

Etik, Önleme ve Halk Sağlığı

EDİTÖRLER

Angus Dawson ve Marcel Verweij

ÇEVİRİ EDİTÖRLERİ

Ayşen Bulut, Ahmet Can Bilgin, Muhtar Çokar ve
Mahmut Yardım

HASUDER

OXFORD

UNIVERSITY PRESS

Great Clarendon Street, Oxford ox2 6DP

Oxford Üniversitesi Yayınevi Oxford Üniversitesi'nin bir bölümüdür. Üniversitenin araştırma, öğrenim ve eğitimde mükemmellik amacını kolaylar. Dünya çapında 15 ülkede yayın yapar, ayrıca farklı ülkelerde (Türkiye dahil 20 ülkede) yayın temsilcilikleri vardır.

Oxford, Oxford Üniversitesi Yayınlarına ait Birleşik Krallık ve diğer belli ülkelerde kayıtlı bir ticari markadır.

Kitap, Oxford University Press Inc. New York tarafından ABD'de yayınlanmıştır.
© çok yazarlı 2007

Yazarlara ait haklar doğrudan Oxford University Press (yapımcı) veri sisteminde korunmaktadır.

İlk basım 2007, ISBN: 978-0-19-926069-7

Çeviri ISBN: 978-605-84926-8-4

Her hakkı korunmuştur. Oxford University Press'den yazılı izin alınmadan çoğaltılamaz, herhangi bir şekilde ve formda yeniden oluşturulamaz.

British Library Catalog içinde yer almaktadır.

Library of Congress Catalog içinde yer almaktadır.

Laserwords Private Limited tarafından Hindistan, Chennai'de yayına hazırlanmış, Birleşik Krallık'da basılmıştır.

Türkçe basım 2016 HASUDER

© HASUDER 2016

Bu kitabın tüm yayın hakları saklıdır.

Türkiye, Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği tarafından, Oxford University Press'in izni ile çevrilmiştir.

Tanıtım amacıyla, kaynak göstermek şartıyla yapılacak kısa alıntılar dışında hiçbir yolla HASUDER'den izin alınmadan çoğaltılamaz, yayımlanamaz ve dağıtılamaz.

İÇİNDEKİLER

<i>Yazarlar Hakkında Bilgi</i>	vii
<i>Türkçe Basımla İlgili</i>	xi
<i>Önsöz</i>	xv
1. Giriş: Etik, Önleme ve Halk Sağlığı Angus Dawson, Marcel Verweij	1-12
<i>Çeviri: Aysen Bulut, Muhtar Çokar</i>	
2. ‘Halk Sağlığı’nda ‘Halk’ın Anlamı Marcel Verweij, Angus Dawson	13-30
<i>Çeviri: Osman Günay, Mahmut Yardım</i>	
3. Halk Sağlığı ve Yurttaş Temelli Cumhuriyetçilik: Halk Sağlığı Etiği İçin Alternatif Bir Çerçeveye Doğru Bruce Jennings	31-62
<i>Çeviri: Muhtar Çokar, Ahmet Can Bilgin,</i> <i>Emel Mervan İrgil</i>	
4. İnsanların Sağlığı: En Yüce Yasa mıdır? Lawrence O. Gostin, Lesley Stone	63-84
<i>Çeviri: Tacettin İnandı, Yeşim Işıl Ülman</i>	
5. Nüfus Düzeyinde Biyoetik: Yeni Bir Gündem Belirlemek Daniel Wikler, Dan W. Brock	85-102
<i>Çeviri: Aysen Bulut, Muhtar Çokar</i>	

6. Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Aşısı ve Otizm Tartışmasında Anne Babanın Seçimi ve Uzman Bilgisi 103-120
Tom Sorell
Çeviri: Nuray Özgülmar, Ayşen Bulut
7. Önleme Önceliklerinin Belirlenmesi için Oluşturulan Niceliksel Modellerin Uygulanmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar 121-140
Dan W. Brock
Çeviri: Mahmut Yardım, Ayşen Bulut
8. Halk Sağlığı Taleplerinin Kabul Edilebilir Sınırları 141-158
Mariëtte van den Hoven
Çeviri: Yeşim Işıl Ülman, Nuray Özgülmar
9. Bulaşıcı Hastalıkların ve Genetik Bozuklukların Dikey Geçişi: Tıbbi ve Toplumsal Müdahaleler Tutarlı mı? 159-175
Jay A. Jacobson, Margaret P. Battin, Jeffrey R. Botkin, Leslie Francis, James O. Mason, Charles B. Smith
Çeviri: Osman Günay, Yeşim Işıl Ülman
10. Bir Kamu Yararı Olarak Toplumsal Korunma: Aşılama ve Başkalarına Karşı Yükümlülüklerimiz 177-198
Angus Dawson
Çeviri: Emel Mercan İrgil, Osman Günay

11. Tütünden Caydırma: Paternalist Olmayan Bir Tartışma Marcel Verweij <i>Çeviri: Emel Mercan İrgil, Yeşim Işıl Ülman</i>	199-220
12. Aydınlatılmış Onam ve Yenidoğan Taramalarının Genişletilmesi Niels Nijsingh <i>Çeviri: Tacettin İnandı, Ahmet Can Bilgin</i>	221-236
<i>Kaynaklar</i>	237-259
<i>Dizin</i>	260-264

YAZARLAR HAKKINDA BİLGİ

Margaret P. Battin, MFA, PhD, Utah Üniversitesi Felsefe Bölümü Profesörü. Utah Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bölümünün Tıbbi Etik grubunda ek görevle çalışmakta. İlgi alanları ve araştırma konuları intihar, hekim destekli intihar ve ötenazi, enfeksiyon hastalıkları, üreme hakları ve etikdir.

Jeffrey R. Botkin, MD, MPH, Utah Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Bölümü Profesörü. İç Hastalıkları Bölümünde Tıbbi Etik grubunda ek görevli olarak çalışmakta. Utah Üniversitesi Araştırma Bütünlüğü İkinci Başkan Yardımcısıdır. İlgi alanları ve araştırma konuları araştırma etiği, yenidoğan bebek taramaları, genetik testler ve prenatal tanı yöntemleridir.

Dan W. Brock, Frances Glessner Lee Sosyal Tıp Bölümünde Tıp Etiği Profesörü, Harvard Tıp Fakültesi'nde Tıp Etiği Bölümü ile Harvard Üniversitesi Etik ve Sağlık Bölümü Başkanı. Politik felsefe, ahlak ve biyoetik konularında 150 den fazla makalenin yazarıdır. Yazarı olduğu kitaplar: *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making* (1989) (Allen E.Buchanan ile birlikte), *Life and Death: Philosophical Essays in Biomedical Ethics* (1993) ve *From Chance to Choice: Genetics and Justice* (2000) (Allen E.Buchanan, Norman Daniels ve Daniel Wikler ile birlikte).

Angus Dawson, Keele Üniversitesi Meslek Ahlakı Merkezi'nde Etik ve Felsefe dersleri sorumlusu. Asıl araştırma ilgi alanları, halk sağlığında etik (özellikle aşılarda ilgili) ve ahlaki tartışmalarda ampirik kanıtların kullanımınıdır.

Leslie Francis, PhD, JD, Felsefe Profesörü ve Alfred C. Emery Hukuk Profesörü. Utah Üniversitesinde Siyaset Bilimi Bölümünde ve Utah Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı Tıp Etiği Bölümünde ek görevli olarak çalışmakta. İlgi ve araştırma alanları biyoetik ve biyoetik hukuku, hukuk felsefesi ve araştırma etiğidir.

Lawrence O. Gostin, Georgetown Üniversitesinde Hukuk Profesörü ve Dekan Yardımcısı, The Johns Hopkins Üniversitesinde

Hukuk ve Halk Sağlığı Profesörü, Hukuk ve Halk Sağlığı Merkezi (DSÖ ve Hastalık Kontrol ve Önleme Ulusal Merkezi işbirliğiyle yürütülmekte) Direktörü. Çok sayıda makale ve kitabın yazarı. *Public Health and Law: Power, Duty, Constraint* editörü olduğu *Public Health Law and Ethics: A Reader* (University of California Press/Milbank Memorial Fund) kitabının etkileyici bir bölümüdür.

Mariëtte van den Hoven, Utrecht Üniversitesi Etik Enstitüsünde araştırmacı ve öğretim elemanı. Hollanda Uygulamalı Felsefe Araştırma Okulunun koordinatörü. Doktora tezi toplumun ahlak yargıları ve nedensellik üzerinedir, tıp ve halk sağlığı etiği konularında çok sayıda çalışması vardır

Jay A. Jacobson, MD, İç Hastalıkları Profesörü. Utah Üniversitesi Tıp Fakültesinde Tıp Etiği Bölüm Başkanı, LDS Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü üyesi. Klinikte ve sınıfta tıp etiği öğretimi, enfeksiyon hastalıkları, hasta bakımı ve yandal konsültasyonu, yaşam sonu bakım, aydınlatılmış onam ve tıpta karar oluşturma, güncel ilgileri ve araştırma alanlarıdır.

Bruce Jennings, New York'ta İnsanlar ve Doğa Merkezi Direktörü ve New York Garisson'da bulunan The Hastings Merkezi'nde Kıdemli Danışman. Yale Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu'nda ders vermekte, kamu politikası ve sağlık hizmetlerinde etik ve toplumsal konularda çok sayıda makale ve kitabın yazarıdır.

James O. Mason, MD, MPH, Utah Üniversitesinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı olarak yetişmiş, Harvard Üniversitesinde halk sağlığı uzmanı, 1983 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Ulusal Merkezi Direktörü oldu. Utah Sağlık Bölge yöneticisi olarak çalışmış, 1989'da ABD Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı görevine atanmıştır.

Niels Nijsingh, önceleri felsefe alanında çalışmış, Utrecht Üniversitesi Etik Enstitüsü'nde doktora öğrencisi. Araştırma ilgisi yenidoğan tarama programları, aydınlatılmış onam ve paternalizmdir.

Charles B. Smith, MD, Washington Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi, Dekan Yardımcısı ve Salt Lake City ve Seattle'da Veteran Birliği Hastanesi'nde Tıbbi Direktör olarak çalışmış emekli Tıp Profesörü. Utah Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde En-

feksiyon Hastalıkları Dalı Başkanı ve Tıp Bölümünde Başkan Yardımcısı olarak görev yapmış halen emekli öğretim üyesi olarak çalışmakta. Güncel araştırma ilgisi tıp etiği alanıdır.

Tom Sorell, Essex Üniversitesinde Felsefe Profesörü. Yayınları ağırlıklı olarak Hobbes ve Descartes, epistemoloji, bilim felsefesi, ahlak teorisi ve uygulamalı etik alanlarında. Pek çok kitabı arasında, *Scientism* (1991), ve *Moral Theory and Anomaly* (1999) vardır. Son olarak acil durumlar, ahlak ve politik felsefeyi konu alan bir kitap projesi ile ilgilenmektedir.

Lesley Stone, JD, Harvard Üniversitesi, Kennedy Devlet Okulu'nda Zuckerman bursu ile çalışmakta. Daha önce, Georgetown Hukuk ve Halk Sağlığı Merkezi ve ve John Hopkins Üniversitesinde çalışmıştır.

Marcel Verweij, Utrecht Üniversitesi Etik Enstitüsü'nde kıdemli araştırmacı ve öğretim elemanı. Uygulamalı Etik alanında uluslararası yüksek lisans programlarının koordinatörü. Asıl araştırma ilgi alanı halk sağlığı etiği, aşı programları, taramalar ve bulaşıcı hastalıkların kontrolüdür.

Daniel Wikler, PhD, Harvard Halk Sağlığı Okulu, Nüfus ve Uluslararası Sağlık Bölümünde Marry B. Saltonstall Nüfus Etiği Profesörü. Dünya Sağlık Örgütü'nün Cenevre'deki ilk kadrolu etik uzmanı oldu. Kuruluşun farklı bölümlerinde gündeme gelen sağlıkta kaynak paylaşımı, insanlar üzerine araştırmalar ve genetik benzeri konular üzerine yoğunlaştı. Cenevre'de görev yaptığı sürede, küresel hastalık yükü ölçümü ve sağlıkta kaynak paylaşımı için yöntem geliştirme çalışmalarında felsefeciler ve ekonomistler arasında etik, metodoloji ve felsefe konularında işbirliği yapılmasını sağladı. Biyoetik alanında çalışmalarıyla pek çok konuda yayın yapmış, son yıllarda nüfusun sağlığı, kaynak paylaşımı ve küresel halk sağlığı konularına odaklandı. Cambridge University Press tarafından basılan kitapları *Studies in Philosophy and Health Policy* ile Prof. Wikler ve diğer üç felsefeci ile birlikte yazdığı *From Chance to Choice: Genetics and Justice* dir.

TÜRKÇE BASIMLA İLGİLİ

Toplum Hekimliği asistanlığımın başında karlı bir gün, yeni atanan bir ebe ile birlikte Çubuk Merkez İlçesinin Kızılöz köyüne gebe izlemine gittiğimizde heyecan içinde çalışmaya didinirken, iki orta yaşlı kadın bize bakıp ‘vah vah görüyon mu, ekme parasına ta nire geliyolar’ deyince ne kadar şaşırıp üzülmüştüm. O anda düşünmediğim tek şey ekme parası idi oysa... Zamanla insanların yaptığımız işe farklı anlamlar verebileceğini öğrendim, üzüldüm şaşırımıyorum artık.

Halk sağlığının neden zor anlaşıldığını ya da öğrendiklerimizi neden kolayca hayata geçiremediğimizi irdelerken insanların sağlıklı ilgili seçimlerini inceleyen etik disiplini bize yol gösterebilir.

Halk Sağlığı Uzmanlar Derneği (HASUDER) olarak ülkemizde halk sağlığı etiği ile ilgili bilgi birikiminin ve başvuru kaynaklarının sınırlılığını göz önüne alarak, Angus Dawson ve Marcel Verweij’in editörlüğünde yayınlanmış Ethics, Prevention and Public Health adlı kitabı üyelerimizin kitaplığına kazandırmayı amaçladık.

Kitabın çeviri öyküsü şöyle gelişti. Editör ve yardımcı editörler olarak kitabın tümünü öncelikle okuduk. Bizi zorlayabilecek kelimeler için kullanabileceğimiz özel bir sözlük yaptık. Kitabın her bölümü iki gönüllü tarafından çapraz kontrolle tercüme edildi, sonra editör tarafından değerlendirildi. Ardından Muhtar Çokar kontrol etti ve en son Mahmut Yardım’ın elinden geçti metinler. Bölümlerin Türkçe kontrolü de Ahmet Can Bilgin tarafından yapıldı. Tabii ki editörler ayrıca, bölüm çevirilerinde de görev aldılar. Metinler pek çok kez aramızda gitti geldi! Temel olan ilk dört bölüm konulara daha yatkın olanlar tarafından iş bölümü ile öncelikle çevrildi. Bu bölümün üzerinde yapılan yönlendirici tartışmalar ve öneriler tüm ekip tarafından izlendi. İlk dört temel bölümün çevirisini layıkıyla tamamladığımızı inandıktan sonra diğer bölümlere geçtik. İşleri planlayarak her bölümün ilgililer arasında yönlendirilmesini hevesle yaptığımı, her adımda çok şey öğrendiğimi itiraf etmeliyim.

Ekipte HASUDER üyesi Mahmut Yardım (Hacettepe), Ahmet Can Bilgin (Dokuz Eylül), Emel Ercan İrgil (Kocaeli), Nuray Özgülнар (İstanbul), Osman Günay (Kayseri), Tacettin İnandı (Hattay) Tıp Fakültelerinde görevliler. Muhtar Çokar, Tıp Tarihi ve De-

ontoloji doktoru, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nda Genel Müdür ve benim gibi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırma Etik Kurul üyesi. Etik konusunda bir kitap sorumluluğunu özenli çalışma arkadaşım Muhtar olmadan yüklenemezdim. Tıp Tarihi ve Deontoloji Profesörü Yeşim Işıl Ülman da davetimiz üzerine severek katıldı gruba. Uzun süre Biyoetik Derneği Başkanı olarak çalıştı, Cerrahpaşa Üniversitesi öğretim üyesiydi; şimdi Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesinde.

Muhtar Çokar'ın yaptığımız bu anlamlı işle ilgili görüşlerini paylaşmak istiyorum:

'Halk sağlıkçılarının mesleklerini uygularken yaptıkları seçimlerin klinik tıp alanındakilerden farklı olması, bu alanı pek çok yönüyle anlaşılması ve çalışılması kolay olmayan bir alan haline getirmektedir. Klinik alanda yaşanan baş döndürücü gelişmeler sağlığın klinik odaklı bir alan haline gelmesini sağlarken, insan hakları alanında yaşanan önemli kazanımlar dünyanın hemen her yerinde sağlık hizmeti için başvuranların özerkliğine destek sağlamaktadır. Bu gelişmelerin sonucunda halk sağlığı uygulamaları giderek daha fazla paternalist ve özerklik karşıtı olarak nitelendirilmekte, toplumun sağlığının geliştirilmesi konusunda önemli görüş farklılıkları oluşmakta ve bu görüş farklılıkları sağlık politikalarına da yansımaktadır. Geldiğimiz noktada birey ve toplum birbirini tamamlayan iki farklı kavram olmaktan çok birbirini dışlayan ve çıkarları çatışan iki varlık durumundadır. Oysa, bireyin ve toplumun çıkarları birbirinden ayrılmaz bir bütündür ve toplumun sağlık hakkının korunması ve geliştirilmesi bireyin haklarının desteklenmesi yoluyla gerçekleşir. Bireyin sağlığının gelişmesi için de sağlıklı bir topluma gereksinim vardır.

Sağlık alanında, özellikle sağlık politikaları söz konusu olduğunda her zaman görüş ayrılıklarının olması beklenmelidir ancak doğru politik seçimlerin ölçütü, akla uygun gerekçeler olacaktır. Etik bize seçimlerimizin gerekçeleriyle ilgili bilgi sağlar ve halk sağlığı alanındaki seçimlerimizin gerekçeleriyle ilgili yapılacak her türlü zihinsel etkinlik bu alandaki çelişkileri ve kavram karışıklığını azaltacaktır. Sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir toplum oluşturma doğrultusunda uygun seçimler yapabilmeyen zihinsel başlangıcı bu nedenle halk sağlığı etiğinin bilinmesi ve bu bilimdalının sağladığı araçların ve yöntemlerin kullanılmasıdır.'

HASUDER'li ve etikle ilgili konularda dersler veren arkadaşlar bir kitap çevirisi yerine kendileri yazmayı önerdiler. Umarız bir gün o da gerçekleşir. Biz, etik alanında çok önemli olan multidisipliner katılım ve deneyimle yazılmış bu kitabın bir başlangıç olarak özel bir katkı sağlayacağını umuyoruz. Başlangıçta çeviri için katkı yapmak isteyenler daha fazla sayıda olsa da, iş yoğunlukları nedeniyle bu niyetlerini sürdüremediler, onlarsız ilerlemek gerekti. Bu yüzden epey zaman kaybettik ama yine de halk sağlığı alanını etik zenginlikle izleyebileceğimiz Türkçe bir kaynak kitabımız oldu.

Çeviri iznini ve basımı gerçekleştiren HASUDER'le gurur duyuyoruz.

Süreç içinde her zamanki dost desteği ile çalışma arkadaşım Sosyolog Hacer Nalbant'a ve kitap kapağını oluşturmak için yardımını esirgemeyen Özge Papakçı Aydın'a da teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Saygılarımla,

Ayşen Bulut

ÖNSÖZ

Bu kitabın başlangıç noktası, Uluslararası Biyoetik Derneği'nin (International Association of Bioethics, IAB) 2000 yılında Londra'da yapılan 5. Dünya Kongresi'ndeki konuşmalara dayanmakta. Bu toplantıda bir araya geldiğimizde halk sağlığı ile ilgili etik konulara karşılıklı ilgi duyduğumuzu keşfettik. Bu ortak ilgi, yıllar içinde birlikte yürüttüğümüz pek çok araştırma ve eğitim etkinliği ile güçlendi. Son beş yıl içinde, bu ilgiyi paylaşan çok sayıda başka kişilerin de olduğunu fark ettik. Halk sağlığı etiğinin önemli ve gelişmekte olan bir alt disiplin olarak giderek artan bir biçimde değer kazandığını görmekten mutluyuz. Sonradan düzenlenen dünya kongrelerinde yapılan etkinlikler ve Uluslararası Biyoetik Derneği'nin kurduğu bir ağ olan Uluslararası Halk Sağlığı Etik Ağı'nın (International Public Health Ethics Network-InterPHEN) çalışmaları bu gelişme üzerinde önemli etkileri olmuştur. Uluslararası Biyoetik Derneği'nin önceki Yönetim Kurulu Üyelerine ve şu anda çalışan Yönetim Kurulu Üyelerine verdikleri destekler için teşekkür borçluyuz.

Hollanda'da Bilthoven'de 2002 yılında yapılan Halk Sağlığı ve Etik Kuram konulu araştırma semineri, bu kitapta yer alan bölümlerin bir kısmına kaynaklık etmektedir. Etkinlik, Hollanda Uygulamalı Felsefe Araştırmaları Okulu (Netherlands School for Research in Practical Philosophy) ve Hollanda Bilimsel Araştırma Kurumu'nun (Netherlands Organization for Scientific Research) ortak desteği ile yapılmıştır. Diğer bölümler, dünyanın farklı yerlerinden arkadaşlarımızın ve meslektaşlarımızın daha sonraki çalışmalarının sonuçlarıdır. Bu kitapta yer alan bölümlerin yazarlarına, halk sağlığı etiği kapsamını genişlettikleri ve bizimle işbirliği yaparak çalışmalarını basmamıza izin verdikleri için çok teşekkür ediyoruz.

Angus Dawson
Marcel Verweij

1

Giriş: Etik, Önleme ve Halk Sağlığı

Angus Dawson ve Marcel Verweij

1.1. Bu Derlemenin Amacı

Halk sağlığı etiği, biyoetiğin geniş alanı içinde yeni bir alt disiplin olarak gelişiyor. Bu kitabın önemli bir amacı bu gelişmeyi var olan tartışmaların ilerisine götürmek ve yeni tartışmaları başlatmaktır. Kitabın farklı bölümlerinde halk sağlığıyla ilgili çok çeşitli konulara ve kuramlara yer verilmiştir: Felsefe, etik kuramlar, uygulamalı etik, bilim felsefesi, siyaset felsefesi, tıp, halk sağlığı, ekonomi ve hukuk disiplinlerinden farklı kaynaklar kullanılmıştır. Bu çeşitlilik halk sağlığı etiğinin çok disiplinli bir alan olmasının -olması gerektiğinin- bir işaretidir.

Her biri farklı amaçlar taşıyor olsa da kitapta her bölümün hem kuramsal hem de uygulamalı çalışmalara dayandırılıyor olması, bütün bölümlerin güçlü ve ortak yönünü oluşturmaktadır. Sadece halk sağlığı kapsamındaki ahlaki konuları tartışabilmemiz için bir kurama başvurma gereksinimi duymuyoruz; ahlaki konularda derin düşünmek, aynı zamanda daha kuramsal bakış açılarının netleşmesi- ne ve gelişmesine de destek olmaktadır.

Bu giriş bölümünde, üç temel işlev yerine getirilmiştir: Öncelikle, farklı bölümlerde incelenen halk sağlığı etiğinin ana temalarını özetledik. İkinci olarak, bu bölümlerdeki tartışmaların var olan halk

sağlığı etiği literatüründeki yerlerini konumlandırdık. Son olarak da her bölümdeki önemli noktaları kısaca özetledik.

1.2. Kitabın Ana Temaları

Kitabın her bölümünde halk sağlığının somut ahlaki sorularından biri ya da daha fazlası incelenmektedir. Giriş bölümünde, izleyen bölümlerde yinelenen genel konulara yer verilmiştir. İlk genel konu olarak önleme kavramına odaklanılmıştır. Hastalıkların önlenmesini amaçlayan sistematik halk sağlığı uygulamaları ve programları, 'alışılmış' sağlık hizmeti uygulamalarından farklı etik kaygıları gündeme getirir. Bu bölüme, önleme müdahalelerinin üç genel özelliğini vurgulayarak başlıyoruz. Bu özellikler, halk sağlığı ve klinik tıp arasındaki belli başlı farklılıkları işaret ediyor olsa da aynı zamanda olabilecek etik kaygılara da temel oluşturuyor.

Koruyucu önlemler ve halk sağlığı programlarının ilk belirgin özelliği, başlangıç girişiminin 'hastadan' değil, halk sağlığı ilgililerinden gelmesidir. Örneğin önleme programlarında bireyler bir tarama programını paylaşmaya, aşı olmaya ya da 'sağlıksız' davranışlarını değiştirmeye davet edilir; bu tür önlemler ya da istekler, bireylerin kendilerinden gelmez. Sağlık hizmeti uygulamalarında ise bireyler genellikle, bir hastalık belirtisi nedeniyle, bir hekime başvurur. Oysa halk sağlığı programları, insanların hastalıktan kaçınmalarına yardım eder, bu nedenle paradigmatik olarak sağlıklı insanları (ya da en azından bir hastalık belirtisi olmayanları) hedefler. Hedef grupların programlara katılımı konusunda ikna edilmeleri gerekebilir. Her ne kadar ikna sürecinde amaca uygun bilgilerin tümü kullanılacak olsa da yine bazı sorunlarla karşılaşılabilir ve kapsamlı bir bilgilendirme yapabilmek için olanaklar genellikle sınırlıdır. Diğer olaylarda ise programlara katılım oranlarının başarıya ulaşmasında kimi zorlamalar devreye girer. Çağdaş bireysel sağlık hizmeti sunumunda çok fazla değer verilen kişi özerkliği, halk sağlığında öncelik taşımayabilir; bunun yerine bireylerin ve grupların sağlığının korunması, başkalarına zarar vermenin önlenmesi, sağlıkta eşitlikçiliğin desteklenmesi gibi benzer değerler daha merkezdedir.

Halk sağlığının ikinci özelliği, tipik olarak, halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen müdahalelerin grup ya da nüfus

düzeyinde olmasıdır. Başarılı programların amacı bir toplumda, kabul edilebilir bir maliyetle (harcamalar ve olumsuz yan etkiler dikkate alınarak), morbidite ve mortalite hızlarını etkili bir şekilde düşürmektir. Nüfusun geneli açısından bakıldığında gözle görülen yararların maliyet ve olası zararlara daha ağır bastığı durumlarda bile bireylerin, maliyet ve yararlar yönünden kendileri açısından farklı bir değerlendirme yapmaları mümkündür. Kimileri yalnızca olası sakıncaları ve zorlukları görüp programın birey olarak kendilerine ne kadar yararlı olacağına ilişkin kuşku duyarlar. Bu durum klinik tıpta da görülür ancak her durumda tedavinin bireyde olumlu sonuç vereceği beklenir. Özetle, halk sağlığı programları tek tek bireyler için yararlı olmayabilir ve halkın sağlığını koruma ile bireylerin iyiliğini sağlama arasında bir çelişki ortaya çıkabilir. Örnek olarak, Toronto'da Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu (SARS) salgını sırasında karantina önlemleri, karantinaya alınan bireylerin sağlığını korumak için değil, toplumdaki diğer bireylerin sağlığını korumak için uygulanmıştır (Singer ve ark. 2003). Çiçek mikrobi kullanılarak yapılabilecek bir biyoterörist saldırıya karşı, aşılama kimi zaman ciddi sorunlar ortaya çıkacağı bilinmesine karşın, ABD'de aşı programının yeniden canlandırılması gündeme gelmiştir (Casey ve ark.2006). Halk sağlığı girişimleri en azından bazı kişiler için zarar verici olabildiğinden kamu yararı ile bireysel çıkarlar arasındaki gerilim tartışması halk sağlığı alanındaki etik düşüncenin bir parçasıdır.

Koruma programlarının üçüncü belirgin özelliği (pek çok halk sağlığı etkinliğinde olduğu gibi) potansiyel yaygınlıklarıdır. Neredeyse yaşamdaki her şey; kişinin yaşam tarzı, toplumsal ve fiziksel çevrenin durumu, ekonomik zenginlik ve çevre kirliliği, tüm bu konularla ilgili politikalar, kararlar sağlık üzerinde etkilidir. Halk sağlığı, insanların sağlıklı yaşayabilecekleri koşulların oluşturulmasını amaçlar. Ancak bu övgüye değer amaç, neredeyse yaşamımızı etkileyen her şeye burnunu sokmak için bir gerekçe de sağlayabilir. Eğer halk sağlığı önlemleri yaşantımızı yönlendirme yeteneğimize etki etmeye başlar ya da sağlıkla ilgili yaygın kamusal kaygılar özel yaşamımızı ve bireysel seçimlerimizi olumsuz yönde etkilemeye başlarsa bu durum, etik sorunların gündeme gelmesine neden olur. Bireyler, hastalık risklerinin ve sağlığı geliştirmenin sürekli ve yaygın olarak vurgulanmasının; haz alma, cesaret, bireysellik ve kaygısız olma gibi başka değerlerin göz ardı edilmesine neden olacağını düşünebilirler (Verweij 1999).

