organ Transplantation and Tissue Donation Cases and Movies, Silke Schicktanz, Claudia Wiesemann, Sabine Wöhlke (Eds.), Universitätsverlag Göttingen, 2010, UNESCO Chair in Bioethics.
- C. Petrini, Organ Allocation Policies 10 Years After UNESCO's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Transplantation Proceedings, 48, 296-298 (2016).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. 19 October 2005. Available at: www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-humanrights/; Accessed September 23, 2017.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
- C. Petrini, Organ Allocation Policies 10 Years After UNESCO's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Transplantation Proceedings, 48, 296-298 (2016)
- World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ and tissue transplantation, May 22, 2004,

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A5_7_R18-en.pdf.

- Ethics Committee of the Transplantation Society: The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. Transplantation 78 :491– 492,2004 [PubMed]
- Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, Pomfret EA, Sutherland DS, Gruessner RW, Langnas AN, Delmonico FL: A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines. Transplantation 81 :1373– 1385,2006 [PubMed]
- Pruett TL, Tibell A, Alabdulkareem A, Bhandari M, Cronon DC, Dew MA, Dib-Kuri A, Gutmann T, Matas A, McMurdo L, Rahmel A, Rizvi SAH, Wright L, Delmonico FL: The Ethics Statement of the Vancouver Forum on the Live Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Donor. Transplantation 81 :1386– 1387,2006 [PubMed]
- Universal Declaration of Human Rights adopted by the UN General Assembly on December 10, 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
- Based on Article 3a of the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime, http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_eng.pdf.
- Schulz-Baldes A, Delmonico FL. Improving institutional fairness to live kidney donors: donor needs must be addressed by safeguarding donation risks and compensating donation costs. Transpl Int 2007; 20:940–946.
- Steering Committee of the Istanbul Summit: organ trafficking and transplant tourism and commercialism: The Declaration of Istanbul. Lancet2008; 372: 5–6.

Potential Problems in Pharmacologic Brain Enhancement in Healthy People

Sevim Coşkun (MD)

Hacettepe University Medical School
Department of Medical Ethics & Medical History,
Research Asistant

Humankind is in the age of cognitive technology. New developments in neuroscience and pharmacology are increasing the knowledge about the structure of the mind. Accordingly, some of the studies are directed to psychopharmacologic enhancement of the brain. Researchers have discovered some drugs which support cognitive functions especially for some psychiatric disorders. However, non-medical uses of prescribed or non-prescribed enhancers are rising in recent years. Such drugs may augment one's memory, attention or mood, but they may also affect the one's mental health, autonomy and identity. So, uses of some psychopharmacologic drugs for improving the brain capacity may not be safe for healthy people. Moreover, they might damage their mental health and psychological status in a long-term period. Another point is those stimulant drugs might cause some social and cultural consequences such as inequitable competition between users and non-users, fairness of such actions and regulation of them. However, there are still unknown points in the area of cognitive science and efficacy or safety of enhancers might be different person to person, so they could not be generalized.

Cognitive enhancement is a technology which is based on many scientific disciplines to augment functions of the brain. Its aim is to restore or improve the memory, concentration or attention. Those developments include specially adapted gene therapy techniques for brain disorders, transcranial magnetic stimulation, augmented cognition devices, neurochips and pharmaceutical drugs (L.M. Solomon et al., 2009). Pharmaceutical drugs are most common and popular ones in the brain enhancement technology. In 2008, The Academy of Medical Sciences in England reported that more than six hundred compounds were used for neurodegenerative disorders' treatments (Horn, 2009). Some of enhancer drugs prescribed drugs on the market. For example, mixed amphetamine salts treat the Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), but healthy people use them for decreasing the need for sleep and increasing focus and concentration (L.M. Solomon et al., 2009). However, cognitive enhancers' molecular effects on brain cells are not well-known. There are three possible mechanisms while drugs are effecting the brain

chemicals' normal regulation: they regulate the release of neurotransmitters (a neurotransmitter is a substance in the body that carries a signal from one nerve cell to another) that are involved in the processing of information, they modulate receptors and ion channels, or they affect neuronal gene expression (L.M. Solomon et al., 2009). In fact, exact knowledge about cognitive enhancer drugs' mechanisms at the molecular level could not be enough to predict such drugs' potential effects on the mental state because of the complex structure of the brain. An average normal human brain includes approximately 10 to 11 billion neurons (a neuron is a cell that carries messages between the brain and other parts of the body and that is the basic unit of the nervous system) which regulate very complex pathways (a pathway is a line of communication over interconnecting neurons extending from one organ or center to another) for fulfilling mental functions (L.M. Solomon et al., 2009). Therefore, safety of some cognitive-enhancing drugs is still not known and their potential side effects might be harmful for the brain.

Some popular drugs are frequently used as cognitive enhancers are *Methylphenidate (Ritalin®)*, *Amphetamine (Adderall®)*, *Caffeine*, *Nicotine*, *Modafinil (Provigil®)*, *Atomoxetine*, *Reboxetine*, *Acetylcholinesterase* (enzyme that breaks down acetylcholine at synapses) inhibitors (*AChEIs- Donepezil, Galantamine, Rivastigmine*) and *Memantine* (Husein and Mehta, 2010). *Caffeine* does not have a certain place in the medical use, but it has got a significant recreational use. It is not a controlled or prescribed substance and it can be also bought and sold legally (C.I. Ragan et al., 2013). *Methylphenidate*, *Amphetamine* and *Atomoxetine* are in widespread use for treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and they affect the response inhibition, working memory, attention and vigilance. *AChEIs* and *Memantine* are standard treatments for neurodegenerative disorders (Alzheimer's disease and Parkinson's disease) and they affect the episodic memory and attention (Husein and Mehta, 2010). *Adderall* and *Ritalin* have got some structural and mechanistic similarities and their legal status is the same. They are only available legally on prescription and shopping from on-line pharmacies is illegal (C.I. Ragan et al., 2013). Because, in normal clinical use they are taken orally and they do not have high risk ratios; if they are ingested nasally or injected, their risk ratios might increase significantly (Teter et al., 2008). In 2008, *Provigil* was a prescription-only drug in the US and its online purchase was legal but its sale was not legal (Arria et al., 2008). The common cognitive enhancers' pharmacologic mechanisms differ from the each other and their potential effects on cognition and side-effects which depend on non-medical use and abuse are different, too. If those drugs are abused they might cause severe psychological or physical damages. This means that different ways of

access to these drugs involve legal problems and a lot of risks which are based from users' aims and drugs' substances (C.I. Ragan et al., 2013). According to this, usage of those cognitive-enhancing drugs by healthy people needs to improve testing methods for their cognitive effects and their legal status should be evaluated carefully.

Adderall, *Ritalin* and *Provigil* are very popular drugs for students (for better grades), military personal (to awake for long missions), elderly individuals (to prevent from cognitive decline) and university academics (to maintain their performance) for non-medical uses (Husein and Mehta, 2010). "One example is the study conducted by Babcock and Byrne (2000), which included the question "Have you ever taken *Ritalin* for fun (non-medical purposes)?" to which 16.6% of respondents said "yes". While the question does not address CE (cognitive enhancer) use at all, in some highly prominent discussions (e.g. Farah et al., 2004) this figure is quoted as representing the proportion of students who use prescription stimulants without a medical indication to increase study performance" (C.I. Ragan et al., 2013). Students reach the drugs with different ways such as sharing prescribed drugs, showing fake symptoms to get a prescription or buying from on-line pharmacies (C.I. Ragan et al., 2013). According to this, there is a strong belief that usage of such drugs in healthy people is not fair, because they might have cognitive advantages more than non-users or unhealthy people. "One Ivy League student who had attention deficit disorder (ADD) expressed frustration on this issue: "It gives people an unfair academic advantage. For people with ADD, it just makes them normal, and for people without ADD, it makes them above average. If both me and someone without ADD were both on *Adderall*, I could never outdo them." (L.M. Solomon et al., 2009). Dr. Martha Farah who is a professor psychology at the University of Pennsylvania and director of the school's Center for Cognitive Neuroscience answers those concerns about unfair academic advantage that "the risk of cognitive enhancing drugs fostering inequality is remote, because there is a pretty clear trend across the studies that say neuroenhancers will be less helpful for people who score above average." (L.M. Solomon et al., 2009). However, cognitive enhancer drugs' safety and benefits in healthy people is still unclear, so it is not unclear that they should be permitted or not, too.