Zararların önlenebilir olması sadece bireylerin sağlıkları hakkındaki seçimleri ile ilgili değildir. Giderek yaygınlaşan tıbbi ve epidemiyolojik bilgimiz, başkalarına zarar vermeden kaçınabilmek için pek çok olanağımız olduğunu göstermektedir (pasif sigara içiciliği, bulaşıcı hastalıklara maruz kalma gibi). Bu durum, bir insanın başkalarının sağlığı için ne kadar sorumluluk taşıyabileceği sorusunu ortaya çıkarır.

Koruma ve sağlığı geliştirme konuları ile ilgili olanların yanı sıra, kitabın diğer bölümlerinde bir dizi kuramsal konu tartışılmıştır. Halkın iyiliği ya da halkın yararının ne dereceye kadar bireylerin özgürlüklerini sınırlayan devlet müdahalelerine gerekçe oluşturabileceği bir diğer genel konudur. Bu sorun özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolü, suyun florlanması tartışmaları, alkol, madde ve sigara kullanımını politikalarında görünür duruma gelir. Örneğin 2003 yılında Asya ülkeleri ve Kanada'da ortaya çıkan SARS salgını kontrolü bu konulardan bazılarında açıklık getirmektedir. Bu örnek, halkın sağlığını etkin biçimde koruyacak programların önemini ve bu programların toplumun yaşamı ve bireylerin iyiliği üzerine etkilerinin altını çizmektedir. Bu özgün sağlık sorununun kolay bulaşma özelliği ve hastalığın ciddiyeti, olayın bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermiştir. Bu biyolojik gerçekler, hastalığın yayılımını kontrol için yapılacaklara gerekçe sağladıkları için önemli olabilirler. Güneydoğu Asya ve Kanada'da SARS'ın yayılmasının durdurulması için alınan - karantina, izolasyon ve zorunlu tedavi gibi- önlemler, eski zamanlardan kalma gibi görünüyorsa da, toplum ciddi bir enfeksiyon hastalığı tehdidi altında ise haklı gösterilebilir. Tedavi ve önleyici girişimler, kimileri için uygun olmayabilir, istenmeyebilir ya da zararlı bile görülebilir, kimi ölçülere göre 'yanlışlık' olarak bile nitelenebilir ama eğer tüm nüfusun korunması için önem taşıyorlarsa kabul edilebilir yan etkiler olarak değerlendirilebilir.

SARS, halk sağlığı müdahaleleri ve nedenlerine yönelik değerlendirmeler için bir odak sağlamış olsa da, daha pek çok acil halk sağlığı konusu etik açıklamalar gerektirir. Örneğin var olan avian influenza (kuş gribi) virüsü, mutasyona uğrayarak insandan insana bulaşan influenza virüsü haline gelirse yüksek morbidite ve mortalite hızıyla pandemiye yol açabilir. Oluşabilecek bir pandemi için hazırlık eylem planı, izolasyon, karantina, seyrek bulunan antiviral ilaçların sağlanması ve aşı geliştirilmesi konularında pek çok etik çekinceyi

gündeme getirir (Kotalık 2005). HIV, bulaşma hızı artarak dünyada her yıl milyonlarca insanın ölümüne neden olup pek çok ülkede ekonomik gelişmeyi yavaşlatıyor hatta çöküntüye yol açıyor (WHO 2005). Tütün kullanımı, uzun süredir akciğer kanseri ve kalp damar hastalıklarının en önemli nedenlerinden biri olarak biliniyor ama gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam ediyor (WHO 2004). Sigara kullanımının riskleri konusunda kamusal ve politik bilinç artmasına karşın obezite, en azından gelişmiş ülkelerde yeni bir 'yaşam tarzı epidemisi' olarak kendini gösteriyor (WHO 2000a).

Bütün bu risklere karşı halkın sağlığını korumak için çok yönlü çabalar sarf edilmekte, ancak bu süreçlerde pek çok etik kaygı ortaya çıkmaktadır. Hangi olaylarda zorunlu tedavi haklı gösterilebilir? Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, 'halkın sağlığı uğruna', bireylere ait sağlık bilgileri kamu görevlilerine ne zaman teslim edilebilir? Anne babalar çocuklarının aşı olmasını kabul etmek için zorlanabilir mi? Sağlıklı olmayan yiyecek ürünleri yasaklanmalı mıdır? Anne babalarının sigara içmesine karşı çocukları korumak için hangi önlemler alınabilir? Hükümetler bireylerin yemek seçimi, sigara içme ya da bedensel egzersiz yapma seçeneklerini etkin olarak değiştirme amacı taşımalı mıdır?

Eğer bir eylem bir kamu yararının oluşması ya da korunmasına katkıda bulunuyorsa halk sağlığı alanında bu tür politikaların uygulanması daha güçlü biçimde zorunlu görülebilmektedir. Kamu yararının tam olarak ne olması gerektiği karmaşık bir konudur. Yine de kamu yararı, bireysel yararların toplamından kesinlikle daha fazlasıdır. Kamu yararı bir kez oluştuğunda, basit olarak bireysel iyiliklere bölünemeyecek nitelikte olması bu gerçeği yansıtır. Örneğin bir toplulukta kitle aşılması ile korunma sağlanmışsa bireyler aşı programına katılmak istemeyebilirler ya da aşı programından çıkmak isteyebilirler, ama buldukları nüfusta yürütülen kitle aşılmasının yararlarından kaçınamazlar. Benzer biçimde hiç kimse programa katılmayan bireylerden bu tür bir yararı geri alamaz. Kamu yararı bireyler ya da küçük gruplar tarafından yaratılamaz. Genel olarak, nüfusun önemli bir bölümü adına eyleme gereksinim duyulur ve bu durum, halk sağlığı eylemlerinin neden hükümetler -ya da benzeri kurumlar- tarafından yürütülen eylemler olduğunu açıklar. Halk sağlığı adına, insanların yaşamına müdahale edilebilmesi, geniş ölçüde, devletin gücünün yasal sınırlarının ve bireylerin yararlarıyla haklarının nasıl ko-

runacağına tartışılmasına neden olmuştur. Sorun yalnızca kişi özerkliğine yönelik sınırlamaların gerekçelendirilmesi değildir, kamu yararı da tehdit altındadır. Zor olan konu, özgürlükleri sınırlayan politikaların hangi koşullarda geçerli olabileceğini bulmaya çalışmaktır. Bu kitapta farklı bölümlerde, halk sağlığı uygulamalarında farklı örnekler kullanılarak, bu konuya odaklanılmıştır. Tıpta ve sağlık hizmetlerinde artık hastanın özerkliği ve her bireyin iyiliğinin/esenliğinin temel değerler olduğunun öğrenildiği bir çağda, özgürlükleri sınırlayan, tedavileri/önlemleri buyuran ve sağlıksız davranışları hoş görmeyen halk sağlığı programları fazla paternalist ya da potansiyel olarak zorlayıcı görülebilmektedir.

Yukarıda anlatılanlarla bağlantılı bir başka konu, halk sağlığının desteklenmesinde bireylerin rolü ile ilgilidir. Kamu yararı ya da toplumun korunmasına katkı yapmak için bireylerin ahlaki yükümlülükleri ne dereceye kadardır? Bu soru, halk sağlığının pek çok konusu için, özellikle de sigara ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili politikalar bağlamında oldukça anlamlıdır. Sağlık çalışanları gibi bazı grupların, halk sağlığı için özel yükümlülükleri olduğu kabul edilebilir. Hatta tıp etiğinde iyi bilinen bir etik ilkeyi, örneğin insanların başkalarına zarar vermekten kaçınmaları gerektiğini basitçe önermek bile bireylere zorlu koşullar yükleyebilir. Örneğin başkasına zarar vermemek için aşı olmanın bir yükümlülük olarak kabul edilmesine yol açabilir. Kimileri ise son zamanlarda yürütülmekte olan ahlaki gereksinmelerle ilgili tartışmalara vurgu yaparak bu yükümlülüğün normalden fazla özveri gerektirdiğini ileri sürerler. Bu tür irdelemeler başta sonuçsalcı kuram olmak üzere son zamanlarda etik kuramlar üzerine yapılan tartışmalara dikkati çekmektedir. Yine de ‘sorun’un yalnızca sonuçsalcılıkla ilgili olduğunu ileri sürmek yanlıştır ve pek çok kuram bu eleştirilerden payını alır. Liberalizmin geleneksel yaklaşımında bile ‘başkalarına zarar vermeme’ ilkesi, en azından kimi olgularda bireyin özgürlüklerinin sınırlandırılmasında bir gerekçe olarak ileri sürülür.

Bu gerekçeler nedeniyle etik tartışmalar için halk sağlığı ilginç bir alan haline gelmektedir. Çünkü güncel biyoetikte oluşmuş birçok uzlaşının ötesinde bizi düşünceye yönlendirip, bilinen kabullere meydan okuyarak, ahlak kuramı ve biyoetiğin temel konularına geri götürmeye zorluyor. Kuşkusuz, hem toplum hem de bireyler için neyin uygun olduğunu düşündüğümüzde, bireylerin özerkliğine saygı gösterme gibi etik ilkelerin basit olarak içinde olduğumuz karmaşık

konulara yeterli bir yanıt oluşturamayacağı açıktır. Halk sağlığı konularında en geçerli olacak kuramsal yaklaşım hangisidir? Elinizdeki kitabın bölümlerinde bu alanda var olan çalışmalar ele alınmaktadır.

1.3. Gelişmekte Olan Halk Sağlığı Etiği Alanı

Biyotetik alanı, yıllardır özellikle hasta ve sağlık çalışanı arasındaki klinik etkileşimde ortaya çıkan değer sorunlarına odaklanmıştır. Ancak yukarıda sözü edilen önleme ve halk sağlığı özellikleri bağlamında ortaya çıkabilecek etik sorunlar, sağlık kurumlarının işleyişinde ortaya çıkabilecek derinlemesine etik sorunlardan farklılık gösterir. Klinik etikte, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkinin özel yapısı merkezdedir ve pek çok sorun, kişiye hizmet sunanın sorumlulukları ve birey olarak hastanın hakları çerçevesinde verimli olarak incelenebilir. Öte yandan, önleyici müdahaleler sıklıkla topluma odaklanır. Bu durumda sağlık çalışanları büyük bir örgütlenme içinde sınırlı bir rolü yerine getirirler. İzlenen programlar da bir nüfus ya da topluluk düzeyinde sağlık yararlarını amaçlayarak bir grup insanı hedefler. Gerçekten bu tür sağlık önlemlerinin salt hastaların yararı için değil, etik olarak da topluluklara ya da gruplara odaklandığı kabul edilebilir. Bu doğrultuda, biyoetiğin sağlık çalışanlarının birey olarak kararlarına ve yine bir birey olan hastalarına karşı sorumluluklarına odaklanan bildik yaklaşımları, halk sağlığı alanında gündeme gelen değer sorunlarının açıklığa kavuşturulması ve çözümlenmesinde sınırlı kalabilir.

Yakın zamana dek, az sayıda biyoetikçi halk sağlığı konularına ilgi göstermekteydi. Örneğin Beauchamp ve Childress, temel kitapları *Principles of Bioethics* (1979, 2001)'in her iki baskısında da her zaman bakım ve tedavi sürecindeki etik sorunlara odaklanarak geniş ölçüde takdir kazanmış olsalar da aynı zamanda eleştirilmişlerdir. Bir grup ya da topluluk düzeyinde etik konulara odaklanmak -halk sağlığını anlamada bu bir zorunluluktur- yalnızca sağlık hizmetlerinde adalet konusundaki tartışmalarda belirgin olarak ortaya çıkar. Oysa tarama programları, aşılama, sağlığı geliştirme ve eğitim, eşitsizlikleri azaltma, hava-su-besin kontrolü ile çevreyi iyileştirme biyotıp kitaplarının önemli bölümlerini oluşturduğu halde, biyoetik kitaplarında sistemli bir biçimde yer almazlar. Ana akım biyoetikte halk sağlığının görece olarak ihmal edilmesine karşın halk sağlığı ve önleme konularında

sürekli olarak çalışan yazarlar vardır. Bu çalışmaların en güzel örnekleri sigara içme (Goodin 1989), paternalizm ve halk sağlığı (Beauchamp 1976, Wickler 1978), sağlık için sorumluluk (Wickler 1978) ve sağlığı geliştirme (Downie ve ark. 1990) konularında yapılanlardır. Yazarların bir kısmı, HIV ve AIDS'ten korunmada ortaya çıkan etik sorunlar üzerine tartışmıştır (Bayer 1991; Gostin ve Lazzarini 1997; Bennett ve Erin 1999; Gostin 2004b). Skrabanek (1990), *Journal of Medical Ethics*'te basılan ünlü makalesinde, koruyucu tıbbın etik yönden tartışılmasındaki eksiklikleri eleştirmiştir. Eleştirilerinin konusu, antenatal taramalar ve genetik tarama programları gibi pek çok etikçi tarafından tartışılan özel tarama programlarına değil, çok daha temel düzeyde yapılan sıradan toplu tarama programlarına odaklanmıştır.

Bununla birlikte son birkaç yıl içinde işler giderek değişerek halk sağlığı etiği, uygulamalı etik alanının bir dalı haline geldi (Beauchamp ve Steinbock 1999). Bulaşıcı hastalıklar, önleme kavramı, aşılama politikaları, kanser taramaları, madde ve tütünle ilgili politikalar etikle ilgili ve ilginç konular olarak tanınmaktadır. Bunlar artık etik yaklaşımın gelip geçici değil daha sistematik bir biçimde tartışılmakta olan konularındır (Buchanan 2000; Gostin 2000b; Verweij 2000). Halk sağlığında ortaya çıkan etik sorunlara karşı farkındalığın arttığına ilişkin pek çok belirti vardır ve bu konular artan sayıda yayında işlenmektedir. Örneğin Anand ve ark. (2004) küresel sağlık, eşitsizlik ve toplumsal adaletle ilgili özgün makaleleri topladıkları yayınlarda bu konuları inceliyorlar. Cribb (2005), sağlığın toplumsal boyutu açısından biyoetik konularla ilgili bir tartışma sürdürüyor ve tıbbi halk sağlığı yaklaşımı ile bakılmasının bir gereksinim olduğunu savunuyor. Kessel (2006), hava kirliliği ile bağlantılı etik, tarihsel ve kamu politikaları konularında süregelen tartışmayı ilk kez başlatandır. Diğer yayınlardan, bulaşıcı hastalıklarda etik (Selgelit ve ark. 2006) ve genel olarak halk sağlığında etik (Freeman haz¹) başlıkları örnek gösterilebilir.

Halk sağlığı ile ilgili artan sayıda yazar, pek çok biyoetikçi tarafından da paylaşılan liberal politik yaklaşımları sorguluyor ve halk sağlığının daha geniş bir bakış açısı gerektirdiğini vurguluyor. Bu bir anlamda, gözden geçirilmiş liberal bir yaklaşımla çalışmak, sonuçsalıcı

¹ ç.n. Michael Freeman, *The Ethics in Public Health Vol I*, Ashgate, 2010.

ya da sözleşmeci daha geleneksel bir etik kuramına uyum sağlamak ya da halk sağlığı için daha toplumcu ya da cumhuriyetçi çerçeveyi benimsemek anlamına gelebilir (Kass 2001; Callahan ve Jennings 2002; Childress ve ark. 2002; Roberts ve Reich 2002). Bu ilginç örnek, özel konularda düşünmenin daha kuramsal düzeyde nasıl bir gözden geçirme gereksinimi yarattığını gösteriyor. Kuşkusuz, halk sağlığı uygulamaları ile ilgili tartışmalar sonucunda, ahlak ve siyaset felsefesinde gelecekte ortaya ilginç kuramsal çalışmaların ortaya çıkacağını göreceğiz.

1.4. Kitabın Bölümleri Hakkında

Kitapta yer alan bölümlerin çoğu halk sağlığının kamusal ya da toplumsal doğasına yönelik tartışmalara katkı sağlamaktadır. Yukarıda söz edildiği gibi, halk sağlığı önlemleri bazı bireylerin çıkarlarına saldırı olarak nitelendirilebilir. Bazen bu ihlaller, halkın tümünün çıkarı tehlikede olduğunda haklı görülebilir. **2. Bölüm**'de Marcel Verweij ve Angus Dawson halk sağlığının farklı tanımlarını tartışıyor ve halk sağlığı bağlamında 'halk' kavramının ne anlama geldiğini farklı yaklaşımlarla irdeliyorlar. Bu tanımlamalarda 'halk' için iki farklı algının var olduğunu belirliyorlar; *halkın sağlığı* olarak halk sağlığı ve sağlığı geliştirmek amacıyla uygulanan bir dizi *kamusal ya da kolektif müdahaleler* olarak halk sağlığı. Bu iki bileşen, kitabın başka bölümlerinde de görülebilir.

Halk sağlığı etişinin politik derinliği Bruce Jennings tarafından **3. Bölüm**'de güçlü olarak geliştirilmiştir. Savunmakta olduğu yurttaş temelli cumhuriyetçi nitelikteki halk sağlığı politikası, siyaset tarihinin kısa bir özeti içinde sunuluyor. Yurttaş temelli cumhuriyetçilik, halkı yurttaşlar olarak algıladığından halkın sağlığına ufuk açıcı bir yaklaşım olarak nitelenebilir. Yurttaşlar yalnızca politikaların hedefi değil, bu tür politikaların tasarlanması ve uygulanmasında birer önemli etkidir. Bu doğrultuda (Dawson ve Verweij'in 2.Bölüm'de ayrıntılı olarak incelediği) halk sağlığı kapsamındaki iki 'halk' algısı birleşmektedir.

Halkın sağlığını etkili biçimde korumak, yasal önlemlerin uygulanması ve desteği olmadan gerçekleşemez. Hukuk, davranışları düzenleme, insanların ve kurumların sağlığa katkısını yönlendirme

açısından önemli bir role sahiptir. Halk sağlığı müdahaleleri ile ilgili etik sorunlar en açık olarak bu müdahaleler zorunlu ya da yasal yaptırımlarla desteklendiklerinde ortaya çıkarlar. Dolayısıyla halk sağlığı etiği ve halk sağlığı hukuku birbiri ile yakından ilintilidir. **4. Bölüm'de** Larry Gostin ve Lesley Stone, halk sağlığı hukuku ile ilgili zengin bir açılım öneriyorlar ve hukukun, halk sağlığını geliştirmek için nasıl etkin bir araç olarak kullanılabileceğini gösteren yedi yol tanımlıyorlar.

5. Bölüm'de, Daniel Wikler ve Dan Brock 'nüfusun sağlığı'nın ne anlama geldiğini özetliyorlar. Bu bölüm, toplum odaklı ve küresel bakış açısı ile etik konulara ilişkin geniş bir literatür özetini kısaca sunuyor. Tartışma, nüfus içinde düzenlenen ve uygulanan politikalar ile bireylerin kendi aralarındaki etkileşimi arasında etik yönden anlamlı farklılıkları göz önüne alıyor. Bu bölüm, bu konularda hâlâ çalışma yapılması gerektiğini açıkça ortaya koyuyor. Yapılacak araştırmalar, halk sağlığı alanında etik konularda toplumsal düzeyde çalışmak gerektiğini göremeyen biri için de iyi bir başlangıç noktası oluşturacaktır.

6. Bölüm'de Tom Sorell, bilim felsefesi kaynaklarını kullanarak; kamu politikasının, bilimsel gerçekliğin güçlü bir örneği olacak biçimde oluşturulması gereğini ileri sürüyor. Bir politikanın desteklenmesinden yana kesin kanıtların varlığında, konunun uzmanları açıkça uzlaşıyorlarsa ve kamuoyundaki karşıt görüşlere de yeterli duyarlık gösterilmişse halkın bu bulguları kabul etmesinin (ve gelecek politikaları da bu doğrultuda yönlendirmenin) etik bir zorunluluk olduğunu vurguluyor. Sorell, bu bölümde kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı ile ilgili güvenlilik çekincesini irdeliyor. Anne babaların görüşünün önemli olduğu vurgusunu yapmakla birlikte, politika yapıcılar tarafından hâlihazırda dikkate alınan kamuoyu talepleri karşısında 'fazladan' bir üstünlükleri olmadığını ileri sürüyor. Kimi zaman politikacıların, var olan en iyi kanıtlara dayanarak, nüfusun az bir bölümünün dile getirdiği görüşlere karşın karar alma görevleri olduğunu savunuyor.

Sağlık üzerine olan etkilerin özgün birimlerle ölçüldüğü (Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı -KAYY- ya da kazanılmış sağlıklı yaşam yılları benzeri) maliyet etkililik incelemeleri, halk sağlığı programlarını değerlendirilmede önemli bir araçtır. Bu tür araçlar farklı programlar ve politikaları karşılaştırmada kullanılabilir. Böyle sayısal yöntem-

lerin, öncelikleri belirlemede ve doğru politik karar vermedeki yeri tartışmalıdır. Bu tartışmadaki muhalif görüşlerden biri, etkilerin sayısal olarak toplanmasına odaklanıldığı bu tür değerlendirmelerde, etkinin alt gruplarda nasıl dağıldığına ilişkin bilgi elde edilemiyor olmasıdır. **7. Bölüm**'de Dan Brock, aşılama programlarında karar oluşturmada maliyet etkililik incelemesinin değerini dikkatle inceliyor. Bölüşüm ve adalet konuları için ayrı bir tartışma yapılmasının gerekli olduğunu savunuyor ve bu bakış açılarının düzeltilmiş bir maliyet etkinlik modeli ile birleştirilmemesi gerektiğini ileri sürüyor.

Bulaşıcı hastalıklardan korunma, halk sağlığında önde gelen konulardan biridir. Bundan sonraki üç bölüm bu konuda farklı tartışmaları içeriyor. **8. Bölüm**'de Mariëtte van den Hoven bireylerin başkalarının korunmalarına katkı yapma sorumlulukları üzerine olan tartışmalara odaklanıyor. Bakımevinde görev yapan sağlık çalışanlarının influenzadan korunmaya ne dereceye kadar katkı yapmaları gerektiğine ilişkin özgün sorular ortaya atıyor. Sağlık çalışanlarının hastalarının sağlığı ile ilgili net görevleri olması gerektiği bilinir. Ancak bu görevler başkalarının iyiliği için aşılınmalarını da içeriyor mu? Bu sorunun yanıtını son zamanlarda ortaya atılan etğin sınırları ile ilgili kuramlar ışığında tartışıyor. Van den Hoven, ahlaki yükümlülüklerin kapsamını sorgularken, yükümlülüklerin kişiye maliyetinin de dikkate alınması gerektiğini ileri sürüyor. Eğer bu yapılmazsa halk sağlığı politikaları tarafından dayatılan yükümlülüklerin anlamsız istekler olarak kalacağını savunuyor.

9. Bölüm'de, Jay Jacobson ve arkadaşları, bulaşıcı hastalıkların ahlak açısından göze çarpan boyutlarını inceliyorlar; genetik ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili var olan politikalara dikkat çekerek, aradaki politik farklılıkları tartışıyorlar. Görüşlerini savunmak amacıyla birbirleriyle karşıtlık oluşturan sifilis ve kistik fibrozis olgularını kullanıyorlar. Jacobson ve arkadaşları, her iki hastalık sonucunda gebelik ürününün zarar görmesi gerçeğine karşın sağlık politikalarının her iki olgu için farklı işlemler önerdiğini ileri sürüyorlar. Bu aykırılığı konu ederek paternalist halk sağlığı müdahalelerinin meşru sınırları hakkında sorular soruyorlar.

Aşıların geliştirilmesi için önemli bir neden, kimi hastalıklar için kitlesel korunma oluşturmak ve bunu sürdürmektir. Eğer bir grupta yeterli sayıda insan korunursa bulaşıcı virüsün grup üyeleri arasında dağılma ve çoğalma şansı azalır. Bu nedenle, bazıları aşı

olmayıp korunma özelliği kazanamamasalar da grup bütün olarak hastalıktan korunur. Angus Dawson, **10. Bölüm**'de aşılama programlarıyla ilgili olarak birbirimize karşı olan ahlaki yükümlülükler bağlamında kitle aşılama tartışıyor. Ona göre, kitle aşılama halkın iyiliği için önemli bir uygulama olarak düşünülmelidir. Hepimiz desteklemek ve korumakla yükümlüyüz. Bununla birlikte bir toplulukta bir kez toplu korunma oluştuğunda ne başkalarına zarar verme yaklaşımının ne de bedavacılık görüşlerinin toplu korunma ile ilgili bir yükümlülük oluşturmada yeterli olmayacağını ileri sürmektedir.

Marcel Verweij, **11. Bölüm**'de halk sağlığının farklı bir alanına, tütünden caydırma programlarına odaklanıyor. Tütünden caydırma yalnızca bireylerin davranışlarına yönelik etkin hükümet müdahalesi içerdiği için değil aynı zamanda bireylerin sigara içmeye yönelik tercihlerini de değiştirmeyi amaçladığı için tartışmalı bir konudur. Verweij'in bu bölümdeki amacı, gerekçelendirilmemiş bir paternalizmin kolayca ortaya çıkmasını önleyebilecek savları araştırmaktır. Tütünden caydırmanın bir kamu yararı olduğunun ve bunun, basit olarak vazgeçirilmeye çalışılan bireylerin yararlarının toplamından daha fazla bir şey olduğunun açık olarak ifade edilmediği durumlarda, yarırcılık savlarının işe yaramayabileceğini öne sürüyor.

Son olarak, **12. Bölüm**'de Niels Nijsingh, yaygın olarak kullanılan yeni doğan tarama programlarında aydınlatılmış onam gerekliliği ile ilgili ortaya çıkan uygulamalı ve etik sorunları inceliyor. Her ne kadar, ilk bakışta, anne babalardan aydınlatılmış onam alınması anlaşılır olsa da gerçekte bu durumun hem anne babalara hem de topluma ağır bir yük oluşturabileceği görülüyor. Biz ya gelişmiş teknolojiyi uygulamayarak taramadan yararlanmamak ya da aydınlatılmış onam almadan katılımcıların çıkarlarını korumak için başka yollar bulmak gibi iki seçenekle yüzleşmekteyiz. Bu durum bizi çağdaş klinik biyoetik konularına geri götürüyor. Gerçekten, halk sağlığı yaklaşımında onam gibi konuların sonuçları düşünölmeye başlandığında, aynı düşüncede olmakla ilgili daha eleştirel bakış geliştirilebilir ve sonuç olarak görüşlerimizi ana çizgileriyle değiştirebiliriz.

2

‘Halk Sağlığı’nda ‘Halk’ın Anlamı

Marcel Verweij ve Angus Dawson

2.1. Giriş

‘Halk sağlığı’ tartışmalı bir kavramdır. Bu terim, halk sağlığı uygulayıcıları, araştırmacılar ve yorumcular tarafından çeşitli biçimlerde sunulmakta ve kullanılmaktadır. Bu bölümde iki şeyi gerçekleştirmeyi amaçladık. Birinci amacımız var olan ‘halk sağlığı’ tanımlarını ana çizgileriyle gözden geçirmek ve bu tanımlamalar hakkında kısa yorumlar yapmak. Alternatif bir tanım önermeyeceğiz ve savunmayacağız. Bunun yerine ikinci amacımız, ‘halk sağlığı’nın içindeki ‘halk’ kavramının ne anlama geldiğine odaklanmak olacak. İki anahtar ögenin ayırt edilebileceğini öne sürüyoruz. Bunların her birini ayrı ayrı tartışacağız. Bu bağlamda, ‘halk’ teriminin ne anlama geldiği konusunda net bir fikre sahip olursak ‘halk sağlığı’nın ne olabileceğini düşünme konusunda ilerleme sağlayabileceğimizi savunuyoruz. Bu, halk sağlıği etiği ile ilgili daha geniş çaplı tartışmanın bir parçası olarak eylemlerin ve eylemsizliklerin ahlaki gerekçeleri hakkındaki savları keşfetmek için odaklanmamıza yardımcı olacaktır.

Halk sağlığının tartışmalı bir kavram olduğunu ileri sürerek başladık. Bu durumun bir nedeni, ‘halk sağlığı’ teriminin, ‘halkın sağlık sorunu’ kavramıyla ilişkilendirilmesidir. Belli olayları ya da eylemleri halk sağlıği sorunu olarak kabul etme düşüncesine destek sağlamak için büyük bir çaba harcanmaktadır. Örneğin son zaman-

larda, enfeksiyon hastalıkları, sigara içme, çevre kirliliği, yetersiz sanitasyon ve toplumsal eşitsizlikler gibi sorunlara ek olarak aile içi şiddet (Ramsay ve arkadaşları 2002), adölesan gebelikler (Scally 2002), kumar bağımlılığı (Korn ve Shaffner 1999) ve intihar halk sağlığı sorunları olarak önerilmiştir (US Public Health Service 1999). Bir konunun, halk sağlığı çalışmaları için uygun olup olmadığına nasıl karar vereceğiz? Bu soruya yanıt verebilmek için, açık ve uzlaşmış bir halk sağlığı tanımlamasına gereksinmemiz vardır. Bundan sonraki bölümde, bazı aday tanımlamalar tartışılmıştır. Ancak bir şeyi halk sağlığı konusu ya da sorunu olarak nitelendirmenin ona bir şey kazandırdığını açık olarak belirtmemiz gerekir. Bu ne olabilir? Böyle bir sorunun çok sayıda olası yanıtı vardır. Bir şeyi halk sağlığı sorunu olarak ifade etmek, bu olayların toplumda yaygın olduğuna ya da arttığına işaret edebilir, bu bir epidemiyoloji konusudur. Belki bu tanımlama, bu tür olayların sadece bir tek etkene bağlı olmadığını, altta yatan sosyoekonomik ya da diğer koşullardan etkilendiğini vurgular, bu bir nedensellik konusudur. Belki de bu sorunu bireysel çabalardan çok, toplumsal çalışmalarla ya da hükümet çalışmalarıyla çözmemiz gerektiği düşüncesi vardır, bu özellik bir sorumluluk konusudur. Bu olaylar toplumda önemli değerleri tehdit edebilir ve bu durum özel müdahaleleri gerektirebilir ki bu bir politik konudur. Bir şeyi halk sağlığı sorunu olarak ifade etmek, bu konuya özel önem ya da öncelik verilmesini ve onun önemli bir ahlaki konu (normatif bir konu) olarak kalmasını da sağlayabilir.

Bu açıklamaların birbirini dışladığını ya da bunlardan birinin konunun tamamını kapsadığını düşünmek için bir neden yoktur. Ancak bir şeyi halk sağlığı konusu olarak kabul etmede etkisi olan amaç ve ilgi alanlarının çeşitliliği nedeninden dolayı, halk sağlığı kavramının belirsizliği de beklenen bir durum olabilir. Bu nedenle, literatürde 'halk sağlığı'nın çok farklı tanımları ve açıklamaları olması sürpriz değildir. Konuyu açıklamanın ilk adımı olarak bundan sonraki bölümde bu tanımlardan bazılarını gözden geçireceğiz.

2.2. Halk Sağlığının Tanımları

Bu bölümde halk sağlığı ile ilgili kaynaklarda yer alan 'halk sağlığı'nın en önemli ve ilginç tanımlarını ya da açıklamalarını ana çizgileriyle

özetliyoruz. Bu değerlendirmenin sistematik ya da tamamlanmış olduğunu düşünmüyoruz ancak ileride yapılacak tartışmalara temel oluşturması açısından bu açıklamalar, halk sağlığının birçok farklı özelliğini ortaya koymak için seçilmiştir.

Halk sağlığı; çevre sanitasyonu, toplumsal enfeksiyonların kontrolü, kişisel hijyen kuralları konusunda bireylerin eğitimi, hastalıkların erken tanı ve önleyici tedavisi için tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi ve toplumdaki her bireye sağlığını sürdürmesini sağlayacak standart bir yaşam düzeyini garanti edecek toplumsal düzenin gelişimi için yapılan örgütlü toplum çalışmalarıyla, hastalıkları önleme, yaşamı uzatma, fiziksel sağlığı ve verimliliği geliştirme bilim ve sanattır.

(Winslow 1920)

İnsanların sağlıklı olabilecekleri koşulları sağlama amacıyla toplum olarak kolektif biçimde yaptıklarımız.

(Insitute of Medicine 1988)

Örgütlü toplum çalışmaları yoluyla, hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı geliştirme bilim ve sanattır.

(Acheson 1988)

‘Halk sağlığı olarak devlet müdahalesi’, kamu görevlilerinin yasal yetkilerine uygun olarak ... halkın sağlığını korumak için ... uygun önlemler alınmasını içerir... Halk sağlığındaki anahtar öge devletin rolüdür –halkın sağlığını tehdit eden bir şeyi gidermek için devletin zorunlu ve yaptırım içeren önlemleri alma gücü ve zorunluluğudur.

(Rothstein 2002)

Toplumların, halkın sağlığı için uygun koşulları sağlama zorunluluğudur.

(Gostin 2002)

Childress ve arkadaşları (2002) halk sağlığının ‘özellikleri’ni ya da boyutlarını listelemeyi yeğerler:

Halk sağlığı, bireyin sağlığından çok, bütün toplumun sağlığı ile ilgilendir. Halk sağlığının özellikleri; sağlığı geliştirme, hastalıkları ve sakatlıkları önleme; epidemiyolojik verilerin toplanması ve kullanımı, toplumsal sürveyans ve diğer nicel değer-

lendirme biçimleri; sağlığın belirleyicilerinin çok boyutlu doğasının anlaşılması ve etkili müdahaleleri geliştirmede -biyolojik, davranışsal, toplumsal ve çevresel- birçok etmenin karmaşık etkileşimleri üzerinde durmayı kapsar.

Göze çarpan ilk şey, 'halk sağlığı' tanım ve açıklamalarının farklı ve çeşitli olmasıdır. Kimileri açık bir biçimde 'halk sağlığı'nın tanımının ne olması gerektiği konusunda bir düşünce ileri sürerken diğerleri kesin bir tanım kullanmadan, halk sağlığının özelliklerinin, niteliklerinin ya da kapsamının bir listesini sunmaktadır. Bu tanımların bir kısmı kapsam olarak çok geniştir, bir kısmı ise daha dar bir değerlendirme üzerine odaklanmıştır. Oldukça normatif olanlar yanı sıra az ya da çok tanımlayıcı olanlar da vardır. Bir kısım tanımlama ise halk sağlığının nasıl başarıya ulaşacağına ilişkin ayrıntılı bir kılavuz bile içermektedir. İlgi alanlarındaki bu çeşitlilik, yapılan tanımların belki de en önemlisi olan Winslow'un (1920) tanımlamasında görülebilir. Winslow'un tanımlaması, halk sağlığının sadece ne olduğuyla ilgili bir şey söylemekle kalmayıp ayrıca halk sağlığının nasıl gerçekleştirileceği ve bununla ilgili çalışmaların nasıl düzenlenmesi gerektiğiyle ilgili tartışmaları da içermektedir. Bu tanımın 1920'de yapılmış olmasına karşın Acheson (1988) ve Institute of Medicine (1988) tarafından yapılan tanımlar gibi son zamanlarda yapılmış birçok tanımda da etkisinin olduğu söylenebilir. Bu bölümün bundan sonraki kısmında, bu birbirinden farklı tanımları sistematik bir yolla incelemek için bir taslak sunulmaktadır. İşe, halk sağlığının kapsamlı ve dar olarak adlandırdığımız tanımları arasındaki farkı ayırt etmekle başlayalım.

2.2.1. Halk Sağlığının Kapsamlı ve Dar Açıklamaları

Dar ve kapsamlı ayrımını yapabilmeyen çok farklı yolları vardır. Bunlardan en önemlisi, halk sağlığının kapsamı gereken konularla ilişkilidir, yani halk sağlığı müdahalelerinin *doğası* ile ilgilidir. Halk sağlığı, bu alandaki geleneksel görüşlerle ilişkili bir biçimde dar anlamıyla mı tanımlanmalıdır, yoksa daha geniş kapsamlı bir tanımlama olarak mı kabul edilmelidir?¹ Geleneksel yaklaşım, Winslow'un tanımlamasında belirtilen, örneğin çevresel faktörler, sanitasyon, bulaşıcı hasta-

¹ Gostin (2002b: 7)'deki şemaya bakınız.

lıkların kontrolü, tarama programları ya da sağlık eğitimi gibi sağlık konularına odaklanmaktadır. Buna karşılık, diğer yazarlar halk sağlığının, insan sağlığını etkileyebilecek bütun etmenlerle ilişkili, sağlığın toplumsal, kültürel ve ekonomik belirleyicilerini kapsayan, daha kapsamlı bir sistem olarak anlaşılmasına vurgu yaparlar (bakınız, Ashton ve Seymour 1988). Halk sağlığının dar kapsamlı tanımlamasına itirazın asıl nedeni, halk sağlığı sorunlarının oluşmasına katkıda bulunan birçok şeyi değerlendirmede yetersiz kalmasıdır. Bu görüşe göre, halk sağlığının önceliği, en geniş anlamıyla, önlemedir ve gerçek bir önlemenin halk sağlığı sorunlarının bütun nedenlerine odaklanması gerekir. Dar anlamdaki tanımlamalar, halk sağlığı müdahalelerinin güncel ve seçilmiş önceliklere odaklanmaları için sağlam nedenler öne süremezler ve bu nedenle kapsamlı tanımlamalar tarafından keyfi olarak nitelendirilerek bu tanımlamalara karşı çıkılır.

Bunun aksine, kapsamlı tanımlamalar, sadece ' geleneksel' önlleyici etmenlere odaklanmamakta; ilgi alanlarını, evsizlik, şiddet, savaş, ırkçılık, eğitim, refah dahil olmak üzere, toplumun sosyoekonomik durumu gibi sağlığı etkileyebilecek bütun konularını içerecek biçimde genişletmektedir. Bütun bu konular, halk sağlığı etkinlikleri için meşru konular olarak ele alınmalıdır, çünkü bunların hepsi, (en kapsamlı anlamda) halkın sağlığı üzerine etkilidir. Gerçekte bu yaklaşımlardaki asıl amaç, sınırlı bir alanda (fizyolojik işlevleri doğrudan etkileyen riskler gibi) sağlığı tehdit eden özgün etmenleri azaltmak ya da ortadan kaldırmak değil, genel toplum sağlığını geliştirmek olarak görülebilir. İlke olarak böyle bir halk sağlığı görüşü sınırsız olabilir, çünkü hemen hemen insanların bütun etkinlikleri (ve etkinlikten yoksun olmaları) sağlığı etkileyebilir. Aslında, bu gibi kapsamlı tanımlamalar Dünya Sağlık Örgütü'nün 'bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali' (DSÖ 1946) olarak tanımını yaptığı sağlıkla ilgili bütun çağrışımlara açıktır. DSÖ'nün sağlık tanımlamasının etkileri belki de bu gibi yaklaşımlar için kuramsal bir uyarıcı olarak görünebilir, daha pratik bir gerçek ise birçok halk sağlığı uygulayıcısının kendi rollerini halkın sağlığının savunucuları olarak açıkça politik bir eylem biçiminde görmesidir.

Bununla birlikte, bu gibi 'kapsamlı' tanımlamaların önemli bir sorunu vardır. Bu tanımlamalar öylesine kapsamlıdır ve içerikleri öylesine doludur ki konulara net olarak odaklanmaları ya da yorumlama yapmaları olanaksızdır (Griffiths ve Hunter 1999:1). Eğer bu

gibi yaklaşımları benimserseniz iyilik halinin gelişimini hedefleyen herhangi bir müdahale halk sağlığı açısından önemli sayılabilir. Aslında ‘halk sağlığı’ kavramı, iyilik hali ya da refahı sağlamanın üzerine yoğunlaşır, böyle bir anlayışın sonucu olarak, belki de daha yararlı bir amacı kaybeder. Başka bir ifadeyle, bu gibi kapsamlı tanımlamaların savunucuları bir ikilemde kalabilirler. Bir yandan bir şeyi halk sağlığı sorunu olarak ifade etmekle, bunun önemini altını çizerek; ama öte yandan da halk sağlığının böyle kapsamlı tanımlamaları neredeyse sınırsızdır. Halk sağlığı kavramına belirgin sınırlar koymak mümkün olmasa da halk sağlığının kullanışlı bir tanımı bir biçimde sınırlı olmak zorundadır.

Halk sağlığına ‘kapsamlı’ ve dar bakışları ayırt etmenin başka bir yolu daha vardır. Mark Rothstein, ‘Rethinking the Nature of Public Health - Halk Sağlığının Doğasını Yeniden Düşünmek’ başlıklı makalesinde (2002), halk sağlığı ‘kitle bazında toplumun sağlığını etkileyen her şeydir’ biçimindeki *kapsamlı* görüşün karşısında olmuştur. Bunun aksine, Rothstein halk sağlığının belirleyici özelliğinin *devlet müdahalelerine* odaklandığını savunmaktadır. O, devlet otoritesinin kullanılmasının üç koşulun sağlanması durumunda uygun olacağını önermiştir. İlk olarak, halkın sağlığının bir şey tarafından tehdit edilmesi, ki bu durum sadece hastalıkları değil çevresel etmenleri de içerir; ikincisi devletin bu gibi tehditleri karşılama konusunda güç ve deneyime sahip olması ve üçüncü olarak da devletin etkinliklerinin bireylerin çabalarından daha etkili ve yararlı olabilmesi olasılığını gerekli görür. Rothstein’in görüşü, sağlığı geliştirme amacıyla, devletin, bazen zorlayıcı olarak, insanların yaşamına müdahalelerinin meşru sınırlarını *tanımlamamış* olması nedeniyle eleştirilebilir. Bu gibi kaygılar açıkça değer yargısı içerirler. Bu nedenle ikinci ayırımımız bize yol gösterecektir.

2.2.2. Halk Sağlığı’nın Tanımlayıcı ve Normatif Açıklamaları

Etik açıdan bakıldığında, Winslow (1920) ve Insitute of Medicine’in tanımları (1988) ile Acheson’ın tanımı (1988) arasında ilginç bir fark vardır. Acheson’ın tanımı az çok tanımlayıcıdır ve normatif açıdan tarafsızdır. Bu tanımlama, sağlığı geliştirmeyi amaçlayan toplumsal etkinliklerle ilgilidir. Oysa önceki tanımlar, en azından topluma so-

rumluluk yükleme; yani halkın yaşam koşullarının, sağlığı korumak için *yeterli* olmasını *sağlamak* amacıyla bir kapsam oluşturma bakımından kısmen normatiftir. Lawrence Gostin tarafından halk sağlığı, halkın sağlığını güvenceye almak için toplumsal sorumluluk olarak tanımlandığında bu normatif boyut güçlenmiştir (Gostin 2001). Böyle normatif tanımlar, belirli sorunların neden *halk sağlığı* sorunu olarak kabul edildiğini açıklamaktadır. Aile içi şiddet örneğini ele alalım. Aile içi şiddeti bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edersek bu, sadece şiddet uygulayan bireylerin davranış ve seçimleri açısından şiddetin nedenlerinin kamusal olduğunu kabul ettiğimiz anlamına gelmez, bütün toplumun bu konuda bir şeyler yapmak için *ablaki sorumluluk* taşıdığını kabul etmek zorunda olduğumuz anlamına da gelir.

Bu yaklaşım, normativite yani kurala uygunluk hakkında bizi başka bir önemli noktaya götürür. Böyle bir tanımlamanın normatif ögeler içermesinin bir avantajı, bir şeyi uygun tanım olarak bir kez kabul ettiğimizde aynı zamanda bunu bir etkinlik kılavuzu olarak kabul etmek zorunda kalışımızdır. Bir şeyi halk sağlığı sorunu olarak adlandırmak, bunun tmmz ilgilendirdiği anlamına gelir. Bu üç tanımın ortak odak noktası, refahın ve sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan bir dizi toplumsal ve kolektif çalışmalardır. Bu durum, bu tür iyileştirmeler konusunda bizim sorumluluklarımızla ilgili normatif özellikleri belirlemek olarak da görünmektedir. Halk sağlığı çalışmalarına katılma konusunda her bireyin sorumluluğu ne kadardır? Bu konuya bir sonraki bölümde geri döneceğiz, ama buradaki hedefimiz açısından şunu belirtebiliriz. Örneğin Rothstein'in görüşüne göre halk sağlığı, devletin toplumu koruma etkinlikleriyle ilişkili olup kimi durumlarda bireysel özgürlüklerin sınırlandırılmasına bile izin verir. Aslında kolektif ya da devlet eliyle üretilen belirli kamusal yarar ancak bu yolla sağlanabilir. Bunlar bireysel olarak oluşturulmaz ve sürdürülemez. Bu durum bir kez daha şu gerçeğe dikkat çekmektedir; halk sağlığı etkinliklerinin meşruluğu hakkındaki normatif tartışmalarda, 'halk' kavramı önemli bir rol oynamaktadır. Bu konuya daha sonra değineceğiz.

Bununla birlikte, halk sağlığını normatif olarak anlaşılır bir biçimde tanımlarken dikkatli olmak için çeşitli nedenler vardır. İlk olarak etik açıdan, normatif, kurallarla oluşturulmuş özelliklerin olabildiğince açık ve anlaşılır olduğundan emin olmak önemlidir. Bu, bir yandan konunun tanımları arasında, öte yandan da ahlaki ilkelerle

İlgili ayrıma neden olabilir. Örneğin belli bir grup davranışı halk sağlığı konusu olarak kabul edip etmemek ve bu konuda kimin sorumlu olduğunu belirlemek önemlidir. İkinci olarak, kimileri halk sağlığının normatif tanımlamalarını fazla politik bulabilir. Bu durum, sıra dışı sorunlarla ilgili anlaşmazlıklar yüzünden, hepimizin aynı görüşte olabileceği halk sağlığı sorunlarının gözden kaçması anlamına gelebilir. Örneğin, bulaşıcı hastalıklardan korunma (bu yalnız bir örnek olur) herhangi bir politik bakış açısıyla ilgili olmayan bir konuyken toplumun ya da devletin koruyucu halk sağlığı önlemlerini nereye kadar vermesi gerektiği sorusu tartışmaya açıktır. Halkın sağlığının, belirli bir ideolojik bakış açısını savunuyor olarak algılanan ‘halk sağlığı’ terimi tarafından tehdit edilmesi acı ama gülünç ve tehlikeli olurdu.

2.2.3. Kavramsal Açıklık, Gerekli ve Yeterli Koşullar

Şimdiye kadarki tartışmalardan ‘halk sağlığı’ kavramının doğru sınırlarını belirleme peşinde olduğumuz anlamı çıkarılmamalıdır. Bu bölümde, bir şeyin halk sağlığı konusu sayılması için gerekli ve yeterli koşulların neler olduğuna karar vermeye çalışmıyoruz. Aslında, son zamanlarda halk sağlığı ile ilgili yapılan pek çok açıklama bu tarz bir yaklaşımdan akılcıca uzaklaşmaktadır. Bu açıklamalar, geleneksel bir tanım üretmektense ‘halk sağlığı’nın özellikleri ya da öğelerine ilişkin listelerin oluşturulmasına daha fazla odaklanırlar. Örneğin Childress ve arkadaşları (2002), Frenk’in yaptığı gibi (1992:6) bir tanım yapmak yerine, halk sağlığının ‘göze çarpan niteliklerini’ ya da yönlerinin bir listesini oluşturmuşlardır. Childress ve arkadaşları tarafından yapılan tanımlama, sadece halk sağlığının amaçlarını, ‘bütün’ topluma odaklanma ve sağlığın ‘belirleyicilerini’ kapsamı açısından değil, aynı zamanda belirli halk sağlığı yaklaşımlarını içermesi açısından da ilgi çekicidir. Doğal olarak buradaki durum, halk sağlığının geleneksel tıptan daha farklı yaklaşımlar kullanmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte, sonuç olarak halk sağlığı tanımlarında böylesi öğelere yer verip vermememiz gerektiği açık değildir. ‘Sağlık’ kavramı zaten farklı şekillerde anlaşıldığı için ‘halk sağlığı’ kavramının da anlaşılması zor bir kavram olması şaşırtıcı değildir. Kimileri, ‘sağlık’ ya da ‘halk sağlığı’ gibi terimlere uygulanabilecek gerekli ve yeterli koşulları belirleyen tanımların geliştirilmesi konusunda kuşkulu olabilir. Ancak

bu durum, terimlerden herhangi birinin kullanımını dışlamamaktadır. Bunları çok fazla kavramsal karmaşa olmadan kullanabiliriz ve kullanıyoruz.

Bu b6l6mde, halk sağlığı için 6nerilen farklı tanımlar hakkında d6ř6n6rken yararlı olabilecek kimi ayrımları kabataslak çizmeye çalıştık. Halk sağlığı için yararlı olacak bir tanımın, olasılıkla dar bir tanım olacağı ve halk sağlığı tartışmalarında yer alan, en azından ‘halk’ ile ilgili bazı sezgilerin mutlaka normatif bir bakış açısı içereceği sonucuna vardık. Halk sağlığının farklı tanımları ile ilgili tartışmamız, birçok kavramsal anlaşmazlığın olduğunu, en azından bir şeyi ‘halk sağlığı’ konusu ya da sorunu olarak belirlemeye çalıştığımızda, işin içine birçok farklı konunun girdiğini açıkça g6stermektedir. Ancak bu terim için yazarların çoğu tarafından paylaşılan bir çekirdek içerik olduğuna inanıyoruz. Sonraki b6l6mlerde, ‘halk’ sıfatının farklı tanımlarına odaklanarak halk sağlığının ana anlamına açıklık kazandırmayı hedeflemekteyiz.

2.3. Halk Sağlığında ‘Halk’ın İki Anlamı

Halk sağlığının çeşitli tanımlamalarının en azından iki ortak 6geyi kullandığı g6r6lmektedir. Birincisi, bu tanımların hemen hepsi halkın sağlığını koruma ve geliştirmeyi amaçlayan m6dahaleleri kapsamaktadır. ‘Halkın sağlığı’ hakkında konuşmak tek bir kişinin (hatta birak kişinin) sağlığından fazlasını ifade etmektedir. Halk sağlığı toplumlarla ya da en azından b6y6k gruplarla ilgilidir. Bu durum, halk sağlığı uygulamalarının, bireylerden toplanan morbidite ve mortalite verileri hakkındaki epidemiyolojik kanıtlara dayalı olmasının nedenlerini açıklar. İkinicisi, çoğu tanım m6dahalelerin bazı aılardan ‘halka ait’ olduğunu kabul eder: yani bu tanımlar, çeşitli kolektif eylem biçimleriyle, sıklıkla devletin ya da diğer kamu kurumlarının eylemleriyle ilgilendirler. Ancak halk sağlığı kavramındaki ‘halk’ın ne anlama geldiği konusunda daha ayrıntılı bir açıklama yapmak için nispeten az çaba harcanmıştır. Biz, gerek halkın sağlığı ve gerekse kamu m6dahalelerindeki ‘halk’ teriminin daha iyi anlaşılmasının, ‘halk sağlığı’ kavramına daha iyi bir anlam kazandırmada yardımcı olacağına inanıyoruz.

Bu bölümün asıl temasına dönersek, ‘halk sağlığı’ kavramı iki şeyi eşit ölçüde içerebilir – ve bu durum sıfat olarak ‘halk’ın ikili rolüne işaret eder. Birincisi, bireylerin sağlığı ile başlarsak, halk sağlığından söz ederken halkın sağlık durumu anlatılır. Yani bütün toplumun sağlığı ya da toplumun kolektif sağlığıdır (Rose 1992: 63). Bu ifade, farklı toplumların sağlığını ya da aynı toplumun farklı zamanlardaki sağlığını karşılaştırabileceğimiz anlamına gelir. İkincisi, ‘halk sağlığı’ndan söz ettiğimizde, genellikle halkın sağlık düzeyini değil halkın sağlığını korumayı amaçlayan bir dizi müdahale ve uygulamayı işaret ederiz. Bu ikinci kullanım, tanımların çoğunda nettir. Örneğin ‘biz, toplum olarak ne yapmalıyız?’ ya da ‘... örgütlü toplumsal etkinlikler’ söyleminde olduğu gibi. Bu müdahaleler, kamu kurumları tarafından örgütlenir ya da kolektif bir çaba ile yürütülür. Birçok halk sağlığı etkinliği *mükemmel* kolektif çalışmalardır ve de bireyler (bireylerden oluşan gruplar) arasında işbirliği olmadan gerçekleştirilmeleri olanaksızdır. Sonuç olarak, halk sağlığı müdahalelerinin hedefi ‘halk’tır ve bireylerin ötesindedir. Bir bütün olarak ele alındığında halk sağlığı uygulamalarının, (kısaca) *halkın sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan kolektif girişimlerden* oluştuğunu belirtiyoruz. Yukarıda açıkladığımız çeşitli tanımlara yeni bir tanım eklemeyi düşünmüyoruz. Bu çok genel tanımlar, halk sağlığı konusunda en iyi bilinen kuramlarla uyuşur görünmekte ve dahası ‘halk’ sözcüğünün halk sağlığında iki farklı anlam taşıdığını vurgulamaktadır. Bundan sonraki iki bölümde, ‘halk’ kelimesinin taşıdığı iki anlam hakkında daha fazla söz edilmiştir. Öncelikle, ‘halkın sağlığı’ düşüncesini tartışacağız ve daha sonra kolektif ya da kamu müdahaleleri olarak görülebilen halk sağlığı uygulamalarının çeşitli biçimlerini çözümleyeceğiz.

2.4. Halkın Sağlığı

Öncelikle, halkın sağlığından söz etmek, sadece belirli bireylerin sağlığı hakkında konuşmak değildir. Bizim sağlık, epidemiyoloji ve tıp konularındaki bilgilerimizin çoğu büyük sayılara ilişkin verilere bağlıdır: Hastalık ve ölüm örüntüleri, yaşam beklentisi hızları, kısacası bütün toplumun sağlığına ilişkin veriler. Böylesi bir veri aynı zamanda, toplum içinden herhangi birinin bir hastalığa yakalanma olasılığını da gösterir. Bununla birlikte bu olasılığın, o kişinin sağlığı

hakkındaki bir önermeden farklı olduğunu gormek önemlidir. Halkın sağlığı ya da toplum sağlığı, en azından bazı aıllardan, toplumun bütun üyelerinin sağlık durumlarının toplamıdır (birikimidir). Halk sağlığı çalışmalarının toplum düzeyinde fark yaratması beklenir ki bu, birden fazla kişinin sağlığını etkilemesi gerektiği anlamına gelir. Müdahaleden kimlerin *gerçek anlamda* yararlandığı, olay bittikten sonra bile zor anlaşılabilir. Bu durum, önlemenin belirgin boyutlarından biridir: etkili bir birincil önleme, *olmamış şeyler* için yapılan (örneğin insanlarda hastalık başlamadan yapılan) önlemlerdir. Etkili bir Hepatit B aşılama programı sonucunda çok az sayıda kişi hepatite yakalanacaktır, ancak bu programdan yarar gören ‘insanlar’ın kimler olduğu bilinmez ve başarı sadece istatistiksel olarak (program öncesi ve sonrası hastalık hızlarının karşılaştırılmasıyla) belirlenebilir. Toplumun sağlık göstergelerine bakmadan koruyucu önlemlerin etkililiğine dair herhangi bir kanıt göstermek mümkün değildir.

Biz halk sağlığı müdahalelerinin bireylerin değil toplumun sağlığını iyileştirmeyi amaçladığını kabul edersek üç nitelendirme yapmamız gerekir. Her nitelendirme, ‘halkın sağlığı’ deyiimiyle -resmi biraz daha karmaşık hale getirirse de- ne anlatılmak istendiğini anlamamıza yardımcı olacaktır. İlk olarak, tek tek bireylerin sağlığına atıfta bulunmayan halk sağlığı yaklaşımı anlamsızdır. Her şeyden önce, toplum sağlığı, bireylerin sağlıklarının toplamı anlamında (en azından) toplumdaki bütun bireylerin sağlığına bağımlıdır. Bu bağımlılık göz önüne alındığında belirli müdahalelerin bireyin sağlığından ziyade halkın sağlığını amaçlıyor olması ifadesi bu müdahalelerin etkilerinin toplumsal düzeyde görünür olmalarının gerekliliğine işaret etmektedir. Diğer bir deyişle, yapılan müdahaleler, sağlıkla ilgili nicel verilerle kanıtlanacak ölçekte sağlığı geliştirmelidir.