Biological factors might vary person to person, so effects of enhancers might vary, too. Therefore, it is important to understand how drugs' modulation on specific cognitive processes works: "How do drugs currently used as enhancers produce their beneficial effects? Is it through multiple effects on several different cognitive processes or do they enhance one cognitive mechanism – such as arousal or improved sustained attention – through which they lead to better performance

across a battery of tests? For studies in clinical populations, the difficulty is that many standard cognitive test batteries used in clinical trials are very unlikely to be sensitive enough to answer questions on the specificity of cognitive modulation." (Husein and Mehta, 2010). For example, *Modafinil* is used for the treatment of Narcolepsy (it is a disorder associated with excessive daytime somnolence) as a wake-promoting agent. In healthy people that drug increases attention and memory, but this might be related with the drug's effect on the arousal (Repantis, D. et al., 2010). On the other hand, the drug might cause alterations in mood, anxiety, motivation or apathy (Husein and Mehta, 2010). Likewise, *Rivastigmine* improves learning on a motor task and making associations between symbols and digits, but it might impair verbal and visual episodic memory at the same time (Wezenberg, E. et al., 2005). Moreover, such cognitive-enhancing drugs may have side-effects to the some body systems such as gastrointestinal system like all drugs. As an example, *Methylphenidate* frequently causes gastrointestinal upset or nausea (Husein and Mehta, 2010). Accordingly, there are concerns about the harmful impacts of cognitive enhancers, because all of those drugs have got extensive toxicological histories (C.I. Ragan et al., 2013). As mentioned, their side effects might not always be linked with nervous system. If *Modafinil* is handled again, it is advised that it should not be prescribed for obstructive sleep apnea, shift-work sleep disorder and idiopathic hypersomnia, because *Modafinil* has got serious risks such as skin reaction, suicidality, depression, psychosis and adverse cardiovascular events (C.I. Ragan et al., 2013). Even one of well-known substances *Caffeine* might have got serious side effects, too. Caffeine poisoning causes vomiting and affects gastrointestinal system negatively; this also causes some neurological problems such as anxiety tremor and hallucinations (C.I. Ragan et al., 2013).

One may argue that adults who are mentally competent should be free to use safe cognitive enhancers. However, in the medicine history there is no safe drug, there are drugs which have got benefits more than their harms. (C.I. Ragan et al., 2013). If there are usage of such drugs for non-medical purposes in healthy people, consequences would be more confusing and suspicious. Therefore, there should be done new studies to examine effects of enhancers in humans. There might be significant effects in experimental groups and some of them might be more significant in certain genotypes. On the other hand, new drugs for enhancing might change brain's modulator and response mechanisms; so humans might be more sensitive to some neurological and psychiatric diseases. Consequently, the neurobiologists have to focus how new drugs affect the human's central nervous system. They should make more pharmacological experiments and analyze their safety scales and risk groups. Enhancers might be useful for

treatment of some neurological disorders, so they need to be improved by the neurobiologists.

Safety, competition and changing the human condition subjects are important points in the cognitive enhancement. Central Nervous System is a very complex system and it might be affected with unanticipated consequences and long-term side effects (Fuchs, 2006). According to given examples, brain enhancement might finally impair memory retrieval, because external drugs might be disturbing the natural balance of remembering and forgetting. If cognitive enhancement is widespread, there would be a competition between healthy users, unhealthy users and non-users. Likewise, "cost barriers to enhancement would increase the disadvantages that are already faced by people of low socio-economic status in education and employment." (Glannon, 2006). Manipulating of human condition with changing personality traits and cognitive abilities is a debatable ethical issue in this century (Fuchs, 2006). Biotechnology companies target especially healthy people by offering overcome the limitations of their physical and mental conditions (Fuchs, 2006). However, cognitive enhancement threatens the people's standard life to force them to be better. People might always be happy and reproductive; likewise, they might not accept negative feelings, average concentration or forgetting. Moreover, people might trust the cognitive enhancers too much, so without using them they might not face off the difficulties of life and failures. Consequently, cognitive enhancer drugs' positive effects would be reversible and when people stop to use them, their positive effects would stop, too. So, their coping skills might be decreased and they might want to take them, again. This causes abuse or addiction. On the other hand, cognitive enhancer's negative effects might be irreversible, so normal people might have a mental disorder and permanent psychiatric problems. Unfortunately, some of them are easily accessible especially for students and their mechanisms and safeties are still not clear. Therefore, because of complexity of brain and inadequate experiments in long term uses those substances should be evaluated carefully, used by healthy people in control and enough research should be done.

References

- Academy of Medical Sciences. Brain science, addiction and drugs. An Academy of Medical Sciences working group report chaired by Professor Sir Gabriel Horn FRS FRCP. <http://www.acmedsci.ac.uk/download.php?file=/images/publication/Report.pdf>. Accessed May 9, 2009.
- Adderall. <http://vpul.upenn.edu/ohe/library/drugs/adderall.htm>. Accessed May 5, 2009.
- Daley B. Perspective: Miracle drug? *Daily Pennsylvanian*. April 20, 2004.
- Fuchs, Thomas. "Ethical Issues in Neuroscience." *Current Opinion in Psychiatry* (2006): 600-07. Print.
- Glannon W. Neuroethics. *Bioethics* 2006; 20:37-52.
- Husain, Masud, and Mitul A. Mehta. "Cognitive Enhancement by Drugs In Health And Disease." *Trends in Cognitive Sciences* (2011): 28-36. Print.
- Ragan, Ian C., Imre Bard, and Ilna Singh. "What Should We Do about Student Use of Cognitive Enhancers? An Analysis of Current Evidence." *Neuropharmacology* (2013): 588–595. Print.
- Repantis, D. et al. (2010) Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. *Pharmacol. Res.* 62, 187-206.
- Solomon, Louis M., Rebekka C. Noll, and David S. Mordkoff. "Cognitive Enhancements in Human Beings." *Gender Medicine* (2009): 338-44. Print.
- Ragan, Ian C., Imre Bard, and Ilna Singh. "What Should We Do about Student Use of Cognitive Enhancers? An Analysis of Current Evidence." *Neuropharmacology* (2013): 588–595. Print.
- Wezenberg, E. et al. (2005) Modulation of memory and visuospatial processes by biperiden and rivastigmine in elderly healthy subjects. *Psychopharmacology (Berl.)* 181, 582-594.

Are There Any Limits to Substantive Criminal Law?

Kıvılcım Ceren Büken

LLM Student, University of Essex, UK

What is a crime? Is it what the law -whatever the legislature has passed as law under the correct procedures- says it is? Can any conduct be criminalized in this way, or are there limits as to what conduct the state can criminalize and what it cannot? Are there limits to substantive criminal law?

These questions can be approached from a variety of different theoretical perspectives, but let's focus on the two categories they can be broadly divided into: positivist and non-positivist theory. Where non-positivist theory deals with the issue of "morals"¹ and whether they can legitimately source criminal law, considers ethical principles including individual autonomy, the principle of welfare and the causing of harm; positivist theory merely analyses the law and does not seek ethical justifications for criminalization², in other words, according to positivist theory, "crime is whatever a legislature passes into law under the heading 'criminal'³".