Ancak bu tümel görünüm, bizim halkın sağlığı kavramından anladığımızı tam olarak ifade etmez. Bu durum, bizi ikinci nitelemeye götürür. Ortalama yaşam beklentisi tam olarak aynı olan iki toplum olduğunu varsayalım. Tek fark her birinin ölüm rakamlarının kendi içlerinde nasıl dağıldığıyla ilgili olsun. Birinci toplulukta herkesin uzun yaşama şansı az çok eşit olsun. İkinci toplulukta ise belirli bir bölgede yaşayan çok düşük gelirli insanların ortalama olarak diğer gruplardakine göre daha az yaşadıkları bilinsin. Böyle bir durumda, ilk topluluğun sağlığının ikinci topluluğun sağlığından daha yüksek olduğunu düşünmek mantıklıdır. Bu doğruysa, halkın sağlığı kavra-

mı, sadece tek tek bireylerin sağlıklarının tümünden, toplamından ibaret olmayıp bir dağılım boyutuna da sahiptir.

Son olarak, 'halk sağlığı'nın ne tümel anlamda ne de kaynakların dağıtımı boyutu ile yakalanamayan önemli bir anlamı vardır. Bu, bizi üçüncü ve son nitelermeye götürür. İster toplam olarak isterse de kaynakların dağıtımı açısından bakılsın, sağlık göstergelerine yansımalar dahi yapılan müdahaleler halk sağlığını iyileştirebilmektedir. Örneğin herkesin enfeksiyon hastalıklarının bulaşması riskinden kaçınma konusunda duyarlı olduğu ve güvenli cinselliğin 'alışılmış' bir uygulama olduğu bir toplumun, bu tutumlara sahip olmayan bir toplumdandan daha sağlıklı olduğu söylenebilir. Şans eseri her iki toplumda da ilgili hastalıklara ilişkin geniş çaplı salgınlar görülme bile bu böyledir. Bu durum halk sağlığı kavramının ne soruna toplam olarak bakan ne de kaynak dağıtımı açısından irdeleyen yaklaşımlarına indirgenemeyecek önemli bir başka boyutuna işaret eder ve 'halkın sağlık durumu'nun, yukarıda söz edilen yaklaşımların üstünde ve ötesinde anlam kazandığını gösterir. Örneğin bizim anladığımız halk sağlığı kavramının önemli bir bölümü, hastalıkların altında yatan belirleyenleri, özellikle de halk arasında yaygın olan etkilerini, bu etkilerin ne oranda gerçekleştiğini, kontrol edildiğini ve ne oranda toplumdandan dışlandığını ifade eder. Sağlığın toplumsal ve çevresel belirleyicilerinin halk sağlığının önemli boyutları olarak değerlendirildiği, Lalonde'un ünlü hastalıkların belirleyicileri modeli (Lalonde 1974) bu noktayı gözler önüne serer. Toplumsal ve fiziksel çevremiz kadar toplumsal pratiklerimiz toplumun tüm üyelerinin sağlığının önemli belirleyicisidir. Bu çevresel etmenler terimi, en geniş anlamıyla ve bir bakıma 'herkese açık' olacak bir biçimde riskleri (ve sağlığı iyileştirici etkenleri) de içerir. Diğer toplumlarla karşılaştırıldığında, sağlık riskleri göreceli olarak iyi sınırlanmış ve sağlığı geliştirici etmenlerin iyi geliştiği bir toplumda, (başka bileşenlerin denk olduğunda) halk sağlığı daha güçlüdür denebilir.

Halk (ya da halkın yararı) hakkında konuşmanın belirli bireylerden oluşan iyi tanımlanmış gruplar (ve onların toplam bireysel yararları) hakkında konuşmaktan farklı olduğu anlamında, 'halk sağlığı'nın bu son boyutunun, bizim 'halk' kavramı temel anlayışımızla güçlü bir ilişkisi vardır. Yukarıda gördüğümüz gibi, 'halk' tıpkı Jeremy Bentham ve diğerlerinin önerdikleri gibi belirsiz sayıda tanımlanması mümkün olmayan bireyleri ifade eder (Barry 1965: 229;

Bentham 1996). ‘Halk’ terimi bu anlamda, belirli bir topluluk ya da devletin bütün üyelerini ifade eder, ama böyle olmak zorunda değildir. Kişiler belirtilmediği sürece daha küçük bir grubu da ifade edebilir. Örneğin halk sağlığı açısından seks işçiliğine bakıldığında, seks işçisinin müşterileri (ve bir seks işçisiyle birlikte olmayı düşünebilecek herkes aslında), ‘halk’ ile kastettiğimiz topluluğun bir parçasıdır. Sağlığın toplumsal ve çevresel belirleyenlerinin iyileştirilmesi, halkın sağlığını etkiler. Çoğunlukla bundan kimlerin yararlanacağını belirlemek tam olarak mümkün olmasa da bu, harekete geçilmesi için önemli bir nedendir. Ancak halk sağlığındaki ‘halk’ın *belirlenmemiş-sonsuz sayıda* kişiyi ifade etmesi, halk sağlığı ile ilişkili herhangi bir iyileşmenin *ok sayıda* insanın sağlığının iyileşmesini sağlayacağı anlamına da gelmez. Bir sayı belirlenemeyebilir. Örneğin bir biyoterrist saldırıya karşı korunmanın güçlendirilmesi milyonlarca kişinin yaşamını da kurtarabilir ya da bunca önem sadece bir iki kişi için kurtarıcı olabilir. Ancak burada önemli olan, yaşamı kurtulacak kişinin içimizden herhangi biri olmasıdır. Bir toplumun yesi, halkın sağlığının geliştirilmesiyle oluşan ortak iyilik halinden payını alır. Bunun gibi, ortak iyi o toplumdaki herkesin yararınadır. Benzer biçimde ekonomi ve siyaset kuramında da kamu malları herkese açık mallardır, hangi özel kişilerin bu mallardan yararlanacağı tanımlanamaz. Ancak bu mallar herkese açık olsa da her kişinin gerçekten bunlardan yararlanacağı anlamına da gelmez. Öte yandan, halkın yararının ‘salt’ istatistiksel bir değer olarak kalması, bunun için yapılmış müdahalenin etik olmadığını da düşündürmez. Ancak, tercihen, işe başlamadan önce, yapılacak müdahalenin etik açıdan savunulur olup olmadığını iyi düşünmemiz gerekir.

Sonuç olarak, halkın sağlığı anlamında, halk sağlığından söz etmenin bir kaç boyutu vardır. İlk olarak, halk sağlığı, ilgili grup ya da toplumdaki bütün bireylerin sağlığının toplamını ifade eder. İkinci olarak, sağlığın toplumda nasıl ‘dağıtıldığı’na da işaret edebilir. Son olarak halk sağlığının önemli bir anlamı da o toplumda altta yatan sosyal ve çevresel koşulların toplumun her bir üyesinin sağlığını etkileyebilecek olması gerçeğidir.

2.5. Kolektif Müdahaleler

Halk sağlığındaki ikinci rolü kapsamında 'halk'* terimi, toplumun sağlığını kolektif yöntemlerle amaçlayan belli bir uygulama, müdahale ya da politika anlamına gelir. Yinelemek gerekirse, temel düşünce olarak halk sağlığı müdahaleleri, bireylerin eylemleri değil kolektif eylem biçimleridir. Buradan dolaysız olarak çıkartılabilecek bir sonuç, bu müdahalelerin her zaman (ya da belki alışılmış biçimde) *devletin* müdahaleleri olabileceğidir. Sonuçta, devlet en üst kamusal organdır ve doğal olarak biz, kamu kurumlarının devletle bir şekilde bağının olduğunu varsayarız. Rothstein ya da belki bu konuda daha az katı olan Gostin gibi kimi yazarlar, halk sağlığı alanını hükümet politikaları ya da müdahaleleri ile sınırlarlar.

Ancak halkın sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan programların özel (en azından hükümet dışı) kuruluşlarca geliştirilmesi de mümkündür. Örneğin Hollanda'da aşılama programları başlangıçta herkesin üye olabileceği gruplarca yürütülmüştür. 19. yüzyıl İngiltere'sinde sanitasyonda sağlanan kimi iyileştirmeler özel su şirketleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü gibi hükümetler üstü kurumlarca uluslararası çapta, çok sayıda halk sağlığı kampanyaları yapılmıştır. Benzer biçimde, aşılama ya da tarama işlemleri de tek tek hekimler tarafından ya da istihdam edilen bir grup uzman tarafından da yürütülebilir. Bütün bu örnekler, eğer çalışmalar belirli bireylerin sağlığının iyileştirilmesinin ötesinde, kapsamlı bir program çerçevesinde görevlendirilmiş ve ortak amaç için iş birliği yapan kişilerce yürütülüyorsa kolektif bir eylemdir. Halkın sağlığını geliştirmeye yönelik amaçlara ulaşmak, (yukarıda tartıştığımız anlamda) tek başına hareket eden kişiler tarafından, kuşkusuz, gerçekleştirilemez. Ortalama sağlık durumunu iyileştirmek, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak ya da insanların sağlık koşullarını düzeltmek, doğal olarak, birçok insanın ve kurumun ortaklaşa ve iş birliği içinde çaba göstermelerini gerektirir. Bu çabaların kolaylaştırılmasında ve işbirliği içinde yürütülmesinde hükümetler, her zaman olmasa da çoğu zaman önemli rol oynarlar.

Halk sağlığı çalışmalarını kolektif çabalar olarak ifade etmek, bu çabaların başarılı olabilmesi için halk sağlığı müdahalelerinin sık-

* ç.n. Halk terimi burada kamu anlamında kullanılmaktadır.

lıkla kamuoyunun doğrudan katılımını gerektirdiği anlamına gelir. Bireylerin halk sağlığı çalışmalarına katılabilmesinin uç yolu vardır. İlk olarak, söz gelişi, kanalizasyon sisteminin organizasyonu, gıda güvenliği denetimi, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü gibi sağlığı koruyucu birçok çalışma, konunun uzmanı kişi ya da kurumlara bırakılabilir (tabii bu noktada kimileri, ödedikleri vergiler üzerinden, yurttaşların bu programlara dolaylı olarak katkıda bulduklarını ileri sürebilir). Ancak birçok önleyici müdahale, yurttaşların birey olarak doğrudan katılımalarını gerektirir. Örneğin aşılama programları, kitle taramaları, güvenli cinsellik kampanyaları ve sağlıkla ilgili bilgilendirme ve eğitim çalışmaları bu tür etkinliklerdir. Bu halk sağlığı çalışmalarının bazıları, içimizden *herhangi birimizin* korunmasını sağlayacak biçimde bireylerin katılımını içerebilir; bu nedenle *başlı başına kamu* sorunudurlar. İkili araç kullanmamak, iş yerinde sigara içmek ve cinsellikte güvenli davranışlar buna örnek gösterilebilir.

İkinci olarak, bazı halk sağlığı müdahaleleri, herkesin kendi sağlığına zen gösterdiği, örneğin spor yapmak, sigarayı azaltmak, sağlıklı beslenmek, kanser tarama programlarına katılmak gibi bireysel düzeyde katılım gerektirir.

nc ve son olarak, kimi durumlarda, bireylerin o halk sağlığı müdahalesine katılımı, kendileri için doğrudan önemli olmayabilir; ancak katılıma *ortak* olmaları herkesin ortak iyiliğine katkıda bulunur. Aşılama programlarına yüksek oranda katılım, toplum bağışıklığını hatta hastalığın eradikasyonunu sağlayacak ve herkesin yararına olacaktır. Sigara içmeyi azaltmaya yönelik kolektif çabalar herhangi birinin sigarayı bırakmasını kolaylaştırabilir ya da daha az kişinin sigaraya başlamasını sağlayabilir. Bu tür bir yaklaşım kolektif eylemin gereklendirilmesinin bir aracı olarak kamu yararı fikrine başvurabilir. Dolayısıyla daha önce halk sağlığı ile ilgili tanımlar hakkında yrtlen tartışmalarda olduğu gibi bu düşünce halkın sağlığı yararına ‘geri plandaki koşullara’ bađlanabilir². Bu koşullar kişinin kendi başına hareket etmesiyle herhangi bir sonuç elde edilemeyeceği koşullardır. Ortak iyi ve kamu yararı, ancak aynı amaç için birlikte hareket edilebildiği takdirde mümkün olur; hatta ortak iynin gerçekleştirilmesine ve sürdürülmesine doğrudan katkı yapmayanlar dahi ortak

² bkz. Institute of Medicine tanımı (1988)

yarardan pay alabilirler.³ Bu üçüncü tip katılım, bize 'halk'ın iki anlamı arasındaki bir bağlantıyı da gösterir. Denilebilir ki tıpkı devlete karşı yükümlülüklerimizde olduğu gibi, adeta bireysel özgürlüklerimizden özveride bulunarak yerine getirdiğimiz başkalarına karşı ahlaki sorumluluklarımız en güçlü nedendir. Kamu sağlığı eylemini en açık biçimde savunmanın yolu şudur; tekil çabaların ötesinde, bir topluluk olarak kamunun yararı ancak kolektif bir çaba ile elde edilebiliyorsa, orada halk sağlığı yararından söz edilebilir. Bu, halk sağlığı düşüncesinin özüdür ve öyle de olmalıdır⁴.

Kamunun katılımının gerektiği üç yoldan birinci ve üçüncüsü halk sağlığının *halk* boyutu ile en açık biçimde ilişkilidir. Bu iki tür örnekte, toplum üyelerinin birey olarak katılımlarının çok açık biçimde zorunlu olduğunu düşünmek için nedenlerimiz de olabilir. İlk kategoride bu zorunluluk, yurttaşların bir diğerine zarar vermekten kaçınması genel ilkesi ile temellendirilebilir. Üçüncü kategori ile ilgili olarak, yurttaşların herkes için ortak yarara katkı verme konusunda, karşılıklı zorunlulukları ya da hakkaniyete dayanan bazı sorumlulukları olduğu söylenebilir. Yurttaşların halk sağlığına gerçekten de katkı verme zorunluluğu olup olmadığı sorunu, karşılaşılan risklerin ve kazanılacak yararın büyüklüğüne bağlıdır. Böyle bir tartışma ise bu bölümün kapsamının dışındadır. Burada sözü edilen üç kategori de halk sağlığını eylemleri açısından ele almıştır; bunun yanı sıra ikinci kategori, halk sağlığının özü ile daha az ilgilidir. Yine de bu kategoride, kişinin kendi bedeni ve sağlığıyla ilişkili bireysel çabalara vurgu yapılarak sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı ilgili bilgi ve eğitimin yaygınlaştırılması gibi belirgin halk sağlığı sorunlarıyla bağ kurulmuştur.

2.6. Halk Sağlığı Alanının Sınırlarını Çizmek?

Halk sağlığı kavramı ile ilişkili olarak 'halk' teriminin anlamını açıklığa kavuşturmaya çalışmanın bir nedeni, halk sağlığı konusunda bir kavrama noktası sağlamaktır. Böylece, halk sağlığı konularının tartış-

³ Kamu malları ve halk sağlığı düşüncesinin daha ileri tartışmaları için Bölüm 1, ve Dawson ve Verweij tarafından yazılan 10. ve 11. bölümlere bakınız.

⁴ Bu kitaptaki pek çok bölüm böylesi halk sağlığı uygulama örneklerini irdeler.

şılması, diğer ilişkili konulardan ayrı tutulabilir. Örneğin halk sağlığı kavramını açıklığa kavuşturmak (onu tıptan ayırt ederek), halk sağlığı alanının sınırlarını çizmeye yardımcı olduğu gibi (tıp etiğinden ayrı) halk sağlığı etiği alanının da sınırlarını belirlemeye yardımcı olabilir. Ancak bu ayırmda aşırı kesin olmamak önemlidir. Çünkü her iki alanın uygulanmasında birbirine dönüşen müdahaleler vardır, bu nedenle tıp etiği ile halk sağlığı etiğinin üst üste çakıştığı geniş bir alanın varlığı sürpriz olmaz. Eğer bu iki alanın farklı değerler içerdiğini kabul etseydik, tıp etiğinin bireysel sağlık ve özerkliğe, buna karşılık halk sağlığı etiğinin ortak iyiyeye odaklandığını kabul etseydik tıp ve halk sağlığı alanları arasında örtüşen bir alandan kaynaklanan etik sorunların ahlaki çözümlemesini yapmak akıl karıştırıcı olabilir. Bize göre, bu iki alan arasına keskin bir sınır çizerek durumu 'açıklığa kavuşturmak' anlamsızdır. Tam tersine, önümüzde hem tıp etiği hem de halk sağlığı etiği alanlarından yararlanarak çatışan değerleri nasıl dengeleyip ve çözümleyeceğimizi düşüneneğimiz bir çok konu vardır.

Bu bağlamda bazen, etik yaklaşımlar dikkate alındığında, uygulanması düşünölen müdahalenin bir halk sağlığı müdahalesi olup olmadığı farklılık gösterir. Örneğin birkaç yıl önce Hollanda'da yüksek riskli gruplara yönelik Hepatit B aşılama programı geliştirilmişti (Heijnen ve ark. 2004). Program hakkında temel sorulardan biri, programın bir halk sağlığı müdahalesi mi yoksa risk altındaki kişiler için bir tür koruyucu tıbbi bakım programı olarak mı şekillendirildiği oldu. Programın yapısı hakkında alınacak bir dizi karar için bu ayrımın önemli olduğu düşünölmüştü. Örneğin, bu düşünce aşılama sonrası kan testi ile düşük bağışıklık gösteren katılımcıları belirleyerek onlara yeni bir dizi aşılama yapma kararı tartışılırken gerekliydi. Tartışmalardan sonra uygulama planını hazırlayan kurul, bu programın birincil amacının, risk altındaki bireyleri hedefleyen koruyucu bakım değil de *bir halk sağlığı programı* olarak ele alınması gerektiği konusunda düşünce birliğine vardı. Eğer amaç, bir risk grubu içinde bulaşın azaltılması ise birkaç katılımcının korunmasında yetersizlik kabul edilebilir. Öte yandan birincil amaç eğer (Hepatit B'ye karşı bağışıklık gibi) risk altındaki bireylere koruyucu bakımı sağlamak ise amacın (yeterli bağışıklık yanıtının) her bireyde sağlanıp sağlanmamış olduğunu sınamak için güçlü nedenimiz var demektir. Böyle bir

durumda aşı sonrası testten kaçınmanın etik olmayacağı bile ileri sürülebilir.

Bu tür tartışmalara yanıt olarak, halk sağlığı açısından yapılacak bir müdahalenin hedeflerini önceden belirlemek, bu hedeflere erişmek üzere ne tür araçlar kullanılacağını belirlemek ve ardından, belirlenen amaca varmak için hangi yolların savunulabilir olacağını saptamak daha iyi olabilir. Bir programın halk sağlığı müdahalesi mi yoksa önleyici tıp hizmeti mi olduğuna dair soyut tartışmalar açmak yarar sağlamaz. Açıkçası, tıbbi hizmet mi *yoksa* halk sağlığı hizmeti mi ayrımında aşırıya gidildiğinde, var olan programın ahlaki meşruluğunu dışarıdan bakan kişinin algısına göre yargılama ya da daha pratik olarak ifade edersek, bu tür bir programa nereden kaynak bulunacağına göre onu değerlendirme tehlikesiyle karşı karşıya kalırız.

2.7. Sonuç

Bu bölümde halk sağlığının var olan tanımlarını irdeledik, ancak kendi tanımımızı geliştirme arayışına girmedik. Bununla birlikte, ortaya koyduğumuz farklılıkların, 'halk' sözcüğünün iki anlamı etrafında geliştirdiğimiz tartışmanın, halk sağlığının tam kalbinde gerçekten ne yattığını anlamaya ışık tutmasını umuyoruz. Herhangi bir soruna, halk sağlığı sorunudur demek aslında gizli normatif ve politik anlamlar içerir. Bu durum, 'halk sağlığı' kavramı ya da halk sağlığı eylemi konusunda düşünürken dikkatli olmayı da gerektirir. Sorunun etik yönünü düşünürken normatif savlar ve değer yüklü ifadeler açıkça ortaya konulmalıdır; birtakım terminolojik tanımların ardına saklanmamalıdır. Aile içi şiddet örneğine tekrar geri dönelim. Aile içi şiddet buna maruz kalanlar için bireysel düzeyde kesinlikle bir trajedir ve biz hem bireysel olarak hem de toplum olarak onu azaltmak için elimizden geleni yapmalıyız. Ancak 'Aile içi şiddetin halk sağlığı yetkililerinin birincil sorumluluğu olması gerektiği konusu çok açık değildir.' dersek ya da onu *halk sağlığı sorunu* olarak tanımlamanın ona ne katacağını sorgularsak bu durum, aile içi şiddet olgusunun bir *halk sağlığı* sorunu olduğunu gözden kaçırıyoruz anlamına da gelmez.

3

Halk Sağlığı ve Yurttaş Temelli Cumhuriyetçilik: Halk Sağlığı Etiği için Alternatif Bir ereveye Doğru

Bruce Jennings

Rambert, ‘Ah. Şimdi anladım!’ diye bağırdı. ‘Sonunda halkın çıkarları hakkında konuşacaksınız. Ancak kamu yararı sadece her birimizin özel çıkarlarının toplamından ibarettir.’

Doktor aniden bir rüyadan uyanmış gibi görünüyordu.

‘Hadi amal’ dedi. ‘Bu budur, ancak o kadar da basit değildir.’

(Albert Camus, *Veba*)

3.1. Giriş

Hastalığı azaltmak ve sağlığı geliştirmek için halk sağlığı, değişimin - bireyler arasındaki davranışsal değişim ve toplumlardaki kurumsal değişimin- bir aracı olmalıdır. Değişim asla politik olarak kolay değildir ya da ahlaken dürüst değildir. Var olan davranış kalıpları ve kurumlar g yapılarında ve meşrulaştırma söylemlerinde saklıdır. Bu hem toplumsal hem de kişisel düzeyde doğrudur ve değişim her iki düzeyde de normatif gerekçelendirmeyi gerektirir. Gerçekte, kuralcı,

normatif gerekçelendirme gereksinimleri halk sağlığı arenasında oldukça zahmetlidir. Çünkü gereken büyüklükteki değişimler genellikle, yasal yaptırımların getirilmesi ve uygulanması, yönetsel yapıların oluşturulması, kaynak yatırımı ve paylaşımı ve halk desteğinin harekete geçirilmesi gibi bazı devlet müdahale biçimlerini içerir.

Modern halk sağlığının endüstrileşmiş Batı'daki yaşam sürecinde (kabaca son iki yüzyıl) devlet müdahalelerine normatif gerekçeler bulmanın baskın çerçevesi, felsefi liberalizm geleneği tarafından oluşturulmuştur. Bu geniş akış içerisinde, halk sağlığı çabalarına kılavuzluk ve destek sağlayan birkaç kol vardır. Bunlar bir doğal haklar sözleşmeciliği biçimini, ekonomik ve sivil özgürlükçülüğü ve yararçılık ya da refah devleti liberalizmini içerir. En son olarak bunlara uluslararası insan hakları çerçevesi de eklenmelidir ki günümüzde kapsam ve anlam olarak kesinlikle küresel olarak değerlendirilse de köklerini Batı Avrupa ve Kuzey Atlantik politik kültürlerinin liberal geleneklerinden aldığı söylenebilir (Jennings 2003a).

Öyleyse halk sağlığı etiğinin, kendisini ağırlıklı olarak liberalizmin bir çocuğu gibi göstermesi gerektiği şaşırtıcı değildir. Liberalizmin halk sağlığına sunduğu politika gerekçeleme dili aslında sözleşmecî ve özgürlükçü taraftaki hakların, özgürlüklerin, yükümlülüklerin ve özerkliğin dili; faydacı ve refahçı taraftaki çıkarların, yararlılıkların, tercihlerin ve cömertliğin dilidir. Özgürlüğü kısıtlayıcı devlet önlemleri, risk-yarar oranlarının yanı sıra, neden-sonuç uygunluğunun hesaplamasına ve özgür iradenin bireysel haklarıyla öz kısıtlamanın yükümlülüklerinin dengelenmesine bağlıdır. Yetişkin birey olmaktan kaynaklanan özerklik ve saygı, kendisine ve başkalarına gelecek zararın önlenmesi ve bir toplum içerisindeki net yararların en yüksek düzeye çıkarılması ile yarış içindedir.

Liberalizm kuşkusuz ki halk sağlığı etiği için ciddi bir gündem sunmaktadır. Bununla birlikte, Rambert'in özel çıkarlara başvurusunda olduğu gibi, bu gündemde de önemli bazı şeyler eksiktir. Bu bölümde, halk sağlığı etiğinin ve uygulamasının liberal gelenek içerisinde nasıl yer aldığını ve bunun halk sağlığının ahlaki söylemi üzerine dayattığı kısıtlamaları incelemeyi öneriyorum. Halk sağlığı etiğinin liberal çerçevesi bir noktaya kadar yararlıdır. Ancak sonuçta, halk sağlığının meydana getirmek için çabalamak zorunda olduğu toplumsal değişim tipleri için, kuralcı gerekçeleme -ya da bunlar hakkında yeterli ahlaki anlayış- sağlayamayacak kadar dardır.

Bu amaçla, dört konuyla ilgileniyorum:

1. Halk sağlığı etiği neden liberalizmin ötesine geçmeye gereksinim duyar?
2. Politik kuramın yurttaş temelli cumhuriyetçilik geleneğinde halk sağlığı etiği için önemli olan kavramsal kaynaklar ne derecede bulunabilirler?
3. Yurttaşlık erdemi kavramı halk sağlığı etiğinde nasıl biçimlenmelidir ve nasıl anlaşılmalıdır?
4. ‘Halk’ ya da ‘kamu yararı’ bağlamında hangi kavramlar halk sağlığı etiği için kullanışlıdır ve bunların hangileri günümüzde halk sağlığı etiğinin işine en çok yarar?

3.2. Halk Sağlığı Etiği için Liberalizmin Sınırları

Halk sağlığı, liberalizmi tamamlamak için neden ikinci bir etik dile gereksinim duyar ve bu nereden kaynaklanır? Ahlaki söylem için ikinci bir dilin kabul edilmesi, ikinci bir doğal dilde akıcı olmaktan farksızdır. Burada olan, algıda bir geştalt kayması ve ahlaki duyarlılıkta ya da hayal gücünde bir paradigma değişikliğidir. Ahlaki olasılık, duyumuzun sınırlarını, toplumsal olarak gerekli ya da ‘doğal’ olarak kabul ettiğimiz şeylerin sınırlarını sorgular. Ahlaki sorumluluğun ufku da aynı zamanda değişir. Aklımda olan şey, C. Wright Mills’in, bir toplumsal sorunu ‘kişisel bir sorun’ olarak görmekle bir ‘kamu sorunu’ olarak görmek arasındaki fark olarak söz ettiği şeyle yakından ilgilidir. Bir sorunun nereden geldiğine ve onun hakkında neler yapılabileceğine ilişkin yaptığımız bilimsel ya da tanımlayıcı çözümlerimiz değişmektedir. Bunun toplum için bir bütün olarak ne kadar ciddi olduğu ve bunun hakkında bir şeyler yapmaktan kimin sorumlu olduğu yönündeki ahlaki algımız da değişmektedir. Mills bu bakış açısı değişikliği yapabilme yeteneğini, kendisinin ‘sosyolojik

hayal gücü' olarak adlandırdığı, eleştirel sosyoloji çalışmasına (ya da daha genel olarak sosyal bilimlere) bağlamıştır.¹

Bu bakış açısı değişikliğinin ve ahlaki hayal gücü kullanımının, halk sağlığı etiğinin geleceği için neden gerekli olduğunun birkaç nedeni vardır. Bunların kimileri halk sağlığı alanının görevi ve politik durumu ile ilgilidir. Diğerleri ise liberal gelenekte çok rastlanan, doğasında olan diyeceğim, kavramsal ve felsefi kısıtlamalarla ilgilidir.

3.2.1. Bir Yurttaşlık Mesleği Olarak Halk Sağlığı

Halk sağlığına daha iyi bir terimin yokluğundan dolayı kamu hizmeti meslekleri ya da 'yurttaşlık meslekleri' olarak adlandırılabilirler olan bir disiplinler ve uygulamalar grubunun üyesi olarak bakıyorum. Bu meslek alanları kamu yönetimini, politika analizini, planlamayı (kentsel, çevresel, toprak kullanımı planlaması ve benzeri), ordu ve güvenlik güçleri ya da kamu güvenliğini (polis ve itfaiye), eğitim alanlarının bazı yönlerini, iletişimi, mimariyi ve hukuku içermektedir. Bu listeye yazarlar, akademisyenler, bazen halk bilgisi olarak adlandırılan öğretmenler, halk aydınları ve toplumsal eleştirmenler de eklenmelidir (Schön 1983; Friedmann 1987; Jacoby 1987; Walzer 1987; Forester, 1989, 1999). Bunlar, yurttaşlık zekâları, liderlikleri ve sorun çözme yetenekleriyle başvurduğumuz uzmanlardır.

İdeal bir demokraside bile (var olan herhangi bir yönetim biçiminden daha eşitlikçi, daha katılımcı ve daha bilinçli olan), bu tür yurttaşlık ya da kamu hizmeti meslekleri, hareketli bir politik kültürün ve devletin kurumsal yapılanmasının önemli öğeleri olacaktır.

¹ Mills (1959). Mills'in burada aklında olan ayrımın, liberal geleneğin ana öğelerinden biri olan bir başka ayrım ile yani kamu ve özel arasındaki ayrım ile karıştırılmaması gerekir. Özel yaşam alanı (hem kişisel bilgiler ve kişisel özgürlük üzerinde denetim duygusu hem de ileriye düşünme anlamında) deneyimlerin kişisel sorunlardan çok toplumsal sorunlar olarak görülmesini dışlamaz. Gerçekten, gizlilik adil olmayan bir biçimde ve haksız yere ihlal edildiğinde, buna karşı koyabilmeyi politik olarak olanaklı kılan şey bu durumu özel bir sorun olarak değil, toplumsal bir sorun olarak görme yeteneğidir. Mills, toplumsal ve politik fenomenleri bireyci terimlere indirgeyen ideolojik çarpıtmalar hakkında konuşuyor; kamu ve özel arasında birleştirici bir çizgi olmaması gerektiğini hatta bu çizginin nereden geçmesi gerektiğini iddia etmiyor.

Sahip olduğumuz çok daha az demokratik parlamenter, başkanlık ve anayasal hükümet sistemlerinde, bu devlet memurlarına ve meslek sahiplerine kamu yararı üzerinde büyük bir ölçüde denetim sorumluluğu vermektediriz. Kamu yararının nelerden oluşması ve toplumsal adaletin plan ve program bakımından neleri gerektirdiği hakkında bizi eğitmeleri ve aydınlatmaları için onlara bel bağlamaktayız. Bu meslek sahiplerine, gücü otoriteye dönüştürmeleri ve bizi gönüllü olarak, hep birlikte yaşama ve bizim yararımıza yardımcı olan kural-lara, düzenlemelere ve önerilere uymaya ikna edecek iyi gerekçeleri bize sunmaları için güvenmektediriz.

Halk sağlığı, eğer bireysel haklara, özgürlüklere, çıkarlara ve kullanımlara odaklanan bir liberal etik diliyle sınırlandırılırsa, bir kamu hizmeti mesleği olarak kendine özgü görevini tamamıyla kavrayamayacaktır. Dahası, otoriter ve yasal kamu politikası aracılığıyla hitap etmesi gereken sağlık gereksinimleriyle ve gerçekliklerle gereğince baş edemeyecektir. Bulaşıcı hastalık tehditleri karşısında, halk sağlığı baskıyı ve paternalizmi haklı çıkarmaya yetecek kadar sağlam bir sav bulmak zorunda kalacaktır. Hastalığı doğrudan yayan, enfekte olmuş kişilerin özgürlükleri, zarar ilkesi dayanak gösterilerek standart liberal gerekçelerle kısıtlanabilir.² Ancak halk sağlığı önlemleri hasta-lık bulaşmış bireylerin de ötesine geçmeli, henüz hastalık bulaşmamış olanların yaşamlarına müdahale etmeli -hareketlerini kısıtlamak, karantinaya almak ve mal varlıklarını yok etmek- ayrıca onların öz-gürlüklerini ve çıkarlarını birçok başka yollarla kısıtlamalıdır. Bu tür önlemler, gelecek zaman kipi bağlamında zarar vermeme kuralına başvuru yapılarak akılcı bir şekilde gerekçelendirilemezler ('eğer hastalık kaparsanız başkalarına zarar verebilirsiniz, öyleyse biz sizin hastalık bulaştırma riski haline gelmenizi engelleyeceğiz.'). Hastalığın daha fazla yayılımının kısıtlanması ve engellenmesinin kendi başına etik olarak değerli bir amaç haline getirilmesini istemek daha doğru-dan bir gerekçelendirme olacaktır.

Ya da başka bir örneği ele almak gerekirse, kronik hastalıklara ve yaşam tarzına bağlı risk etmenlerinin belirgin olduğu yaşlanan bir toplumda halk sağlığı, baskıdan çok ikna aracılığıyla çalışmak zorunda kalacaktır (Jennings 2003a). Halk sağlığı, toplumun taba-

² Zarar ilkesi, bireysel özgürlüğün, onamları dışında, başkalarına zarar verecek biçimde kullanılmasının devlet tarafından kısıtlanabileceğini kabul eder (bkz. Feinberg 1973).

nındaki bireylere, insan esenliği nedir ve yaşlanmayla ortaya çıkan kronik hastalıklarla birlikte iyi yaşamak ne anlama gelir benzeri zor sorular hakkında yanıtlar vermek durumundadır. Bu tür bir iletişim dilinin, çıkarları açıklayıcı ilgi dili ve kendi haline bırakma dilinden daha zengin olması gerekecektir.

Son olarak, bireysel sağlık risklerinin, bireyin kendi yaşamını yaşadığı ve sağlıkla ilgili seçimlerini yaptığı kapsamla ne kadar ilgili olduğu hakkında daha çok Şey öğrendikçe, ('sosyal sermaye' olarak adlandırılan) toplumu oluşturan normların, ağların ve kurumların, bireylerin ve toplumların sağlığının önemli belirleyicileri oldukları hakkında da o kadar çok Şey ğreniriz (Putnam 1995, 2000; Wilkinson 1996; Baron ve ark. 2000). Bu durumda da halk sağlığı çalışanları yine insanları, yaşamları boyunca daha sağlıklı tutacak olan, sivil toplum içerisindeki kurumlara ve ilişki yaplarına ynlen-dirmek için zen, çaba ve bir yurttaşlık sorumluluğu dilini kullanma gereksinimi duyacaklardır.³

Liberalizmin dili, halk sağlığı çalışanlarını, konu temelde ger-çekten bireysel gereksinimler ve isteklerle ilgili olmadığında, 'çıkarlara' başvurmaya zorlar. Sorun bir seçim olmadığında, ancak tüm yaşam biçimini diğer olası yaşam biçimleriyle karşılaştırma sorunu olduğunda, bireyi özerkliğin desteklenmesini ya da kısıtlanmasını savunmaya yönlendirir. Sorun bir kavrama ve hüküm verme sorunu olduğunda, bireyi tercih hakkında konuşmaya yönlendirir. Sorun insan çıkarına yararlı olan ilişkilerle onu oluşturucu ilişkiler arasında bir ayırım yapma sorunu olduğunda, bireyi yarar ve refah hakkında konuşmaya yönlendirir.

3.2.2. Liberalizmin Kavramsal Kısıtlamaları

Liberal kavramlar ile halk sağlığı çalışanlarının politikaları gerekçe-lendirirken çoğunlukla iletme gereksinimi duydukları daha zengin ahlaki içerik arasındaki boşluk, liberal gelenekten miras aldığımız toplumsal ontolojinin ve ahlak psikolojisinin sürekli bireyciliğinin bir belirtisidir. Liberalizm, bir bütün olarak temelde etik, epistemolojik

³ Başka bir görüş ve ağdaş liberalizm kaynaklarından bu zorluğu açmak için ilginç bir Şekilde oluşturulan ahlaki bir dil ve özellikle Rawls'ın eseri için Daniels ve ark. bkz. (1999).

ve ontolojik olarak bireyci bir yönelim olsa da sözleşmecilik ve yararçılık gibi geleneğin farklı yolları da bireycidir.⁴

Halk sağlığı sorunlarının ve bunlara önerilen çözümlerin, kamusal bir nesne (*res publica*) kavramına başvurmamakça, anlaşılabilir ya da açıklanabilir olmadığı zamanlar vardır. Ancak bu karmaşık bir kavramdır. Toplumsal bir bütün, ortak bir fenomen, yaşamın paylaşılması ya da ortak bir durumu olarak nasıl açıklanabilir?

Alandakilerin birçoğu, alanın ana konusunun, yöntemlerinin ve teknik uzmanlığının, kamunun ne olduğu hakkında yeterli düşünce oluşturduğuna inanıyor görünmektedirler: Toplumların sağlığı ile ilgileniyoruz, büyük istatistiksel örneklerle ilgileniyoruz, farklı toplumlardaki zaman içerisindeki hastalık durumları ile ilgileniyoruz; tüm bunlar *halk sağlığı* çalışması yapmanın ne anlama geldiğini açıklar.

Tam da böyle değildir. Nüfus bakış açısıyla bakıldığında sağlık ve hastalık, klinik bakış açısına ya da bireysel bakış açısına göre farklı görünür. Ancak eğer üzerinde çalıştığımız nüfus ise hizmet vermeye gereken, kamudur. Kamunun bir istatistiksel kavram olmadığını ve bireylerin bir toplamı olmadığını iddia ediyorum. ‘Kamu’, yaşamlarını sürdürdükleri karmaşık kurumsal ve kültürel sistemler aracılığıyla birbirine geçmiş olan bireylerin topluluğudur. Ayrıca kamu, basit bir şekilde tanımlayıcı bir kavram değildir -yalnızca herhangi bir yapılanma ya da karşılıklı ilişki ve ortak yaşam sistemi değildir- bu sistemin nasıl yapılandırılması gerektiği ve ortak yaşamlarımızın nasıl oluşturulması ve yaşanması gerektiği hakkında bir açıklama sağlayan normatif bir kavramdır. Bir kamu hizmeti mesleği (halk sağlığı dahil) halka hizmet ettiğinde, yalnızca şimdiki zamandaki bir halka değil,

⁴ Sözleşmecilik için, doğal konumdaki insan bireyinin toplumun üstünde olması en temel etik ve politik değerdir. Bu bireyin yaşam, özgürlük ve mutluluğu (eğer kişi Jefferson yandaşı ise) ya da mal varlığı (eğer kişi Locke yandaşı ise) etiğin temelidir. Yararçı yönelim için, ahlakta temeli oluşturan, bireyin değil daha fazla kişinin mutluluğudur. Ancak, ne Bentham ne de onun izleyicileri bu varlığa yani ‘çok sayıda olmaya’ bağımsız bir varlık ya da ontolojik bir statü atfetmişlerdir. Locke’ın savunduğu gibi onların metafizikinde yalnızca insan bireyler gerçek varlıklardır (Halevy 1966). Bu nedenle yararçılıkta etik için temel olan bireylerin toplamıdır; ya da daha farklı değerlendirmek gerekirse farklı konumlarda bireysel mutlulukların bir araya gelmesi, kümelenmesidir.

aynı zamanda, gelişmekte olan, hayal gücü ile düzeltilmiş bir halka da hizmet etmektedir.⁵ Halk sağlığı, günümüzde, yarın adalete ve insan gelişimine daha çok sahip potansiyel halk olmayı kolaylaştırmak için sağlığa hizmet etmektedir.

Yüzeysel de olsa halk sağlığı, zaten, çalışmanın amacının bireysel şeylerin bir araya getirilmesi olarak anlaşılamayacağı konusuna aşınadır. Bireysel öğelerinin hiçbirinin tek başına sahip olmadığı özelliklere sahip olan bir 'sistem' -birbirini etkileyen ve birbiriyle ilişkili elemanlarından oluşan karmaşık bir ağı- düşünün. Ya da, yine, istatistiğin ve olasılık teorisinin özel matematiksel özelliklerini ve halk sağlığı hizmetinde epidemiyolojide kullanılan özel istatistik kullanımını ele alalım. Bu entelektüel araçlar, nüfusun yapısal-atomistik elementlerinin bir araya getirilmesi olarak basitçe kavramsallaştırılmasının halk sağlığı bilimi için yetersizliğini göstermektedir. Bu kavramların halk sağlığı etiği için çok basit olduğunu kabul etmememiz için hiçbir neden de yoktur. Halk sağlığı liberal gelenekten miras kalan bireyselci düşünceden daha çoğuna gereksinim duymaktadır.

Halk sağlığının bireyselci düşüncenin ötesine geçmek zorunda olmasının bir başka nedeni de sağlık ve hastalıkla ilgili insan durumları ve davranışları ile ilgilidir. İnsan davranışları, hem davranışı yapanlar için hem de bir toplum ve kültür içerisinde kuralla yönetilen yaşam ve iletişim biçimlerini paylaşan diğerleri için kasıtlı, amaçlı ve anlamlıdır. Öyleyse, insan edimi ile uyumlu etik kavramlar, çıkarın ya da arzunun kendi kendini referans gösteren durumlarıyla sınırlı değildir. Etik davranışı anlamak için -ya da etik gerekçelendirme söylemine ve diğer kanıtlama biçimlerine girişebilmek için- insanın kendisi ya da rolünün başkalarıyla olan anlamlı, sembolik ortamlarda

⁵ Burada gelişmiş olan ile gelişmekte olan kavramları arasında bir fark olduğunu vurgulamak gerekir. Gelişmekte olan kamu, zaman içinde toplumsal öğrenme ya da oluşum süreci aracılığıyla art zamanlı (diakronik) olarak gelişir. Burada asıl aklımda olan, nasıl aynı kuşaktan olan benzer kişilerin, kendilerini ve durumlarını bazen beklenmedik bir biçimde ve aniden farklı görmeye başlamaları ile ilgili, daha eşzamanlı bir kavram. Önemli olan nokta kuşkusuz halk sağlığı etiği için önemli bir konu olmasına karşın kuşaklar arası adalet ile ilgili değil, daha çok çağdaş toplumlarda daha fazla demokrasi ya da zenginleştirilmiş ahlaki duyarlılığın gizli olanaklar olarak barındırılıyor olması gerçeği ile ilgili.

ilişkilerinin toplumsal doğasını yansıtan kavramlara ve kategorilere başvurulması gerekir (Harré 1998).

Halk sağlığı, hem bireysel davranış hem de toplumsal kavramlar ve kurumlar düzeyinde değişim oluşturmak için çabalamalıdır. Ancak söz konusu bireysel düzey zaten karakter olarak tamamen toplumsaldır ve ilişkilerle ilgilidir. Toplumsal düzeydeki değişim, son çözümlenmede, bireylerin kendi toplumsal varlıklarını deneyimledikleri ve yaşadıkları yollardaki bir değişimden başka bir Şey değildir.

Uygulamada bu Şu anlama gelir: Halk sağlığının karmaşık toplumlarda ortaya çıkabilecek sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bazı değerlere ve amaçlara başvurması gerekecektir. Bu değerler ve amaçlar, bu toplumların üyelerinin kişisel sorunlarını kamu sorunları olarak görmeye başlamasıyla klasik anlamda ‘yurttaşlar’ olarak (yasal ya da göçmenlik durumlarına bakılmaksızın) düşünmeye başlaması ve eylemde bulduklarında anlayabilecekleri değerlere ve amaçlara karşılık gelir. Halk sağlığı çalışanları yurttaşlık temelli eğitimciler olmalıdırlar. Halk sağlığı, toplum değişimlerini, analitik olarak bireysel davranışa indirgenemeyen, ancak kişilerarası ilişkilerin yapılarından gelen sistemik özelliklere sahip olan riskleri belirlemeli ve yorumlamalıdır. Halk sağlığı kendi ahlaki söylemine, izole durumda bireylerin değil ilişki halindeki bireylere ilişkin doğru ve iyi kavramlarını dahil etmelidir. Bu bireyler çıkarın, tercihin ve arzunun atomistik taşıyıcıları değil kişisel gelişimi diğerlerinin gelişimine bağlı olan toplumsal kişiler olmalıdır. Hakların, çıkarların ve kullanımların liberal diline ek olarak, halk sağlığı etiği dayanışma, karşılıklılık, bağlılık, sosyal adalet, toplum ve kamu yararı sözcük dağarcığına da gereksinim duymaktadır. Başkalarının haklarıyla ve çıkarlarıyla bağlantılı olan ahlaki yükümlölükler kavramının ötesinde, halk sağlığı, geleneksel olarak ‘yurttaşlık erdemi’ olarak adlandırılan kavramla bildirilen bir güdüsel yapıya başvurmaya gereksinim duymaktadır.

Halk sağlığının, liberal gelenekte kolaylıkla bulunamayan kavramsal kaynakları bulmak için yönelebileceği bir etik ve politik teori geleneği var mıdır? Aslında, halk sağlığı tarafından günümüzde gereksinim duyulan kavramların ve bölümlerin birçoğunun bir zamanlar geçerli olduğu, tarihsel bir geleneği vardır. Bu gelenek Şimdi tarihçiler tarafından ‘yurttaş temelli cumhuriyetçilik, sivil cumhuriyetçilik’ ya da ‘yurttaş temelli hümanizm’ olarak anılmaktadır. Bir sonraki bölüm, geniş fırça darbeleriyle, cumhuriyetçi politik kuramın ente-

lektüel tarihini çizmektedir. Halk sağlığı uzmanları ve uygulayıcıları için, genel olarak politik düşüncenin tarihinde daha deneyimli olmanın yararlı olacağına inanıyorum ve bu yüzden bu konuyla ilgili arka planı sağlamaya çalıştım. Bölüm 3.4'te kavramsal çözümlmeye geri dönüyorum.

3.3. Yurttaş Temelli Cumhuriyetçilik için Bir Taslak

Yurttaş temelli cumhuriyetçilik, yaklaşık olarak on altıncı yüzyıldan liberalizmin, sosyalizmin ve komünizmin modern görünüşlerinin onun yerine geçtiği on dokuzuncu yüzyılın ortasına dek Avrupa'da, İngiltere'de ve Kuzey Amerika'da İngilizce konuşan kolonilerde politik düşüncenin merkezî diliydi. Son otuz yıl boyunca cumhuriyetçilik, politik ve entelektüel tarihçiler arasında yeniden ilgi odağı oldu. Bu canlanma, genellikle 'cemaatçilik-toplulukçuluk'⁶ diye anılan politik kuram okulunun yükselişiyle birlikte, sıklıkla, liberalizmin ve faydacılığın temel düşüncelerine eleştirileri olan çağdaş politik kuramcılar arasında da sürdü. Burası, ne cumhuriyetçiliğin ayrıntılı entelektüel tarihinin ne de onun mirasının ve şimdiki öneminin eleştirel değerlendirilmesinin yeridir. Ben, bunun yerine, güncel halk sağlığı etiğinde cumhuriyetçi bağlamların kullanımının tartışılmasını ateşlemek için yeterli bir ortam oluşturmayı umut ediyorum.

Yurttaş temelli hümanizmin ya da yurttaş temelli cumhuriyetçiliğin entelektüel babası Machiavelli'dir. O, Rönesans dönemi İtalyan şehir devletlerinde etkin diğer tarihçi ve politik düşünürlerle birlikte yurttaş temelli cumhuriyetçiliği geliştirdi. Bunda, klasik Grek ve Roma düşünürlerinin, özellikle Aristo'nun politik yazılarının, Cicero ve diğer Cumhuriyet Dönemi Roma felsefecilerinin yanı sıra

⁶ Aynı adı taşıyan Amerikan siyasi partisinin ideolojisiyle ilişkisinin çok az olduğunu belirtmek isterim. Yurttaş temelli cumhuriyetçilikten söz edilince, akla gelen çağdaş siyasi kuramcılar Michael Sandel (1984), Benjamin Barber (1973), Quentin Skinner (1997), Charles Taylor (1985), William M. Sullivan (1982), Cass L. Sunstein (1993) ve Philip Pettit (1997)'dir. Her ne kadar çalışmaları sınıflandırılmasa da Hannah Arendt (1973)'i de cumhuriyetçiliğin çağdaş dirilişinden dışlamamak gerekir.

Polybius ve Livy gibi geç dönem Roma tarihçilerinin çalışmalarının yeniden ilgi gormesi etkili oldu.

Yurttaş temelli cumhuriyetçilik, ideal bir politik yaşam ve politik kurumlar vizyonu sundu. Bu vizyonda, terim gncel anlamında ‘demokratik’ değil ama erken modern dönem prenslikleri ve monarşilerini destekleyen doğal hukukla ilgili geç ortaçağ yazılarında yer alan mutlak kuralların egemenliğinden çok daha halk temelli ve katılımcıdır. Cumhuriyetçilik, birbirine sıkıca bağlı ve yurtsever bir politik kültür içinde var olan insan kavramını içerir. Isaiah Berlin’in negatif ve pozitif özgürlük arasındaki ünlü ayırımında etkili bir biçimde yorumladığı üzere bağımsızlık ya da özgürlük kavramı, özgürlüğün liberal anlama biçimine bir seçenek sunar⁷. Cumhuriyetçi özgürlük, keyfi g ve egemenliğin olmadığı ortak ve toplumsal bir yaşam biçimidir (Pettit 1997; Skinner 1997). Kavram; zenginin, güçlünün ya da bunların politik otoritesinin bir aracı ya da bir nesnesi olarak kullanılmasına karşı bireyi korumanın ya da özgürleştirmenin önemini liberal gelenek ile paylaşır. Yine de bu cumhuriyetçi özgürlük kavramını bireyin atomistik olarak görülmesi gerektiğini kabul etmeden savunur. Bireyler, devletler gibi birbirleriyle ilişki içinde bulunan varlıklardır; onlar, uygun otoriteler tarafından belli davranışlara adil olarak yönlendirilebilirler. Ancak bu otoritenin keyfi, ilişkilerin tahakküm biçiminde olmaması gerekir. Adalet, karşılıklı olma, birbiriyile ilgili olma, dayanışma ve denge kavramları, ahlaka uygun bir ilişkinin ne olup olmadığına yönelik cumhuriyetçi anlayışın merkezindeki kavramlardır.

Temel toplumsal ve sınıfsal çatışmalar cumhuriyetçi kuramcılarının düşüncelerinde hep vardır ama bu çatışmalar, bu gelenekte yer alan çoğunluğun görüşüne göre, karma bir yönetim biçimiyle kontrol edilebilir ve denetlenebilir. Bu karma ve ölçülü politik biçime -Roma düşünürlerinden (*res publica*) ve Aristo’dan (*politeia*) dn alınan terminolojiden yararlanarak- ‘cumhuriyet’ adı verildi. Cumhuriyet; monarşi, oligarşi ve demokrasi gibi egemen sınıfın kurallarının yansıtıldığı olası diğer yönetim biçimlerine karşı geliştirildi. Bu biçimlerin

⁷ Bakınız: Berlin (1969) ve Skinner (1997). Skinner, cumhuriyetçi özgürlük kavramının keyfi gücün ve kısıtlamaların olmaması biçiminde ele alınmasının, Berlin’in negatif ve pozitif özgürlük olarak tanımladıklarına hem bir seçenek hem de ahlaki ve politik ynden çekici bir sentez oluşturduğunu savunur.

her biri, egemen grubun çıkarları doğrultusunda özgür yurttaşlık yaşamını boğma eğilimi olarak görüldü. Bundan kaçınmak için cumhuriyetler, monarşik, aristokratik ve demokratik öğeleri harmanlayan kurumlara sahip olmalıdır.

Özetle yurttaş temelli cumhuriyetçilik; politik bağımsızlık (geniş politik toplulukların egemenliğinden bağımsız olma), etkin yurttaşlık, çeşitli ticari ve sivil yaşam, güçlü yurtseverlik ve yurttaşlık görevi duygusu ya da yurttaşlık erdemi, toplumsal ve daha sonra anayasal dengeler ve denetimlerle üniter rejimin diğer türlerinin öğelerinin kaynaşmasını temsil eden politik kurumların çeşitliliği ile ilişkili duruma geldi.

Bu temalar arasında erdem, anahtar bir kavramdır. Örneğin Machiavelli, politik liderlere yönetimlerinde ve düzenlemelerinde örnek almaları gereken ahlaki değerleri öğreten geç ortaçağ ve erken modern dönem Hristiyan ahlakını reddetmekle ünlüdür. 'Prensler için Ayna' olarak adlandırılan metinlerde, Hristiyan ahlakçılar politik liderleri belirli ahlaki değerlere bağlı kalmaya davet ettiler. Bunlar diğer bütün iyi Hristiyanların uyması gereken -adalet, merhamet, alçakgönüllülük, yücelik, yardımseverlik ve bağışlayıcılık gibi- değerlerdi. Machiavelli bu erdemlerin, bir hükümdar için uygulamada felakete yol açacağını savundu; çünkü onların, politik yaşam ve özellikle ulus devletler ya da prenslikler arasındaki değerden yoksun, sorunlu ilişkileri bağlamında işe yaramaz olduklarını düşünüyordu. Sonuç, halkının tahakküme, acıya ve sıkıntıya maruz kalması olacaktır; bu ise kesinlikle bir liderden beklenen en büyük erdem olan halkının bağımsızlığını ve güvenliğini sağlama becerisinin tam tersidir. Machiavelli, devlet yönetiminin hem başarılı hem de kamu yararının hizmetinde olması için, yeni bir tür politik erdem gerekliliğini savundu. Politik erdem, Hristiyan ahlaki erdemini kamu alanından uzaklaştırıp onu özel ya da aile yaşamına sürecekti.

Yurttaş temelli erdem hem içeriği hem de ayırt edici özelliği cumhuriyetçi gelenekte sürekli tartışma konusu olmuştur. Sonraki cumhuriyetçi kuramcılar, Machiavelli'nin cumhuriyetçi yurttaşların sahip olması gereken erdemler açıklamasıyla, hele prenslere öğüdünde benimsediği *Realpolitik*'le derin ayrılığa düştüler. Machiavelli yurttaş temelli erdemlerden söz ederken, iktidara ve erkeklığe, normalde kontrol edilemeyen politik olayların akışında ortaya çıkan fırsatlara egemen olmak şansını ya da kaderi cesur kararlılıkla ele geçirmeye ve

denetlemeye g¼c¼l¼ bir vurgu yapar. Rousseau gibi oldukça farklı bir cumhuriyetçi düşün¼re göre ise, tam tersine, yurttaş temelli erdemın kişinin görevini yapmasından ve yurttaşlarıyla dayanışma ve karşılık- lılık örneği sergilemesinden ileri gelen kendini olumlama zorunluluğu vardır.

Hans Baron, J. G. A. Pocock ve Quentin Skinner gibi birçok çağdaş Rönesans ve erken modern dönem tarihçisi, cumhuriyetçi düşün¼enin on yedinci ve on sekizinci yüzyıllara yayılmasına dikkat- lerini yoğunlaştırdı (Baron 1966; Pocock 1975; Skinner 1978; van Gelderen ve Skinner 2002). Yurttaş temelli cumhuriyetçilik, Kuzey Avrupa ulus devletlerinde monarşinin (doğal hukuk hiyerarşisi ve kralın kutsal hakları kuramlarıyla) ana ideolojik d¼řmanı haline geldi. İngiltere’de 1640’larda Puriten Devrimi’nde ve yine 1687’de Glorious Devrim’de etkili bir araç oldu. Sonraki yüzyılda Fransız Devrimi’nde, belki çok daha önemli bir yer tuttuğu bile söylenebilir. Harrington, Montesquieu ve Rousseau gibi büyük politik kuramcılar ile dönemin daha az tanınmış düşün¼rlerinin pek çoğu, tam anlamıyla, yurttaş temelli cumhuriyetçi olarak gör¼lebilirler (Pocock 1975; Keohane 1980; Ashcraft 1986; Robbinc 1959; Patten 1996).