Delving deeper into non-positivist theory, the principle of individual autonomy suggests that individuals should be respected and treated as agents capable of choosing their actions. Liberal theorists such as Hobbes and Locke place great emphasis on the respect of the liberty of individuals and insist that individuals should be left free to choose actions or omissions without any intervention by criminal law unless necessary to prevent the causing of harm to others⁴. The principle of welfare on the other hand is based on Rousseau's "general will" of the community. Deriving from the social contract, the individual's will is contained in the general will and actions which threaten the common interests of society may be criminalized⁵. Finally the

harm principle originates from "On Liberty", where John Stuart Mill famously argues "the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others"⁶. Deriving from this principle many have argued that self-harming acts, and also acts where one harms a consenting other should not be criminalized⁷. The harm principle directly opposes legal paternalism, which consists of restricting the freedom and choices of individuals in order to protect them from themselves. A distinction has been made between criminal legislation where one is criminally liable of harming one's self and where one is criminally liable for harming a consenting other. The first is named "pure paternalism" where the second is named "impure paternalism"⁸.

While in Anglo-American criminal law the argument revolves around the harm principle, in Continental European legislations liberal criminal law has brought up the concept of a "material wrong". There are many different opinions as to how crime should be dissected into its elements, if one of these opinions is to be adopted for the sake of argument, a crime consists of three elements, the material element, the legal element, and the subjective element. While the material element relates to the external facet of the crime (the commission or omission) and the subjective element is *mens rea*, the legal element embodies the principle of legality⁹. When a crime is committed, two "wrongs" occur in the legal element, one is the "formal wrong", which is the breach of the law; the second is the "material wrong" that gives the crime its peculiar character. "Harm" in the sense of a "material wrong", injures the "value protected by law"¹⁰, the "legally protected interest". This theory suggests that "legally protected interests" precede the making of the law, the law merely protects the interest that was already there to be protected; and therefore criminal legislation should be limited to only when a "material wrong" that will result from the act can be identified. This way, criminal prohibitions would be justified only if made for the purpose of protecting interests worthy of such protection¹¹. Legal positivists on the other hand have claimed that the "legally protected interest" can be anything necessary in the eyes of the legislator for the welfare of society. This means that there cannot be a distinction between a "material wrong" and a "formal

¹ The terms "morals" and "morality" are used in the sense of cultural and religious rules and convictions of society throughout this short article.

² Mouaid Al Qudah, The Moral Foundations of Criminal Liability, International Property Rights Open Access 2:116, 2014, 1.

³ Claire Finkelstein, Positivism and the Notion of an Offense, California Law Review, vol. 88: 335, 336.

⁴ Al Qudah, 4.

⁵ *ibid*, 5.

⁶ Nils Holtung, The Harm Principle, Ethical Theory and Moral Practice, vol. 5:4, 2002, 357.

⁷ Ben Saunders, Reformulating Mill's Harm Principle, *Mind*, Vol. 125:500, 2016, 1005.

⁸ Cristophe Béal, Can Paternalism Be "Soft"? Paternalism and Criminal Justice, *Raisons Politiques*, vol. 4:44, 2011, 43.

⁹ Albin Eser, The Principle of "Harm" in the Concept of Crime: a Comparative Analysis of the Criminally protected Legal Interests, *The Duquesne University Law Review*, 4:3, 1966, 355.

¹⁰ *ibid* 348.

¹¹ *ibid* 351.

wrong”, since the “legally protected interest” is the aim of the legislation itself¹².

Many criminal laws, especially those governing controversial issues such as sexual conduct, reproduction and drug use can be traced back to cultural or religious belief patterns¹³; however, it is not easy to disentangle criminal law from morals entirely, since a “grand theory” for a limiting principle to the legal enforcement of morality is yet to be established^{14 15 16}. An intrinsic notion of criminal law and theory that limits its content, application or reach has not yet been found¹⁷. The justification and the limits of criminal law currently rest in the constitutionality of criminal law; the principle of human dignity and fundamental rights guaranteed by constitutions are expected to prevent the misuse of criminal law¹⁸ since legislatures have broad power to establish what conduct should be criminalized but these decisions can be overturned by constitutional courts when they infringe the limits set by the constitution¹⁹. Constitutional courts however, when intending to verify whether criminal law regulations achieve a balance between the duty of the state to guarantee social order and peace and the rights of those accused of criminal conduct, may resort to sophisticated forms of reasoning that legitimize moral worldviews and social taboos²⁰, perpetuating the problem. The demonstration of the negative human rights impacts of punitive laws and practices may serve to advocate the unconstitutionality of the said laws.

References

1. Béal C., Can Paternalism Be “Soft”? Paternalism and Criminal Justice, *Raisons Politiques*, vol. 4:44, 2011.
2. Birga V., Cabal L., O’Hanlon L., Zampas C., Criminal law and the risk of harm: a commentary on the impact of criminal laws on sexual and reproductive health, sexual conduct and key populations, *Reproductive Health Matters* 26:52, 2018.
3. Epstein R., The Harm Principle- And How It Grew, *The University of Toronto Law Journal*, 45:4, 1995.
4. Eser A., The Principle of “Harm” in the Concept of Crime: a Comparative Analysis of the Criminally protected Legal Interests, *The Duquesne University Law Review*, 4:3, 1966.
5. Finkelstein C., Positivism and the Notion of an Offense, *California Law Review*, 88: 335, 2000.
6. Hafizoğulları Z., Muharrem Özen, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, 2012.
7. Harcourt B., Mill’s On Liberty and the Modern “Harm to Others” Principle, *Foundational Texts in Modern Criminal Law*, 2014.
8. Holtung N., The Harm Principle, *Ethical Theory and Moral Practice*, 5:4, 2002.
9. Miller A, Rosemen M., Rizvi Z., *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*, 2019.
10. Qudah M., The Moral Foundations of Criminal Liability, *International Property Rights Open Access* 2:116, 2014.
11. Saldarriaga E., Poisoned Gifts: Old Moralities under New Clothes?, *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*, 2019.
12. Saunders B., Reformulating Mill’s Harm Principle, *Mind*, 125:500, 2016.
13. Zeki Hafizoğulları, Muharrem Özen, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, 2012, 226.
14. Veronica Birga, Luisa Cabal, Lucinda O’Hanlon, Christina Zampas, Criminal law and the risk of harm: a commentary on the impact of criminal laws on sexual and reproductive health, sexual conduct and key populations, *Reproductive Health Matters* 26:52, 2018, 33, available at: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1543991>
15. Esteban Restrepo Saldarriaga, Poisoned Gifts: Old Moralities under New Clothes?, *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*, 2019, 199.
16. Bernard E. Harcourt, Mill’s On Liberty and the Modern “Harm to Others” Principle, *Foundational Texts in Modern Criminal Law*, 2014, 180.
17. Richard A. Epstein, The Harm Principle- And How It Grew, *The University of Toronto Law Journal*, 45: 4, 1995, 416.
18. Alice M. Miller, Mindy Jane Rosemen, Zain Rizvi, *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*, 2019, 12.
19. Saldarriaga, 200.
20. Saldarriaga, 201.
20. Saldarriaga, 204.

Ceza Hukuku ve Biyoetik

Sevda Aydın Karimova

Azerbaycan Milli Bilimler Akademisi
Hukuk ve İnsan Hakları Enstitüsü
Doktora Öğrencisi

Modern dönemde bilim ve teknolojinin özellikle biyoloji ve tıp alanındaki gelişimi, insan hayatının ve sağlığının korunması yönündeki başarılar; hukuk, felsefe, etik, biyoloji, genetik, tıp, teoloji ve diğer bilimlerin kesişim kümesinde olan biyoetiğin ortaya çıkması ve gelişimi için zemin oluşturmuştur.

Biyoetiğin bir bilim alanı ve toplumsal ilişkiler sistemi olarak oluşması ve gelişimi, ceza hukuku bilimi ve ceza hukuku uygulaması ile de sıkı sıkıya bağlıdır. Başka bir deyişle biyoetik, ceza hukuku uygulamasının oluşturduğu etik ve felsefi değerleri de göz önünde bulundurarak biyoloji, tıp ve teknolojinin gelişimini sağlayan bilim ve uygulama alanı olarak ortaya çıkmıştır. Tıp ve biyolojinin hızlı gelişimi; ötanazi, kürtaaj, organ ve doku nakli, in vitro fertilizasyon ve yeni doğum tekniklerinin uygulanması, taşıyıcı annelik, gen mühendisliği, klonlama, yapay zeka, akıllı robotların yapılması gibi gelişmeler yeni sorun alanları ortaya çıkarırken, insan hayatının ve sağlığının korunması için yeni perspektifler açmakta, insan hayatına ve sağlığına, insan hak, özgürlük ve çıkarlarının korunması mekanizmalarının ve standartlarının varlığına da ciddi tehditler oluşturmaktadır.

Tüm dünyada bilim insanları insan hayatının en üst değer olması konusunda hemfikirdir. Dünya topluluğu, politikacılar, biyologlar, bilim insanları, tıp uzmanları, hukukçular, din adamları, filozoflar vb. bu alanda ortak paydayı bulmaya çabalamakta ve “bilim gelişsin, aynı zamanda onun başarıları insanın hayatına ve sağlığına tehdit oluşturmamasın” diye yol almaktadırlar. Problemin etik, felsefi, hukuki, biyolojik yönlerinin araştırılması ile bu ilişkilerin düzenlenmesi için uluslararası hukuki mekanizmalar oluşturulmaya, prensipler ve standartlar belirlenmeye çalışılmaktadır. Uluslararası seviyede insan hakları ve biyoetiğin hukuki yönleri Birleşmiş Milletler, Avrupa Konseyi, Dünya Tabipler Birliği belgelerinde genel olarak belirlenmiştir. Biyoetik değerlerin çiğnenmesi, kuralların ihlali kriminalize edilmiş, suç olarak kabul edilmiştir. Bütün ülkelerin ceza mevzuatında insan hayatının korunması ve sağlık hakkı yer almıştır.

Alandaki en önemli ve uyulması zorunlu uluslararası belgeler sırasında Biyoloji ve tıbbın uygulanması bakımından insan hakları ve insan

haysiyetinin korunması Sözleşmesi: İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (OVİEDO, 1997), Tıbbi ürün sahteciliği ve halk sağlığına tehditler içeren benzeri suçlar hakkında Sözleşme (Medicrime Convention, 2011), İnsan organlarının ticaretine karşı Sözleşmesini (2015) özellikle belirtmek gerekiyor.

Bazı yaklaşımlara göre biyoetik ve ceza hukukunun kesişim noktası olarak görülen Nürnberg süreçlerinde, işgal edilmiş ülkelerin sivilleri ve esirler üzerinde, onların rızası olmadan ölüme, gaddarlığa, işkenceye ve diğer insanlık dışı koşullara maruz bırakıldıkları tıbbi deneylerin yapılması gibi savaş suçu ve insanlığa karşı işlenen suçlarda yer almakta ittiham olunan, 23 bilim insanı, hekim ve tıp çalışanlarının mahkeme süreci bir daha göstermektedir ki, hekimler için belirlenmiş meslek etiği ilkeleri her zaman güvenilir koruyucu değildir, araştırmacı – bilim insanının vicdanı da tıbbi-biyolojik araştırmaya kontrol ve bu deneylere maruz kalan kişilerin sağlığının korunması için güvenli bir limit olarak yeterli değildir.

Biyoetik değer ve ilkelerin korunması, ayrı ayrı tıbbi – biyolojik deneylerin insan hak ve özgürlükleri temelinde doğru düzenlenmesi için, uluslararası hukukta ve ulusal ceza mevzuatında onlara karşı yönelmiş eylemlerin kriminalize edilmesine, suç olarak zamanında tespit edilmesine gereksinim vardır, ki sonradan hiç kimse gerçekleşen «anti-biyoetik» eylemlerden dolayı yargılanıp cezalandırılırken Nürnberg davasındaki gibi «suçta ve cezada kanunilik ilkesi»nin ihlal edildiğini iddia edemesin.

Bir etik ve hukuki sorun, eylem haline geldiğinde değil, daha öncesinde tartışılmalı ve önemi alınmalıdır.

Biyoetik değerlere zıt olan, insan hayatına, sağlığına, onuruna ve özgürlüğüne zarar verebilecek eylemler suç sayılmalı mıdır? Peki, bu eylemlerin suç olarak kabul edilmesi bilimin gelişimini engellemez mi? Genel anlamda belirtmek gerekiyor ki, insan kaderi ve saygınlığı, bilimin ilerlemesi için feda edilemez. Aynı zamanda, bilimin gelişiminin karşısında durmak da çok sayıda insanlık için önemli olayın gelişimini ve hastalıkları tedavi etmenin yolunu kesmek olarak düşünülebilir.

İnsanın ve insanlığın kaderini, bilimin ilerlemesini kendi hayatının anlamı olarak kabul eden bilim insanının ellerine tamamen bırakmak da iyi bir yol gibi görünmemektedir.

Devlet, vatandaşlarının milli-manevi değerlerini ve insan onurunu korumak için kendi iradesini kanun şeklinde ifade etmelidir. Bunun için ise, ceza hukuku alanında uluslararası bir sözleşme (Konvensiyon) olmalı ve yeni gelişmelerle ilgili ihlaller, ülkelerin iç

hukukunda, ceza mevzuatında suç olarak belirlenmelidir. Geçmiş çok eskilere dayanan ceza hukuku ile yeni bir bilim alanı ve sosyal ilişkiler sistemi olan biyoetiğin evrensel değerleri korumak, insan hakları ve özgürlüklerini sağlamak açısından genel birçok araştırma konusu mevcuttur. Bütün bu problemlerin etik ve hukuki açıdan çözüm bulması, bunlarla ilgili ilişkilerin yasal sınırlama temelinde belirlenmesi biyoetiğin ceza hukuki yönlerinin düzenlenmesi açısından önemlidir.

Genel olarak, biyoloji, tıp, bilim ve teknolojinin yeni kazanımları sonucu ortaya çıkan ilişkilerin ceza hukuku yönünden düzenlenmesi, birçok biyoetik ihlalin suç olarak belirlenmesi, hukuk biliminin ve uygulamasının en önemli ve güncel görevlerindendir.

KAYNAKÇA:

1. Bioethics, Medicine and the Criminal Law. Vol 1. The Criminal Law and Bioethical Conflict: Walking the Tightrope. Edited by Amel Alghrani, Rebecca Bennett and Suzanne Ost. Cambridge University Press. 2013
2. Biyoloji ve tıbbın uygulanması bakımından insan hakları ve insan haysiyetinin korunması Sözleşmesi: İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. Oviedo. Avrupa Konseyi. 1997.
3. Nürnberg süreci ve onun biyoetiğin gelişimine etkileri. Sevda Aydın Karimova. "Kanun" dergisi. Azerbaycan. Ekim. 2018.
4. Tıbbi ürün sahteciliği ve halk sağlığına tehditler içeren benzeri suçlar hakkında Sözleşme. Medicrime Convention. Avrupa Konseyi. 2011.
5. İnsan organlarının ticaretine karşı Sözleşme. Avrupa Konseyi. 2015.
6. Yapay zeka ve Vatandaşlık: etik ve hukuki sorunlar. Sevda Aydın Karimova. "Academic Researches in Social Sciences and Humanities". Gece Kitaplığı Yayınevi. Türkiye. Nisan. 2019.

Kadın Doğum Hekimlerinin Prenatal Tarama ve Süreç Yönetiminde Tutum ve Davranışlarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Figen Türkçapar

H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Etiği ve Tarihi
Doktora Programı Öğrencisi

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken'in danışmanlığında yürütülmekte olan doktora tez çalışmasının özetidir.