Hem İngilizler hem de Fransızlar, krallarını (sırasıyla Charles I ve Louis XVI) tahtan indirip idam ettikten sonra cumhuriyeti kur- muşlardır. Bir tadımlık radikal cumhuriyetçilik (1640-60) ve mutlak monarşinin kısa bir restorasyonundan (1660-89) sonra on yedinci yüzyıldaki ikinci devrimlerinde İngilizler, bu yönetim biçimlerinin ikisini de seşmediler. Bunun yerine seleflerinden daha zayıf küçük bir kraliyet ailesini tahta geçirdiler ve her zamankinden çok daha karışık parlamenter sisteme doğru kaydılar. Cumhuriyetçi biçimler ve düşün¼celer, açıkça, radikal Protestan reformcuların katı vizyonlarına karşın kök salmıştı. Birkaç yıl sonra Montesquieu, ideal bir karma anayasal rejim modeli olarak İngiltere’yi gösterecekti. Cumhuriyetçi düşün¼ce, Fransız Devrimi’nden sonra ve on dokuzuncu yüzyılda yaygınlaşmayı sürdürdü. Hem Hegel (*Philosophy of Right* eserinde)* hem de Tocqueville, karmaşık anayasacılık kuramını geliştirdiler. Bu nedenle, diğer yorumcular tarafından farklı düşün¼ce okullarında gör¼lmelerine karşın ikisi de yurttaş temelli cumhuriyetçi kabul edi- lebilir.

* ç.n. T¼ze Felsefesi, Çeviri: Aziz Yardımlı, 2006, İdea Yayınevi

Ancak 1800'lerin ortasından itibaren, yeni toplumsal ve politik kuramlar, cumhuriyetçiliği bir köşeye itti. Bu yeni oluşumlar içinde Bentham'ın yararcılığı, kapitalist politik ekonomistlerin yazıları, Benjamin Constant, John Stuart Mill, Wilhelm von Humboldt gibi modern liberaller, kimi açılardan Tocqueville ve elbette Marksizm ve sosyalizmin yükselişi vardı. Olasılıkla, Avrupa'da cumhuriyetçiliğin son güçlü etkisi 1848 ayaklanmalarında görüldü; bu hareketlere karşı tutucu tepkiler ve endüstriyel kapitalizmin ortaya çıkan yeni sorunlarıyla baş edebilmek için geliştirilen çözümler cumhuriyetçiliğin hem bir politik kuram okulu hem de devrimci bir akım olarak gerilemesine neden oldu⁸.

Kuzey Amerika'ya gelince, klasik cumhuriyetçilik Amerikan politik düşüncesinde çok önemli bir yere sahiptir. Yıllarca başlıca Amerikan tarihçileri, Amerikan politik kültürüne daima Lock'çu liberalizmin ya da proto-liberalizmin -mülkiyetin, özgürlüğün ve yaşamın korunmasının bireylerin doğal hakkı olduğunu savunan bir toplumsal sözleşme kuramının- egemen olduğunu savundular. Bu görüş 1950'lerde Louis Hartz'ın çalışmasında göz kamaştırıcı anlatımını buldu (1995; Kramnick 1990). Ancak 1970'lerden başlayarak Bailyn (1950) ve Wood (1972)'un da içlerinde bulunduğu birkaç Amerikan tarihçi, Hartz'ın teziyle ayrı düştü. Onlar devrim öncesi politik literatürde ve yeni anayasayı yazıp savunan birçok düşünürde güçlü bir yurttaş temelli cumhuriyetçilik etkisi olduğunu savundular⁹.

Cumhuriyetçi düşünceler ve yazıların, on sekizinci yüzyılın başında ve ortasında Amerikan devrimcilerinde ve daha genel olarak kolonilerin politik kültüründe anlamlı biçimde etkili olduğunu şimdi biliyoruz. Bunlar, yalnızca Amerikan devrimini haklı göstermekle kalmayıp aynı zamanda Amerika Birleşik Devletleri'nin yeni hükümet yapısının tasarımına anlamlı ölçüde kılavuzluk etti. Yeni anayasanın onaylanması sırasında yapılan tartışmalarda liberalizmin ve Amerikan cumhuriyetçiliğinin çeşitli yanları öne çıktı. Bir görüş birli-

⁸ Yurttaş temelli cumhuriyetçiliğin ekonomik ilkeleri, kentsel endüstriyalizm yerine tarım reformculuğunun erdemlerini ve kendine yeterli ulusal ekonomiyi yeğlemesi bakımından belirgin derecede endüstri öncesiydi; Gandhi, cumhuriyetçi yazıların çok iyi farkındaydı, belki de onları ciddiye alan pek az yirminci yüzyıl devrimcilerinden biriydi. Ve belki bu geleneğin endüstri sonrası bir dünyaya vereceği dersler vardır.

⁹ Eleştirel açılımlar için bkz. Pangle (1988) ve Diggins (1984).

đi sağlamak için *Federalist Papers*'da yazan ve onaylamayı savunan James Madison, Alexander Hamilton ve John Jay cumhuriyetçi ve liberal düşünencin göz alıcı bir karışımını geliştirdiler. Cumhuriyetçi düşünceler ve etkiler, yalnızca devrimci ve anayasal dönem yazılarında değil, aynı zamanda on dokuzuncu yüzyılın ilk yarısı boyunca toplumsal reform hareketleri ve Amerikan hukuk sisteminde de yer almaktadır.

Özellikle, Michael Sandel'in gösterdiği gibi, erken on dokuzuncu yüzyıl Amerikan hukuku ve ekonomik politikası, hem yurttaş temelli yaşamı geliştirmeyi amaçlayan yurttaş temelli cumhuriyet projesi hem de yurttaşlık erdeminin yaşama geçirilmesi ve yurttaşlık yaşamı sayesinde bireylerin ahlaki gelişiminin ve ilerlemesinin sağlanması yoluyla canlandırılmıřtır¹⁰. Cumhuriyetin erdemli yaşamını, ahlaki tutum ve davranışlarını tehdit ettiği düşünölen kimi toplumsal ve ekonomik uygulamalar yasal olarak düzenlenmiş ya da yasaklanmıştır.

Bu, özellikle bizim amacımız için önemlidir; çünkü Birleşik Devletler'de halk sağlığının kökenleri tam da bu döneme dayanmaktadır. Erken Amerikan halk sağlığının yasal temelleri ve entelektöel önderliği bu yurttaş temelli cumhuriyetçi ortamda doğmuştur (Gostin 2000b). Yurttaş temelli cumhuriyetçilik 1840'ların başı gibi erken bir tarihten itibaren yerini giderek yararcılığa bırakırken halk sağlığı da giderek teknik ve metodolojik bir alana dönüştü. Sağlığın cumhuriyetçi bir vizyonu ve kamu yaşamı ile uyumlu özgür yurttaşlardan yola çıkmış olsa da sonunda halk sağlığı, daha üretken ve mutlu özel bir yaşam sürdürebilmeleri için nüfusu hastalık yükünden kurtarmayı amaçlayan ahlaki bir görüş gütmeye başladı.

Açıktır ki günümüzde halk sağlığında ve halk sağlığı etiğinde yeniden düşünölüp gözden geçirilmesi gereken, ahlaki görüşün bu tarihsel değişimidir. Bu değişim, zamanın gereksinimlerini karşılamış ve halk sağlığını endüstriyel kapitalizmin artan egemenliği karşısında daha gerçekçi bir konuma yerleştirmiştir. Aynı zamanda halk sağlığını, baskıcı ve seçkinci 'ahlakçılığın' yönlendirmesinden ve çeşitli dinsel etkilerden korumuştur (Marone, 1997). Cumhuriyetçilik, tıpkı çağımızdaki yakın akrabası toplulukçuluk gibi bu tarz ahlakçılığa öyle eğilimlidir ki bu onun dikkatlice ele alınması ve denetlenmesi gere-

¹⁰ M. Sandel (1984); eleştirel değerlendirmeler için bkz. Pettit (1998) ve Allen ve Reagan (1998).

ken zayıf yönlerinden biridir. Ancak, Robert Putnam'dan (2000: 22-4) ödünç aldığım sözlerle ifade edersem, toplumu ve toplumsallığı 'bağlayıcı' olduğu kadar 'birleştiren' bir kavrayışa erişmemizin yurttaş temelli cumhuriyetçiliğin kavramsal çerçevesi sayesinde olacağına inanıyorum. Bu da onun farklı bir çoğulcu toplumda işe yarayabileceği anlamına gelir ki bu toplumun ahlaki olarak gereksinim duyduğu -ve pragmatik ve politik olarak talep ettiği- şey, farklılıklara saygının yanı sıra politikalar ortak sorunlara işaret ediyor olsalar bile bu saygıyı kuşatabilecek temsili ve müzakereci politika biçimlerine önem vermektir.

Yurttaş temelli cumhuriyetçilik geleneğinin halk sağlığı etiğine sunması gereken dört ilkesel kavram vardır. Bunlardan ikisi şu ana dek tanımlanmıştır: İlki, keyfi bir iktidar ve tahakkümün olmadığı bir yaşam olarak özgürlük kavramı; ikincisi, egemenlik kavramının öbür yüzü, bireylerin içinde gelişip büyüebildikleri karşılıklı olma, birlikte olma ilişkileri kavramıdır. Karl Marks'ın ortak, komünal yaşam biçimini 'birinin özgür gelişimi herkesin özgür gelişimine bağlıdır' belirtmesi belki de Marksizmin ileride ne olacağından çok o dönemde cumhuriyetçiliğin ne olduğundan söz ediyordu.

Cumhuriyetçilik için temel sorun, ahlak kurallarının çiğnendiği özel davranışlar değil, keyfi gücün ve tahakkümün zararlı etkileridir. Cumhuriyetçilik için ahlaki yaşam, diğerlerinin birlikteliğinde bireyin gelişimine ve kendini gerçekleştirmesine doğru bir yolculuktur; kurallar ihlal edilmeksizin zamanın başarılı geçmesi değildir. Bu bakış açısının günümüzdeki versiyonu, kuşkusuz, çoğulcu bir toplumda farklılıklara saygı göstermeye ve her bireyin saygı, saygınlık ve eşit üyelik talep edebildiği değerler sistemini aramaya eğilimlidir. Böylece bir grup, ahlaki ve dinsel kodlarını (sağlık kılıfıyla bile) devletin otoriter gücünü kullanarak (halk sağlığı sistemi maskesi altında bile) diğer gruplara dayatmaz.

Halk sağlığı etiğinde yer alan üçüncü cumhuriyetçi kavram, yurttaşlık erdemi düşüncesidir. Dördüncüsü, halk kavramıdır. Bu bölümün geri kalan kısmı bu kavramları tartışmaya ayrılmıştır.

Yurttaşlık erdemi ile halk arasındaki karşılıklı ilişkiyi anlamak çok önemlidir. Bu ilişki, yaygın olarak kullanılan bir sözcükle tanımlayacak olursak, diyalektik bir ilişkidir. Yurttaşlık erdemi, insani güdüleri ve öz kimliği biçimlendiren pratik bir yaşam biçimidir. Yurttaşlık erdemi pratiği, yurttaşları biçimlendirir. Yurttaşlar, yurttaşlık

erdeminin psikolojik ve toplumsal olarak somut hale gelmesidir. Yurttaşlar kamusal alanı yaratabilmek için birlikte davranırlar. Öte yandan, yurttaşlık erdeminin gerçekteşebilmesi için ilk aşamada kamusal alan gereklidir ve bu bir döngü oluşturur. Cumhuriyetçilik bir kez başlamış olduğunda bize erdemli bir döngüde politik ve ahlaki öznelerin yanı sıra politik ve ahlaki bir yaşam biçiminin nasıl olması gerektiğini sunar ama bunun nasıl olup da başlayabileceğini ya da cumhuriyetçi olmayan bir yerde nasıl doğabileceğini kestirmek çok güçtür. Buna karşın tarihte bu gerçekteşmiştir ve yine gerçekteşebilir.

3.4. Yurttaşlık Erdemi

Etik ve politik kuramlar, erdem kavramını anlamlandırmakta en az üç ayrı açıdan birbirlerinden ayrılırlar. Bunlar, ilk olarak, tümüyle erdem kavramının ne anlama geldiği konusunda ayrılır. İkinci olarak, önemle tanımladıkları erdemlerin nitelikleri ya da özellikleri konusunda ayrılır. Tam olarak gelişmiş erdem kuramları, genellikle insan yaşamı boyunca ayrı erdem tiplerini tanımlamak için ayrıntılı sınıflama çizelgeleri içerir. Farklı erdem listeleri doğrudan farklı davranış örneüklerine yönlendirir ve onlar, iyi yaşamın doğasının farklı anlayışlarını düzenler. Son olarak kimi erdemlerin, insan olan herkes için evrensel geçerlikte oldukları, diğerleri için belli toplumsal rollere, görevlere ya da işlevlere bağlı oldukları söylenir.

Erdem nedir? Kimi açıklamalarda bu, öncelikle psikolojik ve güdüleyici bir kavramdır. ‘Cesaret duygusuna sahibim ve bu nedenle tehlike karşısında cesurca davranmaya yatkınım. İçselleşmiş, vicdani bir adalet duygum var, öyleyse benim çıkarlarıma uygun olsa bile diğerlerine zarar verecek davranışta bulunmam’ gibi. Erdemin yürürlüğünde altta yatan psikolojik mekanizmalar da çok yönlüdür. Erdemler, bir kişinin deneyim ve müzakere temelinde kabul ettiği ahlaki inançlar ya da taahhütleri olarak tanımlanabilir. Ya da erdemlerin mantıkla ve bilinçle çok az yürüdüğü söylenebilir; onlar, daha çok, artıların eksilerin, yararların zararların tartılmasına ya da düşünülmesine gerek olmayan durumlarda ortaya çıkan yanıtlar ya da alışkanlıklar olabilir. Bu tür açıklamada sıklıkla, erdemlerin, ahlaki olarak sağlıklı bir gelenek ya da kültürde toplumsallaşma ve iyi yetiştirilme sonucu olduğu belirtilir. Kimileri, bir erdeme sahip olmanın, bu

erdemle uyumlu bir etik davranış için yeterli güvence olduğunu düşünür; diğerleri ise erdemi iyi bir davranışın ortaya çıkmasında gerekli ama yeterli olmayan bir koşul olarak görür; güdüleyicilere, yönlendiricilere ya da özendiricilere de gereksinim duyulabilir. Cesur insanlar savaşta yaşamlarını riske atabilirler ama eğer kaçarlarsa ve yakalanırlarsa ciddi biçimde cezalandırılacaklarını da bilirler.

Erdemin ayrıntılı aydınlatıcı felsefi açıklamalarından biri, Alasdair MacIntyre tarafından geliştirilmiştir (1981). O, erdemlerin her nasılsa yürekte (duygusal güdülenme) ya da akılda (mantıksal güdülenme) içsel olarak bulunan şeyler değil, daha çok kurallarla işleyen toplumsal ve kültürel ‘uygulamalar’ın anlamını yorumlamakta bize eşlik eden nitelikler olarak görülmesi gerektiğini savunmuştur. Uygulama, belli bir kültürel gelenekte insani gereksinimlerin karşılanması ve insan mükemmeliyetinin gerçekleştirilmesi doğrultusunda tanımlanan davranış örüntüsüdür. İnsan yaşamındaki birbirinden farklı etkinliklerin tümünün uygulanması için güvenilir, yerleşmiş ve kurallarla işleyen yollar bulunmaktadır. Bunlar öğrenilebilir ve doğru ya da yanlış, etkili ya da etkisiz, iyi ya da kötü yapılabilir. Örneğin ekin yetiştirmenin, savaşlarla mücadelenin, çocuk büyütmenin, karmaşık görevleri yerine getirmek için kişi ve grupları örgütlemenin, mahkemede savunma yapmanın yolları vardır. Bu uygulamaların her biri, uygulamaların dışındaki ve içindeki yararlar ile ilişkilidir. Tıp uygulaması hastalığı sağaltma, işlevi geri getirme ve acıdan kurtarmayı gerektirir. Bunlar, tıbbi uygulamanın dışsal olarak anlamı ve yararı olan araçlardır. Ancak, tıbbın aynı zamanda, uygulama araçlarıyla doğrudan ilgili olmayan ama temelde yer alan yararlı öğeleri de vardır. Bunlar aşırı incinebilirlik ve yoksunluk zamanında diğerine güven verme yeteneği, cesaret, özen, umursama, empati, tanı becerileri ve analitik muhakeme, ayırt edici gözlem gücü olarak sıralanabilir.

MacIntyre’i izleyerek ben erdemi, kimi toplumsal uygulamalar ve yaşam biçimleriyle ilişkili insani mükemmellik olarak tanımlıyorum. Ahlaklı bireyin psikolojik güdülenmesinin keşfedilmesiyle ilgilenmiyorum. Erdemler, bir kişinin kafasının ‘içinde’ değildir. Onlar, bir kişinin gittiği yolda, bir kişinin izlediği kurala bağlı ya da normatif uygulamalarda ve toplumsal davranışta, güçlerinin uygulanması sonucu elde edilmiş başarı kadar uygulamanın kurallarıyla elde edilmiş mükemmellikte bulunur.

Benzer biçimde bir yurttaşlık erdemi ne bir inanç ne de bir duygudur; o, daha çok, politik dünyada var olmanın ve yaşamanın bir yoludur. O, içsel yararın uygulamada ortak yarar olduğu yurttaşlık uygulamasında ulaşılmaya çalışılan mükemmelliktir. Yurttaş temelli erdem, cumhuriyet alanını sürdürülebilir kılan bir yaşam yoludur ve yalnızca bu cumhuriyet alanı içinde yurttaşlık pratiği ve ortak yarar olasıdır. Yurttaş temelli erdem, cumhuriyetin olası kılındığı ve yurttaşlık pratiğinde içselleştirilmiş ortak yararı sürdürülebilir kılan insani mükemmelliktir.

Yurttaş temelli erdem yalnızca politik seçkinler tarafından değil, aynı zamanda sıradan yurttaşlar tarafından da anlaşılmalı ve kucaklanmalıdır; çünkü sonuçta, bir bütün olarak cumhuriyeti yönlendiren, onların ahlak duygusu ve onların sesidir. Yurttaşları arasında yaygın yurttaş temelli erdemın yaygınlaşmadığı bir cumhuriyet uzun ömürlü ve sürdürülebilir değildir. ‘Yozlaşma’ya boyun eğdiği anda - ki cumhuriyetçilerin lügatında bu yalnızca politik gücü kişisel çıkarlar için kullanmak değil, aynı zamanda çok daha temel bir şeyin; cumhuriyetin ve yurttaşlardan birinin yararı uğruna özverinin ve çalışma yeteneğinin yitimi anlamında kullanılır- bir şekilde dağılıp yeni bir rejime yerini bırakmaya mahkumdur. Yozlaşma, yalnızca cumhuriyete ihanet değil, aynı zamanda onun görüntüsünün yok edilmesi, onun silinmesidir. Bu politik imgelemin derin yitimidir. Bu aynı zamanda ortak yararı umursama yeteneğinin de yitimidir.

Bu düşünceler temelinde, ben şu sonuçlara varıyorum: Cumhuriyetçi gelenekte ve halk sağlığı etiğini desteklemesi gereken politik kuramda ortak yarar, yurttaşlık uygulamasına içsel olan yarar olarak anlaşılabilir. Yurttaş temelli erdem ise bu yararın peşinde mükemmelle ulaşmaktır. Dahası yurttaş olmak, bireylerin sadece toplumun üyeleri olarak ve toplumsal bağlamda birbirleriyle etkileşimde bulunabilecekleri kamusal alan oluşumunu gerektirir. Bunlar karmaşık yapılarıdır. Biraz daha açmama izin verin.

Yurttaşlık konuşmak ve dinlemek, tartışmak, davranış kurallarını belirlemek, kaynakların önceliklerini ve dağılımını belirlemek, kazanmak, yitirmek, uzlaşmaktır; kısaca, Aristo’nun dediği gibi ‘sırayla yönetmek ve yönetilmek’ tir. Yurttaşlık ve yurttaş temelli erdem yaşamı, araçsal bir hedef ‘ortak yarar’ olarak adlandırılan dışsal koşullara sahip değildir. Ortak yarar, yurttaşlığın işlevselliği ve uygun ku-

rumsallaşma ile yaşamda yurttaş temelli erdemini uygun biçimde yaşama geçirilmesiyle oluşturulur.

Ortak yarar (faydacılık ya da liberal refahçılıktaki koşut kavram ‘toplumsal çıkar’ gibi) ulaşılabilecek belli ilkeler ya da davranışları sınayan bir kavram değildir. O, bir çıktı ya da etki değildir. Öte yandan ortak yarar kavramı, belirli bir ilke ya da kararı yargılamak ve takdir etmek için bir mihenk taşıdır. O otorite karşıtı olma, keyfi karar karşıtı olma, makul otorite, karşılıklı saygı, karşılıklılık, adalet gibi ilkelere dayanan politikaya değer verir.

Çağdaş yararcılık, soyut bir biçimde bir bireyler topluluğundaki çıkarlar ya da ‘yararlarla’ olan ilişkileri salt dışsal ve araçsal bir ilişki olarak tanımlamaya eğilimlidir. Yararcılık, aynı zamanda, bu isteklerin yerine getirildiği dağılımla ilgili örüntüleri ya da bunların her birey üzerindeki etkisini görmezden gelir; bunun yerine hoşnutluğun net bir biçimde en yükseğe çıkarılmasına ve isteklerin yerine getirilmesine odaklanır (Robbins 1962; Walsh 1996). Buna karşıt olarak cumhuriyetçi ilke değerlendirmesini oluşturan yargılar uyumluluk, karakter ve uygunluktur. Bunlar, her bir kişinin eşsiz bir birey olarak sahip olduğu kimliği ve çıkarları oluşturan güç ve anlam koşullarını göz önünde bulundurmaya zorundadır. Bunlar, ahlaki ve estetik yargı arasındaki politik sınırdaki yer alır. Bu nedenle halk sağlığı konusunda da herhangi başka bir alanda da ilkelerin onaylanmasının *tek* yolu olamazlar. Yine de hiçbirisi tamamen dışlanmamalıdır (Nussbaum 1995).

3.5. Kamu Kavramı*

* ç.n. Ülkemizde sivil alanın gelişimi ve devletle ilişkisi Batı toplumlarından farklıdır. Bu farklılık kavramlarda ve sözcüklerin kullanımında da kendini göstermektedir. Türkçede ‘halk’ ve ‘kamu’ sözcükleri birbirleri yerine kullanılan sözcükler olmasına karşın ‘halk’ sivil bir yapılanmayı işaret ederken, ‘kamu’ sözcüğü devleti ve devletin/hükümet uygulamalarına daha çok işaret eden bir niteliktedir. Hatta ‘kamu hizmeti’ belirli durumlarda ‘devlet hizmeti’ anlamında kullanılmaktadır. Metinde ‘Public Health’ karşılığı olarak ‘Halk Sağlığı’ terimi kullanılmıştır. Bununla birlikte ‘public’ sözcüğü metinde, yaygın anlamıyla insan topluluklarından bahsettiğinde ‘halk’ sözcüğüyle; politik anlamda ve özellikle devletin veya sivil müdahalenin söz konusu olduğu durumlarda, ‘kamu’ sözcüğüyle karşılanmıştır.

İnsanların ortak yaşam biçimleri, amaçları ve durumları hakkındaki kapasitelerini –ve pratik deneyimlerini– anlamak amacıyla Klasik Yunan ve Roma politik düşüncesi tarafından oluşturulmuş bir grup kavram bize miras kalmıştır. Klasik politik kuramcılar, bu kavramları kendi tarihlerini, kurumlarını ve çevrelerini de oluşturan, kamu ile olan deneyimlerini anlayabilmek için yaratmışlardır. Bu kavramlar (Yunanca *polis*, *politeia*, *polites*; Latince *civitas*, *res publica*, *cive*) bizim politik, kamu, yurttaş, halk, cemaat ve cumhuriyet gibi terimlerimizin de kökenini oluşturur. Bu terimler -aslında yurttaş temelli cumhuriyetçilik geleneği tarafından yaşatılmışlardır- politik sözlüğümüzün merkezinde yer alırlar ama anlamları zamanla değişmiştir ve bu değişim süregelmektedir (Wolin 1968). Benzer biçimde, hâlâ kamu ile ilgili kültürel ve kurumsal gerçeklik kendi politik deneyimimiz içindedir. Kamu, çok sayıda insanın bir araya gelerek örgütlenebileceği kalıcı bir ortam olma özelliğini hâlâ taşır, ancak kesinlikle toplumun gerekli bir ögesi değildir ve çağdaş dünyadaki varlığı, en hafif deyişle, kısa ve geçicidir (Jennings 1981).

Çok sayıda insanın paylaştığı ortak amaçlar ve sorunlar, bireylerin amaçları ve sorunları ile aynı değildir. Tabi ki bunlar, herkesi bireyler ve daha küçük grupların üyeleri olarak etkilerler ancak ‘ahali’nin, yani toplumsal bir bütün olarak yapılandırılmış bireylerden oluşan bir nüfusun oluşmasına da etki ederler. Bu yolda, ortak amaçları ve sorunları fark ederek bir araya gelmiş olan bireyler ahali, halk, politik bir cemaat haline gelirler. Bir araya gelmiş olan bireylerin bu tür bir politik anlayış ve tahayyüle sahip olabilmeleri *eylem* ve *yapı* olarak adlandırılabilir iki unsurun zaman içinde dinamik etkileşimi ile ilgilidir.

Kamu; normlardan, ağlardan, kurumlardan ve geleneklerden oluşmuş bir yapıdır¹¹. Bu yapı süreklilik gösterir; içinde yaşamı olanaklı kılan politik oyuncuların (liderler, temsilciler ve vatandaşlar) kesinlikle erdemli kurallara uygun pratiklerde bulunabilecekleri ku-

¹¹ İngilizcede ‘the public-kamu’ sözcüğü, dilbilgisi açısından bir isimdir. Başka bir nesneyi tanımlayan bir sıfat olarak kullanılmaması gerekir. Bu şekilde kullanıldığında, örneğin ‘kamusal alan’ ya da ‘halka açık alan’ metaforları onu somutlaştırma eğilimine neden olur ki, daha sonra bunun tehlikesine değineceğim.

rumsal bir dünyadır. Yine de kamunun yapısı değişkenlik göstererek doğal, toplumsal ve teknolojik çevreye uyumlu olmalıdır. O bir heykel gibi durağan bir biçim değil (bir çağlayan ya da akan çeşme benzeri) dinamik bir oluşumdur. Normal olarak tek başına bireysel bir özne bu yapıyı değiştiremez. Ancak (az sayıda dikkate değer tarihsel istisnaları varsa da) zaman içinde pek çok özne bir araya gelerek normların, ağların ve kurumların kamusal yapısını değiştirebilir ve değiştirir. Aslında zaman içinde üyelerinin ya da yurttaşlarının uygulamaları ile oluşturulan ve yeniden üretilebilen bir yapıya sahip olması, kamunun en temel özelliklerinden biridir. Aynı zamanda ve çelişkiye yer vermeksizin kamu bir yapı olarak insanların toplumsallaştığı ve eğitildiği kültürel kalıbın büyük çoğunluğunu oluşturur ve insanların öz ve toplumsal kimliklerini 'yurttaş' olarak üstlenir. Kamu yurttaşları üretiyor ve yeniden üretiyor olsa bile yurttaşlar da kamuyu üretir ve yeniden üretirler.

Kamuyu yeniden üreten ve değiştiren etkiye sahip uygulamalar iki türdür. İlki politik eylemin kendisidir -uzmanların önerileri ve danışmanlığı sonucu gündeme gelen, ortak toplu çabalardır. Politik eylem ortak sorunların çözümünü, ortak amaçların ya da yararın gerçekleşmesini ve en temelde kamunun temel yapısını değiştirmeyi amaçlayabilir. Bu amacını, gücü yeniden dağıtarak, üyeliklerin sınırlarını değiştirerek ve kamunun sahip olduğu farklı değerler arasındaki vurguları yeniden kurgulayarak gerçekleştirmek isteyebilir. Kamusal yaşam ve kamu politikalarında, bireysel özgürlükler yerine eşitliğe vurgu yapılmaya başlanması, bu tür bir temel politik eylem örnek olarak gösterilebilir. Ya da halk sağlığı alanı ile yakından ilgili olması nedeniyle, insan sağlığına ya da çevreye yönelik yüksek düzeydeki risklerin kabul edilmesi yerine, sadece düşük düzeydeki risklere müsamaha etmeye doğru bir yönelim, burada politik eylem ile ne amaçlandığını anlatacaktır. Bu değişim bazen, özetle, 'ihtiyatlılık ilkesi' olarak adlandırılmaktadır.