Prenatal tanı; fetüs veya embriyodaki hastalıkların doğum öncesi dönemde tespit edilmesi işlemidir. Bu sayede; mümkünse hastalığın doğum öncesi tedavisine, doğum sonrası gerekli önlemlerin alınmasına, annenin/ailenin hastalık durumuna hazırlanmasına, yasal sınırlar içinde ailenin isteği doğrultusunda gebeliğin sonlandırılmasına olanak sağlanmaktadır. Prenatal tanı ile ilgili zarar vermeme, yararlı olma, özerklik ve adalet gibi temel etik konularda taraflar; gebe kadın/ailesi, ileride insan olma potansiyeli olan fetüsler ve engelli bireylerdir. Girişimsel prenatal tanı testlerinin olası fetal ve maternal yan etkileri nedeniyle tanı ile ilişkili işlemlerin uygulanacağı risk gruplarının belirlenmesi amacıyla bazı tarama testleri kullanılmaktadır. Kadının/ailenin, gebelik süreci ile ilgili özerk seçimler yapabilmesi için "bilgilendirilmiş/aydınlatılmış" olmaları gereklidir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda, uygulamada bu konunun yeterince yerine getirilmediği saptanmış olup, "bilgilendirme"nin şekli ve standartlarıyla ilgili kılavuzlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Son yıllarda tarama testlerine cffDNA analizi de eklenmiştir. Cff DNA erken gebelik haftalarında uygulanabilmesi, diğer tarama testlerine oranla daha güvenilir sonuçlar vermesi, dolayısıyla invazif tanı testlerine olan gereksinimi azaltması yanı sıra, reproduktif otonomiye geliştirmekte ve reproduktif seçimleri de kolaylaştırmaktadır. Bu durum kadının "bilmeme hakkı"nı da tehlikeye sokmaktadır. Ayrıca cffDNA yöntemi, diğer yöntemlerle saptanamayan anomalili fetusların tanınmasına ve buna dayalı olarak daha fazla gebelik terminasyonuna da neden olabilir. Bu nedenle "fetusun yaşama hakkı" gibi prenatal tanının tartışmalı konularını gündeme getirebilir. Terminasyon sayısındaki artış toplumda engelli bireylerin azalması ve bu konuda yapılacak araştırma desteği ve sosyal desteğin azalmasına, sonuçta toplumda halen yaşayan engelli bireylerin ve ailelerinin de zarar görmesine neden olabilir. Bu yeni teknolojinin sanayi tarafından reklam yoluyla halka duyurulması, ailelerin bu konudaki talep ve beklentilerinin artışına ve hekimin mesleki özerkliğine

de zarar verebilir. Ayrıca, cffDNA'nın ücretle erişilebilir olması, adalet ilkesiyle de bağdaşmamaktadır. Bu teknolojinin çocukluk veya erişkin dönemde ortaya çıkan bazı genetik durumlar için kullanımı, gelecekteki bireylerin otonomisine de zarar verebilir.

Prenatal tanı ve sonrasında verilmesi gereken kararlar; fetüs hakları, kadının/ailenin reproduktif seçim hakkı, toplumdaki engelli bireylerin durumları açısından çatışan değerleri beraberinde getirmektedir. Kadın-Doğum hekimleri bu süreçte, görevlerini yerine getirirken, kadının özerkliği ve bu bağlamda kadın/ailenin bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam süreçleri, intrauterin olarak engelli veya sağlıklı olduğu saptanan fetuslardaki obstetrik kararlar bağlamında pek çok etik ikilemle ve hukuki sorunla karşı karşıyadır.

Bu tez çalışması ile amaçlanan, kadın-doğum hekimlerinin bu etik ikilemler karşısındaki tutumlarının ve yaklaşımlarının belirlenmesi ve bu sürecin tıp etiği açısından değerlendirilmesidir. Bu amaca dönük olarak kadın-doğum hekimlerine uygulanacak anket soruları üzerinden prenatal tarama sürecinde mesleki uygulamaları, tutum, davranışları ve görüşlerinin ortaya konulmasına çalışılacaktır. Karar verme süreçlerini etkileyen sosyodemografik özellikleri ve hekimin çalışma ortamından kaynaklanan faktörler (iş yükü, teknik imkânlar vb) araştırılacaktır. Bu faktörlerin ortaya konulmasıyla, hekimin karar verme sürecinde etik ilkelerin yol göstericilik rolünün belirleneceği düşünülmektedir. Perinatal tarama ve sonraki süreçlerde hekim tutumlarında etkili olan "fetüs odaklı" ve "aile/toplum odaklı" tutumların temelinde olan "yarar sağlama" ilkesinin iki boyutu ("tarafsız yarar" ve "araçsal zarar") Oxford Yararcılık Ölçeği ile de değerlendirilecektir.

"Examination of Attitudes and Behaviors of Obstetricians in Prenatal Screening and Process Management in Terms of Medical Ethics"

Doç. Dr. Figen Türkçapar

Hacettepe University Institute of Health Science
History of Medicine and Ethics, PhD Candidate

Prenatal diagnosis; Prenatal examination of diseases of the fetus or embryo. Exploring this; if possible prenatal treatment of the disease, taking necessary precautions after birth, the cause of the mother / family disease treatment, legal limits. The main ethical parties involved in prenatal diagnosis are non-harm, usefulness, autonomy and justice; pregnant women / family, fetuses and disabled individuals. It is for screening tests caused by risk groups where diagnostic-related procedures will be performed because of possible fetal and maternal side effects of interventional prenatal

diagnostic tests. Guidelines for the form and standards of "information" are being developed. Cell free fetal DNA (cffDNA) analysis was also added to the final screening screening tests. cffDNA can be applied in early gestational weeks, and more reliable results can be given compared to rechargeable screening tests. This also jeopardizes the women's right not to know. In addition, cffDNA method may lead to the recognition of fetuses with anomalies that cannot be detected by other methods and further termination of pregnancy. This may raise controversial issues of prenatal diagnosis such as prenatal "right of the fetus to life.. It may cause harm to individuals with disabilities and their families living in society. The announcement of the new technology by the industry to the public through advertising may harm the increase in the demands and expectations of the families and the autonomy of the physician. The fact that cffDNA causes wages is in line with the principle of justice. The use of this technology for certain genetic conditions that appear to be childhood or adult may impair the autonomy of future individuals.

Prenatal diagnosis and subsequent decisions; fetus rights, reproductive choice of women / the family, and conflicting values in terms of the situation of disabled individuals in society. Obstetrics and Gynecologists perform their duties in this process, women's autonomy and informed / informed consent processes of the woman / family face many ethical dilemmas and legal problems in the context of obstetric decisions in fetuses found to be disabled or unhealthy intrauterine. The aim of this thesis is to determine the attitudes and approaches of obstetricians to these ethical dilemmas and to evaluate this process in terms of medical ethics. For this purpose, it will be tried to reveal the professional practices, attitudes, behaviors and opinions during prenatal screening process through questionnaire questions to be applied to obstetricians. The sociodemographic characteristics affecting the decision-making processes and the factors (workload, technical facilities, etc.) arising from the physician's working environment will be investigated. By revealing these factors, it is thought that the guiding role of ethical principles in the decision-making process of the physician will be determined. Two aspects of the principle of "benefit" ("objective benefit" and "instrumental harm"), which are based on "fetus-oriented" and "family / community-oriented" attitudes that are effective in physician attitudes in perinatal screening and subsequent processes, will be evaluated with Oxford Utilitarian Scale.

ETKİNLİKLER

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim olarak bölümümüz tarafından organize edilen etkinlikler arasında “UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi, Dünya Biyoetik Günü”, “Tıp Tarihi ve Etik Konferanslar Serisi (TETKON), Uzmanıyla Söyleşi” ve “Asistan Etik Eğitimi (ASET)” yer almaktadır.

UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi, 2019 Dünya Biyoetik Günü Kutlamasının Ardından...