Etkili öznelerin kamunun yapısını zaman içinde yeniden üterek dinamik olarak değiştirdiği ikinci ve eşit öneme sahip uygulama biçimi, politik kuramsallaştırma ve politik yorumlamadır. Bu var olan ve kamusal yapıyı kuran normların ve kurumların yorumlanması ve yeniden yorumlanması anlamına gelir. Aynı zamanda, kamunun temel normları ve değerleriyle de tutarlı oldukları için, kamunun sahip olması *gereken* sorunların, amaçların ve politikaların da yorum-

lanması demektir. Bu kritik yorumlama ve yeniden yorumlama işi temel bir zorunluluktur. Çünkü kamusal yapı, sadece üyelerinin eylemlerinde ve eylemleri aracılığıyla var olmaz; üyelerin kamusal yapı ve kendileriyle ilgili niyetlerinde ve düşüncelerinde varlık gösterir. Kamu ‘imgelenen bir cemaat’, bir toplumsal tahayyül biçimidir (Anderson 1991). Kamu, kavramsal olarak toplumsal (politik demeyi tercih ederdim) tahayyül deneyimine bağımlıdır – ‘tahayyül tarafından oluşturulmuştur’¹².

3.5.1. Özeline Artığı Olarak Kamu

Kamu düşüncesinin tanımlanması ve anlaşılmasının pek çok yolu bulunur. Bunlardan bazıları özgürlükçü gelenek kapsamında geliştirilmiştir ve kavramın sadece bir araya gelmiş olma ile sınırlanması takdirle karşılaşır. Genellikle birbirleri yerine çok fazla kullanılan ve farklı biçimlerde birleştirilen bu kavramları, halk sağlığı etiği alanında çalışan bizlerin ayırt etmeye ve tanımlamaya başlaması gerekir.

Pek çok düşünür, kamu kavramını, sadece kümelenme, bir araya gelmiş olma olarak tanımlamanın bir adım ötesinde, harici ürünlerin, dışardaki ortak kullanıma ayrılmış olanlar ya da dışsallığın bir alanı olarak tanımlar. Bu alandaki kaynakların belirli bireylere ait olmaması sonucunda ortak sorumluluk (kaynaklar herkese aittir) yerine *carte blanche* -tam yetki- bir kullanım (kaynaklar kimseye ait değildir) tutumu gelişir. Kamunun bu biçimde anlaşılması tehlikelidir çünkü içerdiği kaynaklar önemliyse (temiz hava veya su gibi), bunlar tükenme ve bozulma riskiyle karşı karşıyadır. Kamuyu dışsallığın bir alanı olarak algılayan görüş, tehlike anlarında, hatta sahipsizlik durumunda bile bireysel çıkarlara dayalı piyasa başarısızlığı ve kısıtlamalar sonrasında, -daha iyisi olmadığına göre- ‘*faute de mieux*’ ortak eylemi gerekli görür.

Kamu kavramının, dışsallıkla ya da dışarıda olanlardan farklı bir biçimde kavramsallaştırılması; ekonomistler, kamu tercihi kuram-

¹² Cumhuriyetçi geleneği, bu gelenekte kamu yaşamının doğasını ve ortak yarar kavramını yeniden canlandıran halk sağlığı akademisyenlerinden Dan E. Beauchamp’dır (1976, 1985 ve 1988). Ancak, bana göre, yazılarında kamu, toplum, ortak yararlarla ilgili pek çok kavram olsa da, bunlarla ilgili kavramsal farklılıklar, tanımlar ve çözümlenmeler için yeterince dikkat sarfetmemiştir.

cıları ve liberal refahçı ve yararçı geleneğe bağlı olmayanlar tarafından 'kamu malı' kavramı çerçevesinde yapılmaktadır. Kamu mallarının, dışarıda olan mallara benzer biçimde, özel taraflarca ticaret temelinde karşılığının ödenmesi kolay ve yeterli değildir. Herkes bunlardan bir dereceye kadar yararlanır ancak özel bir sıfatla eylemde bulunan hiç kimsenin bu malların bakımından ve onarımından sorumlu olduğu ileri sürülemez. Dolayısıyla bu mallar aşırı kullanım ve bakımsızlık ya da sözde 'bedavacılık-hazıra konma' sorununa yol açabilir. Ulusal savunma, çevre kirliliği, evrensel eğitim, iletişim ağları gibi teknolojinin yol açtığı doğal tekeller ve benzerleri genellikle bu anlamda kamu malları olarak sınıflandırılır.

Halk sağlığı alanında enfeksiyonların yeni vaka sayılarındaki düşmeye karşın, toplumsal bağışık sürekliliğinin sağlanması amacıyla, çocuklar için zorunlu bir aşı programına devam edilmesi kamu malına örnek gösterilebilir. Kendi başına bırakılmış olsa, özel sağlık hizmeti sisteminde etkin olan çıkarlar ve dürtüler, toplumsal bağışıklığın azalmasına ya da yok olmasına ve nüfusun salgın riskiyle karşılaşmasına yol açabilir. Sağlık otoritesi toplumsal bağışıklığın yüksek düzeylerde sağlanmasını savunmak için kamu malı kavramına başvurur. Özel sektör kendi başına kamu malını koruyamayabilir.

Kamunun -bireylerin bir araya gelmesi, dışsallığın bir alanı ve pratik ve etkili biçimde alınmayacak ve satılmayacak kamu malları olarak çeşitli biçimlerde yapılan- liberal tanımları, kamusal alanın içsel önemi hakkında bize güçlü bir kuralcı görüş sağlamaz¹³. Kamunun bu yoldan anlamaya çalışmak, olsa olsa, sağduyu ve ihtiyatlı olmanın ahlaki yönden zayıf olarak kavranışdır. Bunlar artık tortu, geride kalan kavramlardır. Yurttaş temelli cumhuriyetçilik ise kamunun dönüştürücü bir kavramını sunar. Çok iyi bilinen bir düşün deneyimi, ortak malların paylaşımı trajedisini kullanarak bu ayrımı açıklamak ve kamu hakkındaki bu kavramlarla cumhuriyetçi gelenek

¹³ Bölümün ilerleyen akışında, doğasından gelen yapıyla somutlaşmış, kamunun cumhuriyetçi olmayan bir açılımını konu edeceğim. Bu güçlü bir normatif durumdur, gerçekten oldukça sağlamdır ve bu, sorunlarından biridir. Kamunun liberal yapısı bir köprü oluşturma işlevi taşır. Ancak köprüler çok dardır ve fazla ağırlık taşıyamazlar. Kamunun doğal yapısının bağlayıcı işlevi vardır. Bütün bağları sıkı ve daha önce olmadığı kadar güçlüdür.

bünyesinde geliştirilmiş ve öne sürölmüş daha yeterli bir kavram arasındaki karşıtlığı göstermek mümkündür (Hardin 1968).

3.5.2. Kamu ve Ortak Mallar

Hiç kimsenin sahip olmadığı verimli geniş bir çayırılık hayal edin. Bu çayırılık birkaç mandıra tarafından çevrili olsun. Anımsanmayacak kadar eski zamandan beri çiftçilerin sürülerini bu çayırılıkta otlatmalarına izin verilmiştir. Kendi mülklerinde hayvanlarını beslemelerinin bir maliyeti olmasına karşın çayırılıktaki ot bedavadır ve çiftçiler mümkün olduğu kadar sürülerini ortak mal olan çayırılıkta otlatmak eğilimindedir. Diğer yönden fazla otlatma toprağın verimliliğini yok ederek ortak ekosistemi çökertecek, herkese giderek daha az ot kalacak, sonunda toprak çoraklaşacaktır. Bu nedenle ortak malların taşıma kapasitesinin aşılmaması için her çiftçinin en azından uzun dönemli bir yarar beklentisi-güdüğü olmalıdır.

Eğer liberal ekonomik kuramların çoğunun güdüsel ve davranışsal varsayımları doğruysa, çiftçiler, kısa dönem bireysel çıkarları ve rekabet üstünlüklerini kaybetme korkularıyla, kaçınılmaz olarak araziden mümkün olduğunca fazla yararlanmaya çalışacaklardır. Ortak malların kötü yönetiminin neden olduğu bireysel çıkar ve güvensizlik mantığı, ortak malların yok olmasına yol açacaktır. Bu akıl dışı bir sonuçtur ve aynı zamanda çevreye de zarar verir. Elbette çiftçilerin kendilerini sınırlayabilmeleri mümkündür ve herhangi bir çiftçinin uygulayacağı sınırlamadan bir başka çiftçinin çıkar sağlaması kendiliğinden önlenmiş olur. Bu erdemlilik içeren bir çözümdür, yurttaşlık erdemi ile çok ilgili olmasa da bir özveridir. Aslında, azizlik ve felaket arasında üç çözümlü olasılığı bulunur.

1. *Ortak bir güdüün oluşturulması.* Uzun zaman önce ortak kaynakların paylaşımı trajedisinin önlenmesi için Thomas Hobbes ve diğer sözleşmeciler düşünürler tarafından bir çözümlü önerilmiştir. Bu çözümlü, ortak kuralların oluşturulması ve uygulanması için ortak bir otoritenin kurulmasıydı. Bu, güclünün zaferi ya da toplumsal bir sözleşme aracılığıyla gerçekleşen toplumsal uzlaşma yoluyla oluşturulabilir. Gerçekte ortak mallar bu şekilde egemenin mülkiyetine geçer ve korunmuş olur.

2. *Ortak olanı özel mülkiyete dönüştürmek.* Ortak malların kullanımının bir biçimde ücret karşılığında çiftçilere benimsetilmesi ikinci bir çözüm olabilir. Karşılıksız bir biçimde kaynakları sömürmelerine izin vermek yerine çiftçilerden sürüleri otlağa gittiğinde çimen için ücret almak ya da ortak malların bölüşülmesi ve her çiftçinin eşit pay aldığı özel mülkiyet alanlarına dönüştürülmesi söz konusu olabilir. Bu uygulama ortak mallarını koruyacaktır ancak sonuçta kamusalılık ortadan kalkar ve ortak olan bir şey kalmaz.

3. *Ortak kaynakların kamu mallarına dönüştürülerek korunması.* Üçüncü bir mantıksal çözüm -bana göre cumhuriyetçi ve demokratik olarak- ortak malları tüketmeden 'kullanmak' için gerekli düzenlemeler ve kurallar hakkında toplumsal uzlaşma sağlamak amacıyla grup müzakerelerine başlanmasıdır. Bu, ortak malların korunması ve sürdürülmesini, onaylanmış bir görev ve ortak bir üyelik haline getirir. Bu sayede ortak mallar ilk kez sadece ücretsiz bir kaynak olarak değil, ortak yaşantımızda yer alan gerçek bir ortak veya karşılıklı bir mal olarak kabul edilecektir. Taraflar aşırı derecede ve haksız biçimde bu mallarını sömürmedikleri takdirde tüm taraflar onlardan yararlanabilir ve zaman içinde sürdürülebilirlik gerçekleşir. Bu durumda her çiftçi ilk kez ikili bir kimlik üstlenir. Bu kimliklerden ilki rekabetçi bir girişimci ve kısa erimli çıkarlarının peşinde olan kendi özel kimliğidir. Öteki kimlik ise bu yeni kamusalılık tarafından belirlenen bir yurttaş olarak yurttaşlık kimliğidir¹⁴. Bir yurttaş olarak artık sadece özel çıkarları yoktur; kamusal görevleri de vardır; sadece başarılı bir iş adamının erdemleri söz konusu değildir, aynı zamanda ortak malların ekolojik sağlığının korunmasına ve yönetimini gerekli kılan yurttaşlık erdemleri söz konusudur.

Üçüncü çözüm, yukarıda bahsedilmiş olan kamu ile ilgili olarak artık tortu olmak ve dönüştürücülük görüşleri arasındaki ayrımı da aydınlığa kavuşturur. Bu dönüşüm sonucunda ham madde ya da kullanı-

¹⁴ İlk iki çözüm Hobbes görüşü ile, özel mülkiyet/pazar ücretlendirme sistemidir. Çiftçilerin girişimciler olarak özel kimliğini yansıtmaz. Onların ödüllendirme yapısını değiştirir.

ma hazır kaynak halinde olan bir Şey, ortak kayđı ve yönetim değeri haline gelir. Bu durum toplumsal (ve doğal) gerçekliğin alđılanmasında gerçekteŐen bir gestalt yn deęiŐtirmedir. Cumhuriyetçi gelecek için bu tür yapısal yn deęiŐtirmeler ahlaki ve politik işlemlerin bir alanı olarak kamunun ayrırcı bir özelliğidir.

Liberal, gelenek bu üç çözümü nasıl deęerlendirmiŐtir? Politik kuramın özündeki sorun, toplu eylem sorunu nedir? Liberal gelenek, Hobbs tarzı mutlak egemenliği reddetmiŐ olsa da, seçkinler arasındaki, seçim rekabeti ve hukukun üstünlüğü tarafından kısıtlanmıŐ, ortak otoritenin sınırlı bir biçimine itiraz etmez. İkinci çözüm olan ortak alanın özel mülkiyete dönüştürülmesi, günümüzde bile açık pazar liberalizminin tercih ettiği bir çözümdür. Bununla birlikte, pek çok liberal ve halk sağlığı alanı çalışanı, korku ile (bu ilk çözümün anahtarıdır), kazancın (ikinci çözümde yer alan) tesine geçen bir politika tasavvur etmelerinden dolayı üçüncü çözümü kabul etmeyecektir. Bazıları, bu çözümü, ortak malların paylaşım trajedisi karşısında gerçekteŐi ve kullanışlı bir yaklaşım olarak değerlendirmediklerinden dolayı reddedeceklerdir. Bu bir ampirik sorudur ve siyaset bilimi ilgilileri, üzerinde hâlâ çalıŐmaktadır. (Green ve Shapiro 1994). Ancak diğerleri onu sağlam bir felsefi nedenle reddeder. Bu kişiler kamunun kültürel olarak güçlü ve kuralcı tınıdaki kavramlarının baskıcı, antiliberal sonuçlarından endiŐe duyarlar. Kamunun cumhuriyetçi tarzda tahayyül edilmesi, çok zayıf bir politik tasavvur ile çok belirgin bir politik tasavvur arasında orta bir yol olarak da görülebilir. Ancak bu endiŐe yanlış değildir ve artık ona dönmek uygun olacaktır.

3.5.3. Cumhuriyetçi Bir Leviathan*?

Eğer kamuyu bir tortu, özelden geride kalan bir Şey olarak tasavvur etmek inandırıcı gelmiyorsa halk sağlığı etiği alanında çalışanlar dahil olmak üzere bu alanda tuzağa düŐmeden konuşmanın bir yolu yoktur. Bu somut bir kamu kavramıdır; kamuyu doğal bir nesne - top-

* .n. nl İngiliz düŐünürü Thomas Hobbes'un 1651 yılında yayımladığı eserinin adı. Leviathan, yani Ejderha, toplum sözleŐmesinden sonra ortaya çıkacak devletin birey karşısında güçlü olması gerektiğini göstermek amacıyla, Hobbes tarafından bilinçli olarak seçilmiş bir terimdir.

lumsal olarak yapılanmış, sanal bir yaşama, dünyaya karşıt olarak çıkarları, gereksinimleri olan ve bir varlığa sahip olan organik bir bütün olarak tasavvur eder. Somutlaştırma -toplumsal gerçekliği maddi ve doğal gerçeklik olarak algılama- kuramcılarının bu varlığa insanlara atfedilen ahlaki, yasal ve diğer kuralcı özelliklerin aynısını yüklemelerine yol açar. Kamunun hakları, çıkarları ve yükümlülükleri vardır. Genellikle hükümet ve kurumsal yapıların da bu biçimde yasal olarak somutlaştırılması gerekli olsa da en azından onlar; yetke, hesap verilebilirlik ve sorumluluk yönünden ayıt edilebilir yapılardır. İnsanlar benzer biçimde toplumsal ve doğal yaşamın gerçek aktörleridir; sonuçları olan eylemlerde bulunurlar.

Kamu kavramının toplumsal olarak yapılandırılmış bir gerçeklik olarak anlaşılması, aktörlerin yönlendirilmesi ve tanımlanması konusunda kavrama bir açıklık getirir, kamunun bir aktör olmasını ya da kendisine atfedilen (istek, amaç, sorumluluk ve benzerleri gibi) insani eylemleri teyit etmez. Kamunun eylemde bulunabileceği ileri sürülebilirse de bu, karşılıklı anlaşma yoluyla değil, çok dolaylı ve özel bir biçimdedir ve yurttaşların amaçları ve anlamlandırmaları aracılığıyla gerçekleşir.

Somutlaştırmanın en önemli sakıncası; kamu ile onu oluşturan bireyler arasında bir karşıtlık ya da çatışma oluşturmalarıdır. Kamu çıkarları, birey ya da gruplara karşı oluşturulur. Özgürlük ve adalet gibi gereksiz sorunlar gündeme gelmeye başlar. Kamunun devletle, toplumla ya da halk sağlığı yönetim birimiyle eşit tutulduğu durumlarda ise sorunlar daha da büyür. Sorun artık bireyler ve bürokratik birim arasındaki bir sorun değildir. Kötü adam artık halk sağlığıdır; halk sağlığına karşı bireylerin hakları, çıkarları ve iyiliği özel bir alan oluşturur. Bu sorunu çözmek için politik somutlaştırma, (çoğu kez davetsiz biçimde) yasal somutlaştırmayla iç içe geçer. Kimi zaman bu yararlı bir girişim olur. Ancak kamu yararı ve kamu çıkarı görüntüsüne sahip oldukları için tüzel ya da toplumsal çıkarların yetki ve meşruluk kazanması etik ya da felsefi açıdan hoş görülmez. Geçerli etik gerekçelendirme ve kanıtların yerini somutlaştırıcı etkisi olan metafor kullanımı alır.

Gerilim ve çatışmaların varlığını inkar etmek ya da bireylerin haklarının ve çıkarlarının hiçbir zaman çiğnenmediğini ya da genel olarak politik yaşamda (bir cumhuriyette bile) ya da halk sağlığı alanında, tehlikeye atılmadığını söylemek doğru olmayabilir. Ancak bu

felsefi somutlaştırma hamlesi, söz konusu gerilimi açıklamanın ve kuramsallaştırmanın ne tek ne de en iyi bir yoludur. Yerine, alternatif bir yol olarak, *bu gerilimin ve ikiliğin politik ve ahlaki temsilcinin kendisinde içselleştirilmesini* önermek bir çözüml olabilir. Gerçek gerilim kamu olarak adlandırılan somutlaştırılmış çıkarlar ve bireylerin sınırlı, yerel çıkarları arasında değildir. Gerilim, her yurttaşın nesnel konumu ve güdüsel konumu (vicdan) arasındadır. Hepimiz, özel beklentilerimiz ile yurttaş olarak beklentilerimiz, yalıtılmış bireyler ve tüketiciler olarak kendi çıkarlarımız ile daha geniş kapsamlı amaçları paylaşan bir cemaatin üyesi olarak, ahlaki çıkar ve yükümlölüklerimiz arasında parçalanmış durumdayız. Bu durum kamu ve özelin bir arada yaşaması, bir sembiyozdur. Kanımca, bu parçalanma ortadan kaldırılmamalı, bununla beraber, birlikte yaşamak ve çalışmak için çabalanmalıdır. Her zaman beleşciler, gamsızlar olacaktır ve her zaman yurttaşlık erdeminin fanatikleri de olacaktır. Çoğumuz orta yerde konumlanışız, ne Turnbull (1972) tarafından tanımlanan İk kültürene* benzer biçimde tümüyle özelleştirmenin ve bencilliğin egemen olduğu bir toplumda yaşamak ne de Orwell'in *Bindokuzyüzeke sendört* kitabındaki Oceania'ya benzer tümüyle bir taahhüt toplumunda yaşamak isteriz.

3.6. Sağlık ve Kamu Yararı

Daha önce yurttaşlık uygulamasının ve ortak iyiliği aramanın sadece cumhuriyet alanında mümkün olabileceğini öne sürmüştüm. Bu karmaşık ve hiç kuşkusuz tartışmalı bir iddiadır ve daha fazla açıklama gerektirir. Yurttaşlık uygulamasının sadece cumhuriyet alanında mümkün olabileceğini söylemek belki yeterince anlaşılabilir. Bu konuda en az Aristo kadar yetkin olan yurttaş temelli cumhuriyetçiler sadece politik olarak özgür olan bireylerin yurttaş olabileceğini ileri sürmüşler ve polis ya da *res publica'yı* tanımsal olarak, halkın özgür

* ç.n. Uganda'da bir kabilenin yerlerinden ayrılmak zorunda kalınca yaşadıkları.

olabileceği politik yönetimler olarak gözlemeyi bir alışkanlık haline getirmişlerdir. Monarşilerde ya da despotizmle yönetilen antik İran, Suriye ve Mısır imparatorluklarında bireyler yurttaş değil ‘tebaa’ olarak yaşıyorlardı.

Ancak yine de kamu yararının sadece cumhuriyet ile birlikte olanaklı olduğunu nasıl ileri sürebiliriz? Tabii ki monarşilerde de kamusal yarardan söz etmek mümkündür; halk açısından bazı koşullar diğer olası koşullardan daha elverişliydi. Ancak eğer bir anlamı varsa monarşilerde gerçek bir yurttaş yaşamından söz etmek mümkün değildir. Yurttaşlık pratiği olanaklı değildir çünkü yurttaşlık için gerekli olan temel toplumsal kurallar ve anlamlandırma eksiktir, tüm yaşam özeldir ve peşinde koşulacak tüm mallar özeldir. Ulusal güvenlik, sırasıyla hepimizin katkıda bulunduğu özel bir yarardır. Herkes için okuryazarlık ve eğitim, her birimiz için özel bir yarar olmasına karşın, herkes için bir kamu yararı değildir.

Sağlık için neler söylenebilir? Norman Daniels’e göre -liberal sözleşmecî bir görüşle yazmış olduğu gibi- sağlık, her bireyin kendi türünün normal işlevlerine ulaşmasına olanak bulduğu temel bir yarardır. O halde, başka bir deyişle, liberal bir toplumun her bireye hak olarak sağladığı fırsatlardan eşit biçimde yararlanma kapasitesinin anahtarıdır (Daniels 1985, ayrıca bkz. Daniels ve ark. 1999). (Liberal kurama göre yurttaşlar, tanımlayıcı olan politik uygulamanın temsilcileri değil hak sahipleridir). Sağlık hepimizin sahip olduğu ortak bir yarar mıdır, yoksa bireysel haz için bir önkoşul mudur, daha doğru söylemek gerekirse yararlanmamıza açık çeşitli fırsatların tüketilmesi midir? Ayrıca bizler kamu ya da ortak kavramının gerçekten kavranmadığı ve sadece özel çıkarların toplamının göz önüne alındığı bir toplumda yaşadığımız için bu sonuncu çıkarım uygun bir yanıt olacaktır. Geleneğin cumhuriyet olarak adlandırdığı politik ve ahlaki uygulamaların dışında, gerçek olarak halk sağlığı yoktur. Olsa olsa bireylerin özel sağlık durumlarında gelişme sağlamak amacıyla istihdam edilmiş uzmanlar grubu söz konusudur. Sadece cumhuriyet bir ortak algı etrafında; sürdürülmesi, bakılması ve bazen korunması gereken ve zaman içinde gelişen ortak bir çıkar ya da ‘kamusal bir şey’ varmış gibi, toplumsal olarak yapılandırılmıştır. Ve benim önerim, gerçek halk sağlığı kavramının toplumsal bir tahayyül biçiminde olduğu doğrudur, toplumsal olarak yapılandırılmış bir algı ve pratik biçimidir.

Tabii halk sağlığı terimini kullandığımızda ya da 'halk sağlığı'nın iyileşmesi'nden söz ettiğimizde anlatmak istediğimiz bir bölümü 'bireylerin toplam sağlıklarının iyileştirilmesi' oluşturur. Ancak bu anlatmak istediklerimizin tümü değildir. Çünkü bu, halk sağlığı alanına tarihsel olarak ayırt edici kimliğini sağlayan belirleyici çekirdek özelliklerin dikkate alınmaması anlamına gelir. Halk sağlığı sağlıktan söz ettiğinde insan organizmasının/bireyin toplumsal bağlamda biyolojik, psikolojik ve toplumsal işlevlerini yerine getirme durumu anlaşılır. Halk sağlığının araştırdığı ya da üzerinde çalıştığı insanlar, fiziksel açıdan somut ve toplumsal olarak konumlandırılan varlıklardır. Bu kişilerin bir ortak yarar ve bir halk sağlığı hayal etmelerine olanak sağlayan simgesel olarak inşa edilmiş bir alanda yaşamaları ve bunun sonucunda onlara doğru yönelmesi, kişilerin toplumsal alan içine gömülmüş olma durumunu göstermesi açısından, halk sağlığı alanı için önemli bir olgudur. Böyle bir alanda yaşamıyor olmaları da ayrıca bağlamsal ve toplumsal olarak anlaşıldığı biçimde sağlıkları ile ilgili bir olgudur.

Bu nedenle ortak yarar kavramı ve kamu düşüncesine, halk sağlığı alanında iki yönden gereksinim duyulur. Bu kavramlar alanda dağınık, engellenmiş, toplumsal olarak anlamsız ya da anlaşılmaz bir yaşam sürdüren gerçek insanların sağlık durumları ve görünümleri ile ilgili bir değerlendirmenin gerekli unsurlarıdır. Bu kavramların yokluğunda halk sağlığı çalışanları karşılaştıkları toplumun cumhuriyet mi, yoksa despotizm ya da totaliter bir rejim mi olduğunu fark edemezler.

Ortak yarar, halk sağlığı için ikinci bir açıdan da önemlidir. Onun yokluğunda halk sağlığı, kendi profesyonel kimliği ve değerleri hakkında ciddi görüşler ileri süremez. Halk sağlığı alanı sırtını bir toplumda yaşayan insanların ortak bir tehlike ya da ortak bir yararın anlamını algılama kapasitesine dayamıştır. Dünyanın neresinde olursa olsun, halk sağlığının hedefi olan bir halk bu kavramları algılama kapasitesini yitirmişse, HIV/AIDS'in üstesinden gelmekten tutun yaşlanmakta olan bir toplumda uzun süreli bir bakım düzeninin oluşturulmasına kadar, günümüzde belirgin biçimde sağlıkta gözlenen yetersizliklerle baş edemeyecektir. Bunlarla baş edebilmek için gerekli olan toplu kurumsal ve davranışsal değişimlere zorlanması ya da bu doğrultuda güçlendirilmesi mümkün olmayacaktır.

Sağlık risklerinin azaltılması ve sağlığın desteklenmesi amacıyla zorlayıcı devlet otoritesinin kullanılmasını ve yasal topluma dayalı girişimlerin uygulanmasını haklı gören görüşler; eğer sadece haklar, sorumluluklar ve çıkarlarla ilgili soyut ve evrensel önermelere dayanıyorlarsa başarılı olmaları mümkün değildir. Bu görüşlerin çeşitli toplumsal uygulamalarla, insanların yaşam deneyimlerinden kaynaklanan düşünce ve duygulara daha somut ve belirgin biçimde vurgu yapması gereklidir. Bu yaşam deneyiminin özelleştirme ve kuşkucu, rekabetçi bir egoizm ve şüphecilikle ilgili olması ölçüsünde, halk sağlığı çabalarının eğitimsel ve gönüllü olmaları durumunda bir anlamı olmayacağını ve eğer zorlayıcı devlet eylemine de gereksinim duyuluyorsa çok masraflı ve baskıcı olduğunu ileri sürebilirim. Diğer yünden bu yaşanan deneyimin yurttaşlık ve yurttaş yaklaşımı ile uyumlu olması ölçüsünde, halk sağlığı çabaları toplum içindeki gizli yurttaşlık erdemini ortaya çıkartabilir, resmî kamu politikalarının daha öz yönelimli ve kendiliğinden bir itaat ve uyumla sağlanması yanı sıra eğitimsel çabalara da daha olumlu bir yanıt alınabilir.

Eğer yukarıdaki çözümleme doğru ise ilginç bir görüş öne sürülmektedir. Günümüzde toplumların (pek çoğu kendisini cumhuriyet olarak adlandırmasına karşın) hepsi tam olarak cumhuriyete benzemezler. Gerçekte bunların pek azı cumhuriyettir. Ancak devlet yapısı ve politik biçimi ile ilgisiz olarak herhangi bir toplumda halk sağlığı etkin bir biçimde işlemeye başlarsa, daha geniş cumhuriyetçi olmayan bir toplum ve politik kültür içinde, bir küçük cumhuriyet oluşturmaları gerekir. Kendisine bir yurttaş erdemi balonu, politik tahayyül ve ortak yarar için küçük bir yer-alan yaratması gerekir. Bu yerler dönüşüme açık ve geçici olabilir. Ancak halk sağlığı eğiticileri ve politika çözümleyicilerinin işlerini yaptıkları her yerde, sağlık yurttaşlığı için bir yer yaratılması potansiyeli vardır.