Önder İlgili

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

Dünya Biyoetik Günü kutlamalarının geçmişi 2015 yılında İtalya'nın Napoli şehrinde yapılan Haifa UNESCO Biyoetik Kürsüsü birim başkanları genel kuruluna dayanmaktadır. Sözü edilen toplantıda, UNESCO Genel Konferansı tarafından “Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” nin oybirliği ile kabul edildiği 19 Ekim 2005 tarihine atfen 19 Ekim gününün Dünya Biyoetik Günü olarak kutlanması kararlaştırılmıştır. Geçtiğimiz üç yılda Uluslararası Dünya Biyoetik Günü Komitesi tarafından belirlenen temalar çerçevesinde organize edilen kutlama etkinlikleri başarı ile gerçekleştirilmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1: Geçtiğimiz yıllarda gerçekleştirilen Dünya Biyoetik Günü kutlama temaları

Yıl	Tema
2016	İnsan Onuru ve İnsan Hakları (Human Dignity and Human Rights)
2017	Eşitlik, Adalet ve Hakkaniyet (Equality, Justice and Equity)
2018	Dayanışma ve İşbirliği (Solidarity and Cooperation)

Bu yıl Dünya Biyoetik Günü ülkemizde ikinci, uluslararası planda dördüncü kez “Kültürel Çeşitliliğe Saygı” teması ile kutlanmıştır. (Resim 1) Dünya Biyoetik Günü, amaçları ile uyumlu olarak Ankara’da biyoetik alanı ile ilgilenen insanların Hacettepe Üniversitesi Yeni Senato Salonunda biyoetik alanının önemi konusunda farkındalığı arttırmak ve fikir alışverişinde bulunmak üzere bir araya gelmelerini sağlamıştır. Kutlamanın onur konuğu “Çok Kültürlülüğün Sınırlarını Düşünmek” başlıklı konuşması ile Prof. Dr. Kezban Çelik olmuştur. Prof. Çelik’in etkili ve düşündürücü sunumunun

ardından katılımcılar ile verimli tartışmalar yapılmış, biyoetik alanında multidisipliner işbirliği ve coşkunun pekiştirilmesi sağlanmıştır.



Resim 1: 2019 UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi, 2019 Dünya Biyoetik Günü Kutlaması Afışı

Kültür toplumların ruhani, duygusal, bilişsel, maddesel özellikleri ve yaşam tarzları, değer sistemleri, gelenek ve inançlarından meydana gelmektedir. Kültürel çeşitliliğe saygı etik açıdan temel dayanağını insan haklarında ve insan onurunun korunmasında bulmaktadır. (1) İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 27. maddesinde insanların içinde yaşadıkları toplulukta kültürel faaliyetlere özgür katılımları, bilim ve sanatta ilerlemelere katkı sunma ve faydalanmaları güvence altına alınmıştır. (2) Birleşmiş Milletlere üye devletler bu kapsamda insan kişiliği ve onurunun gelişmesi, temel insan hakları ve özgürlüklerin gerçekleştirmesinde büyük önem taşıyan eğitim hakkının ayrımcılıktan uzak bir biçimde güvence altına alınmasını vurgulamışlardır. Küresel ölçekte bu hakların kullanımı amacı ile bilimsel ve kültürel alanda uluslararası işbirliğinin teşvik edilmesini karara bağlamışlardır. (3) Kültürel çeşitliliği garanti altına alan öğeler olarak ifade özgürlüğü, çok dillilik, bilimsel ve teknolojik bilgiye erişim, yayım araçlarına erişimin altının çizilmesinde yarar vardır. (1)

Kültür geçmişten geleceğe, nesiller boyu yapılan katkılarla birikici bir özellik göstermektedir. Bu noktada devralınan kültürel mirasın korunarak bir sonraki nesle iletilmesi, yaratıcılığı güçlendirmek adına bu mirasa erişim ve temasın geliştirilmesi ve kolaylaştırılması önem taşımaktadır. İnsanların yaratıcı kültürel üretimlerinden doğan manevi ve maddi haklarının güvence altına alınması, eserlerin serbest yayımının koşullarının yaratılması da üretimi arttırmak açısından önerilmektedir. (1)

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi özellikle Tedaviye Yönelik Araştırmalarda Embriyonik Kök Hücreler ve İmplantasyon Öncesi Genetik Tanılar üzerine iki raporunda kültürel çeşitliliğin farkındalığı ile çoğulcu yaklaşımı öneren görüşler ortaya koymuştur. Çoğulcu yaklaşımlar tedavi amacına dönük klonlamalar ile ilgili de seslendirilmiştir. Burada farklılıkların olacağı, bazı toplumlarda geçerli yaklaşımın diğer bazı toplumlar açısından kabul edilemez olabileceği öngörülmüştür. İlgili başlıkların, insan yaşamı ve kişi kavramı ile ilgili, her topluma özel olabilecek dini,

kültürel ve felsefi geçerli kabullerden önemli ölçüde etkileneceği ifade edilmektedir. Çoğulculuk çerçevesinde ilgili toplumda farklı görüşlerin ifade edilmesi ve toplumsal sorunların demokratik yollarla çözümlenmesi çerçevesinde bir sonuca bağlanması durumunda bunun kabul edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Çoğulculuğun birlikte var olabilme ve ortak anlayışın garantisi olduğu vurgulanmaktadır. (4) Biyoetik alanında gittikçe hızlanan bilimsel ve teknolojik gelişmelerin, küresel siyasi krizlerin etkisi ile ortaya çıkan yeni yeni sorunlara yaratıcı çözüm arayışımızda kültürel çeşitlilik değişim, yenilik ve yaratıcılık kaynağı olarak tüm insanlığın ortak mirası ve umut kaynağıdır. Kültürel ürünlerin küresel düzeyde artan serbest dolaşımının mevcut küresel dengesizlikler nedeni ile çeşitliliği tehdit etmemesi adına gelişmekte olan ülkelerin etkin ve rekabetçi kültür altyapılarının oluşturulması, bu amaçla uluslararası işbirliği ve desteğe ihtiyaç bulunmaktadır. (1) UNESCO Uluslararası Biyoetik Ağı Türkiye Birimi olarak yer aldığımız, UNESCO Chair ve UNITWIN işbirliği programlarının başladığı 1992 tarihinden günümüze uluslararası kapasite inşası ve işbirliğinin güçlendirilmesine katkılarının artarak devam ettirilmesi ve gelecek yıllarda Dünya Biyoetik Günü'nü hep birlikte artan coşku ile kutlamak dileğiyle.

1. UNESCO. Kültürel Çeşitlilik Evrensel Bildirgesi [Internet]. Nov 2, 2001. Available from: <http://www.unesco.org.tr/pages/180/17>
2. Birleşmiş Milletler. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi [Internet]. Dec 10, 1948. Available from: <http://www.un.org.tr/humanrights/images/pdf/1-insan-haklari-evrensel-beyannamesi.pdf>
3. Birleşmiş Milletler. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme [Internet]. Dec 16, 1966. Available from: <http://www.un.org.tr/humanrights/images/pdf/4-EkonomikSosyalKulturelHaklarSozlesmesi.pdf>
4. Have H ten, Jean SM, editors. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights Background, Principles and Application. Paris: UNESCO; 2009.

Tıp Etiği ve Tarihi Konferansları Serisi (TETKON)



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
2019-2020 Akademik Yılı Aylık Konferansları Serisi
(TETKON 2019-2020)



Klasik Yunan Tıbbının İslam Dünyasına Etkileri (Örneklerle)

PROF. DR. ESİN KAHYA

TÜBİTAK 2019 Yılı Prof. Dr. Fuat Sezgin Bilim Tarihi Ödülü

01 Kasım 2019

Cuma Saat: 15.30

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi
Kültür Merkezi S Salonu

- Tıp Etiği ve Tarihi Konferansları Serisi (TETKON) etkinlikleri kapsamında TÜBİTAK 2019 Yılı Prof. Dr. Fuat Sezgin Bilim Tarihi ödülünü alan alanımızın duayen hocalarından Sn. prof. Dr. Esin KAHYA 1 Kasım 2019 tarihinde “Klasik Yunan Tıbbının İslam Dünyasına Etkileri (Örneklerle)” başlıklı bir sunum gerçekleştirmiştir.



Uzmanıyla Söyleşi



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
2019-2020 Akademik Yılı Aylık Konferansları Serisi
(TETKON ve UZMANIYLA SÖYLEŞİ 2019-2020)



DR. ANOOSHIRVAN MIANDJI
Türkiye'de sözde bilim
uygulamaları üzerine bir
çalışma (Türler ve teknikler)

29 Kasım 2019 Cuma

Saat: 15.30

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi
Dekanlık Binası- A3 Salonu

- Tıp Etiği ve Tarihi Konferansları Serisi, Uzmanıyla Söyleşi etkinlikleri kapsamında Dr. Anooshirvan MIANDJI, 29 Kasım 2019 tarihinde “ Türkiye’de sözde bilim uygulamaları üzerine bir çalışma (Türler ve teknikler” başlıklı doktora tezine ait bir sunum gerçekleştirmiştir.

<http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/faaliyet/anooshirvanmiandjiuzmaniylasoylesi2019.php>

Asistan Etik Eğitimi (ASET)

Hacettepe Üniversitesi asistanlarının etik bilinçlerini, bilgi ve duyarlılıklarını arttırmaya yönelik olarak 2001 yılından beri, yılda iki defa düzenlenen ASET eğitimleri, iki tam gün devam etmektedir.

HÜTF Yönetim Kurulu kararıyla, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi yapan tüm hekimlerin bu sertifika programına katılımları, uzmanlık belgelerini alabilmeleri için gereklidir.

ASET / 12-13 Aralık 2019

http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/faaliyet/aset_aralik_2019.php



ASET Programımız TTB STE/SMG Akreditasyon Kredilendirme Kurulu tarafından 10.5 TTB STE/SMG Kredisi ile akredite edilmiştir.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

Etkinliğe Dâhil Hizmetler
Katılım Sertifikası
Kahve Araları

Düzenleme Komitesi
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken
Dr. Öğr. Üyesi Önder Iğlı
Dr. Öğr. Üyesi Merve Demir
Öğr. Gör. Dr. Şükriye Keleş

Biletçiler
Dilek Çalışkan
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Sekreterleri
Tel: 0 312 305 43 61
E-posta: dilek.caliskan@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

06100 Sıhhiye - Ankara
Tel: 0 (312) 305 43 61
Faks: 0 (312) 305 10 98

E-posta: deontoloji@hacettepe.edu.tr
URL: www.deontoloji.hacettepe.edu.tr

Katılım ücretsizdir

Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Asistan Etik Eğitimi

12-13 Aralık 2019

Yer: Hacettepe Üniversitesi
Yeni Senato Salonu
Sıhhiye - Ankara

HÜTF Asistan Etik Eğitimi 12-13 Aralık 2019 HÜTF Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Program
Bilimsel Sekreteryas Öğr. Gör. Dr. Şükriye Keleş HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD kelesukru@gmail.com 0 534 550 12 54	12 Aralık 2019 - Perşembe 09.00-09.30 Açılış Konağı Prof. Dr. Nüket Örnek Büken- HÜTF Tıp Tarihi ve Etik AD Başkanı Prof. Dr. Bülent Altun- HÜTF Dekanı 09.30-10.00 Hüküm - Hasta Hakkında Bilgilendirme ve İyi Hukuk Prof. Dr. Şekip Doğruşen 10.00-10.30 Etik, Biyoetik, Biyoteknoloji- Tıp Etikinde Temel Kavramlar Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 10.30-11.00 Kahve Arası 11.00-11.30 Biyoetik Sorun Konuları, Yagının Baş ve Sonu ile İlgili Etik Konular Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 11.30-12.00 TTB'nin Çalışmaları Bağlamında Hekimin Etik Sorumluluğu ve Hekim Hukuku Prof. Dr. Özgür Özdeğir 12.00-12.30 Tıbbi Deontoloji ve Hekimlik Etik Kuralları Dr. Öğr. Üyesi Önder Iğlı 12.30-13.30 Öğle Yemeği 13.30-14.00 Aydınlatılmış Onam Dr. Öğr. Üyesi Önder Iğlı 14.00-14.30 Klinik Etik Değerlendirme Süreci ve Hastane Etik Kuralları Dr. Öğr. Üyesi Merve Demir 14.30-15.00 Kahve Arası 15.00-15.30 Sağlık Hizmeti Sunumunda Özerklikli/Özerklessiz Değerlendirme Yaklaşımı Prof. Dr. Ayşın Bulutcu Özdeğir 15.30-16.00 Sağlık Sistemi Üzerinde ÜSTH- Hastalara/Dağıntılara Yaklaşım Öğr. Gör. Dr. Şükriye Keleş 16.00-16.30 Hekimlikte Toplumsal Cinsiyete Dayalı Yaklaşımlar Doç. Dr. Nüket Polat Erbuğdayır
	13 Aralık 2019 - Cuma 09.30-10.00 Açılış ve Öğle Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 10.00-10.30 Hayvan Araştırmalarında Etik Kurul Başvurusu Doç. Dr. İlyas Öngören 10.30-11.00 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalarda Etik ve Etik Kurullar Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 11.00-11.30 Kahve Arası 11.30-12.00 Klinik Araştırmalarda Etik ve Etik Kurullar Prof. Dr. Mustafa Hayran 12.00-12.30 Akademik Etik Kuralları Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 12.30-13.30 Öğle Yemeği 13.30-14.00 Yayın Etik (Haber ve Değerlendirme Süreçleri) Dr. Öğr. Üyesi Merve Demir 14.00-14.30 Çıkar çatışması Dr. Öğr. Üyesi Önder Iğlı 14.30-15.00 Kahve Arası 15.00-15.30 İnsan Biyolojik Materyalinin araştırma amaçlı kullanımı ve sağlık verilerinin mahremiyeti Prof. Dr. Nüket Örnek Büken 15.30-16.00 Hekiminin Hukuki Sorumluluğu ve Malpraxis Prof. Dr. Ali Rıza Yılmaz 16.00-16.30 Kapanış Belgesi Dağılımı ve Kapanış

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 eğitimi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2000-2005 yılları arasında, onkoloji yan dal uzmanlık eğitimi 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 yetişmiş, 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. Tabi 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: Kanserın 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 ağzınızdan 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 vermeyle, hastalarla doğru bir iletişim kurmayla ilgili eğitimler veriliyor. Kötü haber vermenin, düzgün bir ortamda, sakın 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 vermeyle 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 aşılamaya 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 sabahdan 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 yaklaştığında 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 uğraşıyor. 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 çalışıyor.

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 zeminin sağlanmaması, özellikle de kurumsal ve hukuki zeminin sağlanmaması 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, ağırlı hemşirelerimiz olabildiğince haftada bir veya iki gün hastaları ve konsültan hekimleri birlikte görüyorlar. Vizitlerde hastaların sorunlarını konsültanla konuşarak tedavi planı yapıyorlar. 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, çözümü birlikte aramalıdır. Bu herkesin yükünü hafifletir. Bu tarz kritik konularda ne kadar sorumluluk paylaşılsa 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, tanısal 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 çalışıyorlar, ama yoğunluk nedeniyle süreçler yavaş ilerleyebiliyor, bu kurulların da bu açıdan desteklenmesi gerekli.

MD: Bize zaman ayırdığınız için tekrar teşekkür ederiz.

ÖĞRENCİNİN 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 outhier 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

have called on physicians to redouble their efforts to eliminate unfair discrimination against HIV/AIDS patients.”³ in addition to this WMA has declaration on discrimination against persons affected by leprosy.⁴ It is important for patients to come to hospitals and know that doctors will care for them regardless. In order to form a healthy relationship between two parties, a discrimination free environment is needed. Discrimination in hospitals has to end, this is not only for patients but also for doctors so that they could keep their head high.

References

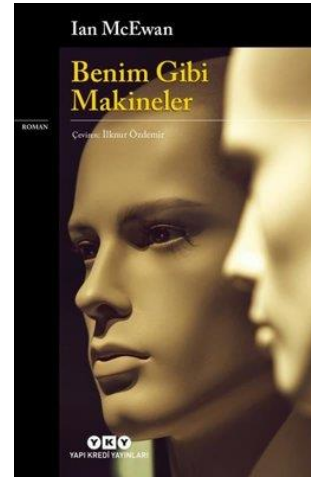
- 1-<https://www.nytimes.com/2018/10/15/arts/tarana-burke-metoo-anniversary.html>
- 2-https://www.washingtonpost.com/world/a-year-after-it-began-has-metoo-become-a-global-movement/2018/10/05/1fc0929e-c71a-11e8-9c0f-2ffaf6d422aa_story.html?noredirect=on&utm_term=.66cd3df1c88c
- 3-<https://www.wma.net/news-post/physician-leaders-support-action-against-hiv-aids-discrimination/>
- 4-<https://www.wma.net/blog-post/global-appeal-2016-to-end-stigma-and-discrimination-against-people-affected-by-leprosy/>

ANİ / EDEBİYAT / ELEŞTİRİ YAZILARI

Benim Gibi Makineler, Ian McEwan

Şükrü Keleş

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



“Benim Gibi Makineler”, Ian McEwan
Çeviren: İlknur Özdemir, Yapı Kredi Yayınları,
Kasım 2019, 256 sayfa

Asimov, “Robotbilim Yasası”nda (*Laws of Robotics*) robotların uyması gereken yasaları ilk defa tanımladığında ‘yeni’ bir dönemin başlamasına da katkıda bulunmuştur; yıl 1942’dir. Asimov’un bilimkurguya yaptığı en önemli katkı olarak da değerlendirilebilecek olan üç yasaya göre robotlar (Asimov, 1950);

- 1) İnsanlara zarar veremez ya da eylemsiz kalarak insanların zarar görmesine göz yumamaz;
- 2) Birinci Kanun’la çelişmediği sürece insanlar tarafından verilen emirlere itaat etmek zorundadır;
- 3) Birinci ya da İkinci Kanun’la çelişmediği sürece kendi varlıklarını korumak zorundadır.

Bu yasalar zaman içinde bilimkurgu yazarları tarafından benimsenir ve ek yasalar önerilir, teknolojik ilerlemeler doğrultusunda yeni yasalar geliştirilmeye çalışılır. Günümüzün kuramcıları bu yasaların eksik ve temelsiz olduğunu düşünseler de, genellikle makina ya da robot etiği söz konusu olduğunda Asimov yasaları anımsanır.

Günümüzün özgün yazarlarından biri olan Ian McEwan (d. 1948) alternatif bir tarih kurgusuyla yazdığı “Benim Gibi Makineler (*Machines Like Me*)” adlı romanıyla robotlarla ilgili kurmaca literatürü geliştirmeye devam ediyor. İleri teknoloji ve ilk ‘insansı’ robotların yaratıldığı 1980’li yıllar Londra’sında insanı insan yapan şeyin ne olduğunu sorgulayan McEwan, robotlarla bir arada yaşamının nasıl bir deneyim olduğunu aktarıyor.

“Benim Gibi Makineler”de Charlie ve komşusu Miranda’nın birlikte programladıkları Âdem’le olan ilişkileri odağa alınıyor. Âdem, sınırlı sayıda üretilen ilk insansı robotlardan biri. Charlie, ailesinden kalan mirasla Âdem’in sahibi oluyor. Yazar, Âdem üzerinden bir robotun dünyasıyla okuru buluşturuyor; bu ‘kurmaca’ evrende Âdem’in ‘kişiliği’ kullanıcısı/sahibi tarafından oluşturulabiliyor. Kitabın başında robotun nasıl bir kişiliğe sahip olacağı, cevabı aranan zor bir problem olarak sunuluyor; robotun yalnızlığı, robotun geçmişinin ve geleceğinin olmayışı, mahremiyeti, robotla bir aile kurmak gibi pek çok ‘yaratıcı’ düşünce etrafında okur düşünmeye yöneltiliyor.

Kitabın arka kapağında romanda merkeze alınan temel sorular şu biçimde yapılandırılıyor:

“İnsanı insan yapan şey nedir?”

“Zeki bir makinenin insanların iç dünyasını anlaması bir gün mümkün olacak mı?”

“Yapay zekânın insanı hem bilgi hem de etik bakımından aştığı bir dünya neye benzerdi?”

Bu soruların bir bölümünün günümüzde yürütülen robot etiği tartışmalarında da karşımıza çıktığını söylemek mümkün (Lichocki ve ark., 2016). Çünkü biliyoruz ki, endüstriyel üretime katılan ya da ev içinde hizmet üreten robotların sayısı hızla artmakta. Diğer yandan, şunu da biliyoruz: Bu türden makinelerin insanların isteklerine cevap veren araçlardan ibaret olmadıkları, bir dereceye kadar özerk olabildikleri ve karar alabilecek bir biçimde tasarlanmaları da mümkün. Örneğin, tasarım bir robot kendi özerkliği çerçevesinde, Asimov’un yasalarını yok sayıp insanlığa zarar verdiğinde, sorumluluk kime ait olacaktır? Robotlar programlarının dışında hareket ederek bu ve benzeri eylemlere giriştiklerinde nasıl düzenlemeler devreye girecektir? Bu aşamada önemli olan, robotların kullanımı yaygınlaştıkça bugünden geleceği öngörmeye çalışmak, robotlarla bir arada yaşamının olası yarar ve zararlarını tartışmak.

Yapay zekâ, makine öğrenmesi ve robot etiği konularına ilgi duyan etik uzmanları, ‘bir mühendislik ve yazılım programının zaferi’ olarak tanıtılan Âdem’i yakından tanımak isteyebilirler belki.

Ian McEwan*, 1948’de İngiltere’de doğdu. Sussex Üniversitesi’nde İngiliz Edebiyatı Eğitimi gördü. East Anglia Üniversitesi’nde İngiliz Edebiyatı üzerine yüksek lisansını yaparken romancı Malcolm Bradbury’dan yaratıcı yazarlık dersleri aldı.

İlk öykü kitabı “First Love, Last Rites” (1976; “İlk Aşk, Son Törenler”, çev. Ahmet Deniz Özsoylu, Ayrıntı Yayınları, 2004) ile Somerset Maugham Ödülü’nü kazandı. Üç kere Booker Ödülü’ne aday gösterildi, 1988 yılında “Amsterdam” (1988; “Amsterdam’da Düello”, çev. Ülkem Gürpınar, Can Yayınları, 2000) ile bu ödülü kazandı. 2006’da “Saturday” (2005; “Cumartesi”, çev. İlknur Özdemir, Yapı Kredi Yayınları, 2007) adlı romanıyla James Tait Black Anı Ödülü’nü kazandı. Son olarak “Sahilde” adlı romanıyla İngiliz Kitap Ödülleri Yılın En İyi Kitabı ve Yılın En İyi Yazarı ödüllerini kazandı. Diğer önemli eserleri arasında “Beton Bahçe”, “Yabancı Kucak”, “Sonsuz Aşk”, “Kefaret”, “Çocuk Yasası” ve “Fındık Kabuğu” sayılabilir.

İlknur Özdemir* İstanbul’da doğdu. İstanbul Alman Lisesi’ni ve Boğaziçi Üniversitesi İşletme Bölümü’nü bitirdi. Almanca ve İngilizceden çok sayıda çevirisi ve “Senin Öykün Hangisi” adlı bir öykü kitabı vardır.

* Yazar ve Çevirmen biyografileri kitaptan alınmıştır. Detaylı bilgi için bkz.

<http://kitap.ykykultur.com.tr/kitaplar/benim-gibi-makineler>

Kaynakça:

Asimov I. Ben, Robot. Çeviren: Ekin Odabaş. İthaki Yayınları. 2016. s.236.

P. Lichocki, P. Kahn Jr, and A. Billard. The Ethical Landscape of Robotics. IEEE Robotics and Automation Magazine, 18(1):39-50, 2011.

Yayın Kurulu

Editör: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Dr. Öğr. Üyesi Önder İlgili
Dr. Öğr. Üyesi Müge Demir
Öğr. Gör. Dr. Şükrü Keleş
Ar. Gör. Çağrı Zeybek Ünsal

Contact/İletişim

Hacettepe University Faculty of Medicine
Department of Medical History and Ethics,

06100 Sıhhiye/Ankara TURKEY

Tel: +90 (312) 305 43 61

E-posta: deontoloji@hacettepe.edu.tr

URL:

Hacettepe University Faculty of Medicine
Department of Medical History and Ethics:

<http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/>

Turkey Unit of UNESCO Chair in Bioethics (Haifa):

<http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/unescobiyoetik/tanitim.php>

Hacettepe University Center for Bioethics:

<http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/>