Halk sağlığının her zaman bu potansiyelliğin olanaklarından yararlanması ya da onu gerçekleştirme mümkün olmayabilir. Ara sıra halk sağlığı programlarının etkisi ne yazık ki özelleştirmeyi, rekabeti ve öz çıkarları sağlama yolunda gerçekleşir. Ancak etik bir özlem ve yol gösterici bir görüş olarak, halk sağlığı, her zaman içinde çalıştığı sivil toplumda ve politikalarında keşfettiği yurttaş temelli ve deyim yerindeyse, cumhuriyetçi potansiyeli gerçekleştirmenin peşinde koşacaktır.

4

İnsanların Sağlığı: En Yüce Yasa mıdır? ¹

Lawrence O. Gostin ve Lesley Stone

Bütçe yapılış sürecinde resmî görevli bir Beyaz Saray çalışanı olarak, önce sağlık hizmetleri finansmanı kurumu ve daha sonra halk sağlığı kurumu başkanı olarak edindiğim deneyimlerime göre; bir yandan toplumsal korunma programlarına ayrılacak birkaç milyon dolar üzerine bitmez tükenmez tartışmalar yürütülürken öte yandan milyarlarca dolar paranın kısa bir tartışmayla tıbbi hizmetlere ayrılıvermesini görmek beni hep şaşırtmıştır. Böyle zamanlarda, kamu sağlığındaki uzun, çoğu zaman anlamsız bütçe kavgalarının temelini oluşturan bu meblağlar, Medicare bütçesinde yuvarlama hataları olarak kabul ediliverirdi.

(William Roper 1994)

Toplum sağlığında hukuk ve etik bir yeniden doğuş dönemi yaşamaktadır (Gostin 2000a; Reynolds 2003). Endüstriyel (Shattuck 1850; Chadwick 1965) ve ilerlemeci (Duffy 1990) çağlarda moda

¹ Bu bölüm Prof. Gostin'in, davetli konuşmacı olarak sunduğu 'Halkın Sağlığı En Yüce Yasa?' başlıklı konferansının metnine dayanmaktadır. Nuffield Vakfı, İngiliz Tabipleri Birliği, Kraliyet Tıp Koleji Halk Sağlığı Fakültesi tarafından desteklenen bu konuşma, Londra'da II. Elizabeth Konferans Merkezi'nde 8 Ocak 2004 tarihinde yapılmıştır. Bu konferansın daha kısa versiyonu, kaynakçada belirtilmiştir (Gostin 2004 a). Burada ele alan fikirlerin ayrıntıları için bkz. Gostin (2000b, 2000a).

olan toplum sağlığı idealleri, yirminci yüzyılda liberalizmin yükselişi ile giderek sönmeye yüz tutmuştur (Hamlin 2002). Onun yerini abartılmış biçimde kişisel ve ekonomik özgürlükler almıştır. Zaman içinde politik ilgi, toplum sağlığından bireysel sağlığa ve halk sağlığından özel tıba kaymıştır.

Halk sağlığı etiği ve hukuku alanındaki yeniden canlanmanın belirtileri, birbirinden farklı ulusal ve küresel bağlamlarda görülebilir (Holland ve Steward 1997). Uluslararası kurumlar, ulusal hükümetler ve yardım kuruluşları, modası geçmiş halk sağlığı yasalarını yeniden ele alan kapsamlı reformlar (WHO 1983; Reynolds 1995; Bidmeade ve Reynolds 1997; Monaghan ve ark. 2003) başlatarak ve küresel düzeyde etkin halk sağlığı yönetimini gerçekleştirmek üzere çağrı yaparak (Fidle 1999; Owen 2002; Beaglehole 2003), halk sağlığı hukuku ve etiği² için mükemmeliyet merkezleri oluşturmaktadırlar.

Toplum tabanlı hukuk ve etik alanına ilginin canlanması, günümüzde çağdaş siyasi ve toplumsal çevrelerde güçlü bir ilgi uyandırmaktadır. Bu düşüncüyü desteklemek üzere, halk sağlığı hukuku ve etik alanını tanımlamak ve halk sağlığı uygulamaları için kavramsal bir temel önermek önemlidir. Bu bağlamda bilim insanları halk sağlığı hukuku ve etiğinin ve onun ilkesel sınırlarının *ne* olduğu üzerine çabalarını yoğunlaştırmalıdır. Bu bölüm, halk sağlığı hukuku için bir tanım ileri sürerek ve bileşenlerini çözümlyerek tartışmayı başlatmaktadır.

Halk sağlığı hukuku savunucuları, ele alınan kavramların tanımını net olarak ortaya koyduktan sonra, çok açık bir vizyon geliştirmelidir. Sağlık, *neden* önemli bir kamusal değer olmalıdır? Bu bölüm, sağlıklı bir toplum için gereken koşulların neden ulusal ve uluslararası kurumlar tarafından oluşturulması gerektiğini açıklayarak bu konuya odaklanmaktadır.

Bu bölümde, halk sağlığı yasasının anlamı ve neden önemli olduğu tartışıldıktan sonra son olarak halk sağlığının gelişiminde kullanılacak hukuki yolların ana hatları çizilmektedir. Halk sağlığının önemli bir toplumsal amaç olduğunu belirttikten sonra hastalıkların ve erken ölümlerin azaltılmasında yasanın *nasıl* etkili olabileceği sorusu ele alınır. Aşağıda tartıştığımız gibi, halk sağlığını geliş-

² Georgetown ve Johns Hopkins Üniversiteleri Hukuk ve Halk Sağlığı Merkezi (www.publichealthlaw.net) LaTrobe'da Üniversitesi, Halk Sağlığı Hukuku Merkezi (http://www.latrobe.edu.au/publichealth/centre_phl/).

tirmede yararlı olabilecek en az yedi hukuksal araç vardır. Bu bölüm, yalnızca, kendilerini adanmış halk sağlığı düşünürleri ve savunucularının düşünceleri ve uygulamalarına göre geliştirilebilecek, bir toplumda halk sağlığı yasasının rolünün ne olduğunun incelenmesiyle başlamaktadır.

4.1. Halk Sağlığı Sorunu: Kişisel Haklardan Toplumsal Yükümlülüğe

Halkın sağlığını iyileştirmek üzere harcanan çabalar, barınma, sigaranın zararları ve beslenme gibi öylesine açık ve olağan sorunlara odaklandığı için, ileri teknoloji tıbbının görkeminden yoksun kalabilir. Ancak Halk Sağlığı özellikle sık görülen hastalıklar ve sakatlıkların nedenleri üzerinde çalıştığından, pırlıtsını kaybettikçe, sağlık üzerindeki olabilecek etkileri de azalmaktadır.

(Geofrey Rose, 1992)

Yirminci yüzyılın sonlarında halk sağlığı hukuku ve etiğine olan ilgi de bir azalma gözlenmiştir. Çağdaş özgürlükçü etiğin dilinde bireysel haklar çoğunlukla ortak çıkarların üstünde tutulmuştur. İleriye doğru baktığımızda topluma dayalı sağlık yaklaşımının yeniden canlanması ancak politik düzlemde çekiciliğini yitirme nedenlerini anlamaya başladığımızda gerçekleşecektir.

Düşünce pazarında halk sağlığı, satışı zor bir üründür (Rose 1985; Burris 1997). Siyasetçilerin ve halkın, halk sağlığı etkinliklerinin değerini küçümsemeleri için en az dört neden sayılabilir Birincisi, yaşam *kurtarma zorunluluğu*dur. Toplum; adı, yüzü ve öyküsü olan bir insan yaşamını kurtarmak üzere harcama yapmayı sever; ama iş, grafik ve sayılardaki 'istatistiksel yaşamlar'a gelince bu isteği kaybolur (Heinzerling 1998). Tıp, insanların yaşam öyküleri, onların aileleri ve arkadaşları ile tek tek bireyleri dertlerinden kurtarmanın yollarını arar. Diğer yandan halk sağlığı genellikle önleyici aşamada işler yapar. Çok sayıda insanın yaşamını kurtarabilirken (örneğin aşılama programları ile), bu kişilerin tek tek tanımlanması zordur. İkincisi, *teknolojik zorunluluk*dur. Halk sağlığı hizmetleri genetik ve mikrobiyolojinin yüksek teknolojik çözümlerine kıyasla daha az caziptir. Öyle ya da böyle pek çok halk sağlığı önlemleri (örneğin in-

sanların sağlıklı davranışını ve hastalık sürveyansını destekleyen sağlık eğitim kampanyaları dahil) ileri teknolojiye dayanmaz. Bu yüzden bu önlemlerin halkın ve basının ilgisini ve algısını yakalama olasılığı zayıftır. Halk sağlığının hak ettiği değeri görmemesinin üçüncü nedeni, *halk sağlığının görünmezliği*dir. Halk sağlığı, (örneğin güvenli gıda, temiz su ve sağlıklı ürünler gibi sorunlarda) iyi çalıştığı zaman bile, bu uğraşın önemi yeterince dikkat çekmeyebilir. Halk sağlığı kuruluşları, sağlıklı bir toplumun koşullarını oluşturmak üzere dramatik olmayan yöntemlerle çoğu zaman sessizce çalışır. Bu yüzden, bir kriz çıkmadığı müddetçe, faaliyetleri insanların dikkatini nadiren çeker. Halk sağlığına olan ilginin düşük olmasının nedenlerinden sonuncusu, liberalizm modası ile yakından ilgili olan, *bireycilik kültürü*dür. Toplum, genellikle, kişisel yararlar (kişisel sorumluluk, seçimlerimiz ve memnuniyet gibi), toplumsal yararların (toplum sağlığı ve güvenliği) üstünde değer verir. Egemen ideoloji, bireysel özgürlüğü, iktidarların insanlara daha az müdahalesini ve halkın daha az vergilendirilmesini tercih ettiği zaman, halk sağlığı için yapılacak girişimlerin daha düşük siyasi destek bulması anlaşılır bir olgudur. Bu faktörler halk sağlığı sorunlarında siyasi etkinliklerin yapılmasını ve halkın ilgisini çekmeyi güçleştirir.

Yirminci yüzyıl sonlarına doğru liberal düşüncenin serpilip gelişmesi dikkat çekicidir. Bu dönem, akademisyenlerin bireyin önceliği hakkındaki düşüncelerin biçimlendirilmesinde önemli etkileri olduğu bir zamandır. Politik yelpazenin her iki ucu da özgür irade ve kişisel seçimleri göklere çıkarmıştır. Politik sol, özerklik, mahremiyet ve özgürlükleri vurgulayarak, sivil özgürlüklerin erdemlerini desteklemiştir. Aynı zamanda politik sağ, sözleşme serbestliği, mülkiyet ayrıcalığı ve rekabetçi piyasa kavramlarını vurgulayarak ekonomik özgürlüklerin erdemlerini savunmuştur. Kendi kaderini belirleme kapsamındaki bireysel çıkarlar bir 'hak' statüsüne ulaşır. Özerklik kavramındaki, insanın bireysel seçimleri ve kendi geleceğini belirleme iradesi, 'hak' statüsüne erişmiştir. Bu entelektüel ortamda, bireylerin kendi çıkarları, çoğunlukla ailelerinin, toplumun ya da ülkenin çıkarlarına üstün gelmiştir.

Açıksası, bireysel özgürlük tartışmasız biçimde önemli ve güçlü bir kavramdır. Ancak eşit derecede güçlü olan ortaklık, yurttaşlık ve topluluk değerlerine yeterli ilgi gösterilmemiştir. Kişisel çıkarların yanı sıra toplumsal yükümlülüklerin önemini vurgulayan klasik bir

cumhuriyetçi geleneği yeniden yakalamaya gereksinim duyuyoruz. Aynı toplumun üyeleri olarak hepimizin ortak bağları var. Sorumluluk demek, ekonomik ve kişisel kısıtlamalar karşısında salt kendi haklarımızı savunmak değildir. Aynı zamanda, sağlık, esenlik ve güvenliğe yönelen tehditler karşısında toplumu savunma ve koruma yükümlülüğümüz vardır. Bir toplum içinde ortak çıkarın geliştirilmesi her bireyin -diğerine karşı- ödevidir. Ve iyi yönetim nedeniyle üyelerinin daha az risk paylaştığı bir toplumda yaşamak her üyesine yarar sağlar. Halk sağlığının önemli bir değer olarak kabul edildiği bir toplumda yaşamakla elde edilen korunma ve mutluluk, salt kişisel çıkarlarımızı gözetmekten üstündür.

4.2. Halk Sağlığı ve Hukuk: Bir Kuram ve Bir Tanım

Özgürlük, bireye her zaman ve her koşulda kısıtlamadan muaf bir hak sağlamaz. Ortak iyiyi sağlamak üzere her bireyin uyması gereken çeşitli kısıtlamalar vardır. Diğer koşullarda üyelerine güven sağlayan bir toplum var olamaz... Toplumsal bütünlüğün ana ilkesi, tüm halkın tek tek her bir bireyle, her bir bireyin de halkın tümüyle, ortak iyiyi ve toplumsal yararı gerçekleştirmek üzere sözleşmesidir. Bu karşılıklı sözleşme, belli bir kişi, aile ya da sınıfın kârı, onuru, özel çıkarı üstüne değil, halkın güvenliği, refahı ve mutluluğunun sağlanması üzerine kurulu bir hukuk ile yönetilmesidir.

(Justice John Harlan 1905)

Toplumdaki insanların, halk sağlığına bakışındaki rehabetin üstesinden gelebilmek için ve dengenin bireysel çıkarlar yerine toplumsal yarara, ortak iyiyeye doğru kayması için güçlü bir halk sağlığı yaklaşımına gereksinim vardır. İlgili terimleri (halk sağlığı yasası, halk sağlığı ve ortak çıkar) tanımlayarak tartışmayı yapılandırmaya başlayabiliriz. Halk sağlığı yasası şöyle tanımlanabilir:

İnsanların sağlıklı olma koşullarını oluşturmak için (örneğin toplumdaki önemli sağlık risklerinin belirlenmesi, önlenmesi ve iyileştirilmesi) devletin yasal güç ve sorumlulukları yanı sıra devletin toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla

bireylerin özerklik, mahremiyet, özgürlük, mülkiyet ve diğer yasal olarak korunan çıkarlarını kısıtlama gücü üzerindeki sınırlamalardır.

(Gostin 2000b)

Bu tanımla halk sağlığı hukukunun beş temel özelliğini öne sürüyoruz:

1. *Hükümet*: Halk sağlığı; toplum, iş dünyası, basın ve üniversitelerdeki paydaşları iş birliğinde, hükümetlerin özel bir sorumluluk alanıdır (Institute of Medicine 2003).
2. *Niğfuslar*: Halk sağlığı, tek tek hastalardan ziyade toplumun sağlığı üzerine odaklanır.
3. *Hizmetler*: Halk sağlığı, halk sağlığının bilimsel yöntemlerine (örneğin biyoistatistik ve epidemiyolojiye) dayanan toplum tabanlı hizmetlerin sağlanması ile uğraşır.
4. *Yetki*: Halk sağlığı yetkilileri, toplumu korumak üzere kişileri ve iş dünyasını düzenleme gücüne sahiptir.
5. *Sınırlılıklar*: Halk sağlığı yetkililerinin yasal düzenleme gücü mutlak değil, yasal olarak korunan bireysel çıkarlarla sınırlıdır.

Sistematik bir halk sağlığı hukuku anlayışı, ‘ortak yarar’ ve ‘halk sağlığı’ terimlerinin incelenmesini gerektirir. Halk sağlığındaki ‘halk’ sözcüğünün üst üste düşen iki anlamı vardır. Biri halk sağlığı için birincil sorumluluğu alan tüzel kurumu açıklar, diğeri kimin yarar göreceğine ilişkin yasal geçerliliği açıklar. Hükümet, halkın sağlığının korunması konusunda birincil sorumluluğa sahiptir. Hükümet, toplum adına eylemde bulunan ve politik bir süreçle meşruiyet kazanan ‘kamusal’ bir varlıktır. Demokratik bir biçimde seçilen hükümetin halkın sağlığını korumak ya da geliştirmek için görev ve yetkilerini kullanmaya başladığı anda ‘kamusal’ ya da devlet eyleminin özgün biçimi ortaya çıkar.

Toplumun bir bütün olarak, halk sağlığı hizmetlerinden yararlanmak için yasal bir beklentisi vardır. Topluma hükümet hizmet sunar ve toplum, anlamlı düzeyde bir sağlık korumasının sağlanmasından devleti sorumlu tutar. Bir kez seçmenlerin dikkatine sunulduğunda gerçek bir evrensel düş olması nedeniyle halk sağlığı geniş çapta ilgi çekecektir. Bununla birlikte bazı özel durumlarda toplu-

mun çıkarına en fazla hizmet edecek olan Şey toplumun her bireyinin çıkarına uygun olmayabilir. Bu nedenle halk sağlığı hayli politik bir uđraŐ alanıdır. ‘Yeterli’ sağlık nelerden oluŐur? Bunlar ne tür hizmetlerdir? Hizmetler hangi kaynaklarla karŐılanır ve nasıl dağıtılır? Hükümetin müdahalesini gerektirecek kadar önemli olan riskler nelerdir? Bunlar, her hükümetin, halk sağlığı politikalarını oluştururken karşı karşıya kaldığı sorulardır.

Eğer sağlıklı toplumlarda bireysel çıkarlar toplumsal çıkarlara dnyecekse ‘ortak’ ve ‘iyi’nin değerinin anlaşılması önemlidir.

Halk sağlığı alanı, kamusal çıkarları bireysel çıkarların toplamından fazlası olarak gören, dinamik bir ‘ortak’ kavramından yarar sağlayacaktır. Kamusal yararın toplulaŐtırıcı olmayan kavranıŐı, paylaşılan risklerin düzene sokulduğu bir toplumda yaŐamanın herkesin yararına olduğunu kabul eder.

Toplumun yeleri olarak, kendi dar çıkarlarımızın çok ötesine giden ortak çıkarlarımız olduğunu biliriz. İnsanların barıŐ ve refah içinde yaşayabilecekleri sağlıklı ve güvenli toplumlar bireylerin yararınadır. Sağlıksız ve güvensiz toplumlar, tmmz etkileyen, örneğin artmıŐ cinayet oranları, Şiddet, hasar görmüş toplumsal iliŐkiler ve daha az üretken iş gücü gibi zararlar ortaya çıkarabilir. Bu nedenle, insanlar sürdürülebilir ve güvenli bir topluluğun sağlayacağı koruma ve memnuniyet karşılığında bireysel çıkarlarından vazgeçebilirler.

İçinde herkesin kendi sınırsız çıkarlarının peşinde koŐtuđu bir toplumu bekleyen en ünlü felaket yks Hardin’in Ortak Kaynakların Paylaşımı Trajedisidir (Hardin 1968). Kaynakların sınırlı olduğu bir yerde (rneğin sığır otlatılan bir mera), kaynakları en azami biçimde kullanmak her bireyin çıkarınadır (satın alınabilecek en fazla sayıda sığırı otlatmak). Ancak bu yapılırsa kaynaklar da aynı hızla tükenecektir (aşırı otlatma oraklaŐmaya yol açacak) ve o bölgedeki tüm insanlar açlık çekeceklerdir. Benzer biçimde, sağlık açısından baktığımızda, sanayi kuruluşlarının çevreyi korumak için çok az ekonomik teşvik sağladığını görürüz, nkn temiz hava önlemleri genellikle maliyetlidir. Oysa kamusal yarar kirliliği azaltıp sınırlandırarak sağlanır. Benzer biçimde, aşı yaptırılmayı reddeden bir kişi ufak tefek yan etkilerin oluşmasını önleyerek çıkarına davranmıŐ olabilir. Komşularının tümü aşı yaptırımıŐsa, o kişi, genelin davranışının yarattığı bağışıklıktan faydalanarak ‘toplumsal bağışıklıktan’ yarar sağlar. Tra-

jedi, tıpkı tüm sığırların mevcut çayını otlayarak tüketmeleri gibi tüm topluluk aşu olmayı reddettiğinde ve toplumsal korunma kaybolduğunda ortaya çıkar; böylece 'özgürlüklere' bireysel hoşgörü, sadece o riski alana değil, aynı zamanda daha geniş bir toplum kesimine de zarar vermiş olur.

Halk sağlığında rağbet gören 'iyi' kavramını da daha derinlemesine incelemek gerekir. Tıpta 'iyi'nin anlamı tamamen bireylerin istekleri ve gereksinimleri kapsamında tanımlanır. Tıbbi uygulamada, kendi bedeni hakkında yapılması en iyi olana asıl karar verecek olan, hekim ya da aile değil hastanın kendisidir. Halk sağlığında 'iyi'nin anlamı ise daha belirsizdir. Belirli bir durumda hangi değerler daha önemli olduğuna kim karar verir -özgürlük mü, sağlık mı? Halk sağlığı alanında karar alırken her bireyin kendi seçimini yapması bir strateji olabilir. Ancak bu durum, halk sağlığı açısından sorunlara yol açabilir. Örneğin eğer bireyler, sağlık idarelerine bireysel bilgilerinin bildirilmesi için izin verilmesi doğrultusunda tercih yapabilecek durumda olsalar çoğu izin vermeyecektir. Bu durum, hastalıkların toplumda izlemi ile ilgili ciddi sorunlara neden olabilir.

Bu bağlamda tutulacak yol, halk sağlığı ile ilgili sorunlarda karar alırken, daha geniş bir toplumsal katılımı desteklemektir; böylece, halkı ilgilendiren politikaların belirlenmesi gerçekten toplumsal çaba ve emeğin ürünü olur (Callahan ve Jennings 2002). Yurttaşlar, yerel sorunlarını çözebilmek üzere, herkese açık forumlarda sivil katılım yoluyla söz sahibi oldukları alanı genişleterek kendi topluluklarını ve sivil katılımı gözetken, geliştiren kararlar üretebilirler. Halkın katılımı, sağlık politikalarına desteği artırmanın yanı sıra yurttaşları kendilerini ve komşularının sağlığını koruma doğrultusunda cesaretlendirecektir.

Böylece halk sağlığı, aşağıda tartışıldığı gibi, toplumların sağlık gereksinimlerini sağlamada yönetime özel sorumluluklar yükler. Bu hayli politik bir konudur ve bu yüzden halk sağlığı savunucuları harezle süren politik tartışmalara katılmaktan çekinmemelidirler. Toplumsal hak savunucuları birbirleriyle işbirliği yaparak katılımı yükseltmelidirler.

4.3. Halk Sağlığının Vizyonu: Halkın Sağlığı Neden Önde Gelen Bir Kamusal Değer Olmalıdır

Bir hükümetin başarısı ya da başarısızlığı, son analizde, yurttaşlarının iyilik ve refah düzeyi ile ölçülür. Bir devlet için hiç bir şey halkının sağlığından daha önemli olamaz; bir devletin en büyük kaygısı yurttaşlarının sağlığı olmalıdır.

(Franklin Delano Roosevelt 1932, Tobey, 1939)

Halk sağlığı topluluğu, sağlığın toplumun temel değeri olması gerekliliğine inanır. Ancak politikacılar, soruna her zaman bu açıdan bakmazlar; başka seçenekleri örneğin otoyolları, ekonomik gelişmeyi ve askerî kahramanlıkları dile getirirler. Politikacıların halk sağlığı sorununa politik öncelik vermemeleri, pek çok ülkenin ulusal bütçesindeki halk sağlığı harcamalarına ayrılan görece düşük paydan anlaşılabilir (Musgrove ve ark. 2001). Halk Sağlığı uzmanları, bu yüzden, genellikle, politikacılara güvenmezler ve onları tartışmaya katmak yerine, bunu yararsız görerek birlikte çalışmaktan kaçınırlar. Aslında gereksinim duyulan, politik bir öncelik olarak sağlıklı bir toplumun net olarak görüntüsünü ve gerekçesini oluşturmaktır.

Ulaşım, ekonomik gelişme ya da ulusal güvenlik gibi diğer toplumsal yarar öğelerine önem ve öncelik vermek varken sağlık neden önde gelen bir toplumsal değer olsun? Birincil bir değer olarak sağlığın rolü, birbiriyle bağlantılı iki kuram tarafından desteklenmektedir:

1. *İnsanın işlevleri kuramı*: Sağlık, insanın esenliği, toplumsal ve siyasi hakların kullanımı için temel bir öğedir.
2. *Yönetim kuramı*: Hükümetler, öncelikle, halkın sağlığı, güvenliği ve esenliğini sağlamak üzere oluşturulurlar.

4.3.1. Sağlık Yapı Taşıdır: İnsanın İşlevleri Kuramı

Sağlık, kendi içsel değeri ve tümü ile bireylerin ve toplumun işlevselliğine sağladığı benzersiz katkıdan dolayı başlı başına önemlidir (Daniels 1985; Brock ve Daniels 1994). Her insan, en azından sezgi-

sel olarak, sağlığın insanın esenliği için yaşamsal önemde olduğunu anlar. Sağlık, en azından, kişinin yaşamdan zevk alması, yaratıcılığı ve üretkenliği için gereklidir. Bireyler fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı iseler daha iyi eğlenebilir, toplumsallaşabilir, çalışabilir ve yaşama anlam ve mutluluk getiren ailesel ve toplumsal etkinlikler ile meşgul olabilirler. Kuşkusuz, hasta ve engelli kişiler de yaşamlarını mutlulukla sürdürebilirler, kendilerini gerçekleştirerek yaşamdan zevk alabilirler; fakat kişisel sağlık, yaşamdaki zevk ve başarıların aracısıdır. Hastalık, sakatlık ya da engellilik durumunda bile, her insan fiziksel ve ruhsal ynden, sağlığının ulaşabileceği en st düzeyde olmasını arzu eder. İnsanların sağlığı o kadar temel bir niteliktedir ki insan hakları normları sağlığı bir hak olarak benimsemiştir (CESCR 2000).

Çok aıkca ifade edilmese de sağlık, toplumların işlerliği için de temel niteliktedir. Asgari düzeyde sağlıklı olmadan insanlar, toplumsal etkileşimi gerçekleştiremezler, siyasi süreçlere katılamazlar, yurttaşlık haklarından yararlanamazlar, refah üretemezler, sanat yaratamazlar ve toplumsal güvenliği sağlayamazlar. Güvenli ve sağlıklı bir toplum -bir ülkenin yönetsel yapısı, toplumsal örgütlenmesi ve kültürel mirası, ekonomik gelişimi ve ulusal savunması için- güçlü bir zemin oluşturur. Bu durumda kamunun toplumsal, politik ve ekonomik esenliği için kritik önemdeki etkinliklere katılım için belirli bir düzeyde insan işlevi gereklidir olduğundan; toplum sağlığı, yüce bir değer haline gelir.

Sağlık; kişiler, toplumlar ve tüm uluslar için içsel ve araçsal bir değerdir. Doyurucu bir yaşam için önemi nedeniyle insanlar sağlıklı olmayı ister; toplumsal ilişkilerin karşılıklı yararı nedeniyle topluluklar komşularının sağlığını destekler; ülkeler nezih ve zengin bir uygarlık yaratmak amacıyla tıbbi bakım ve halk sağlığı altyapıları oluştururlar.

4.3.2. Hükümetlerin Sağlığı Geliştirme Yükümlülüğü

Neden hükümetler halkın sağlığını korumak ve geliştirmekle yükümlüdürler? İnsanlar, ancak ortaklaşa çaba ile gerçekleşebilecek olan ortak savunma, güvenlik ve esenliklerini sağlayabilmek için hükümetleri oluştururlar. Kamu kaynaklarının kişilere özel olarak ayrılmasından çok herkesin ya da toplumun çoğunluğunun yararına har-

canmasından dolayı halk sağlığı, klasik, genelde bir ortak gereksinimleri sağlama olayıdır (Walzer 1983).

Siyasi bir topluluk, üyeleri arasındaki ortak bağın varlığını önemser: Örgütlü toplum bireylerin sağlık, esenlik, güvenlik gibi ortak yararını güvence altına alır; toplumun üyeleri de, bir yandan, bir bütün olarak toplumun yararı ve iyiliği için çalışırlar (Beauchamp 1988). Halkın sağlığı tek tek bireylerin ayrı kişisel çabaları ile değil, toplumun ortak çabası ile başarılabılır. Tek başına hareket eden bireyler, kendi başlarına sağlığın en temel düzeyini bile güvence altına alamazlar. Olanaklara sahip olan kişiler yaşam için gerekli olan şeylerin birçoğunu -örneğin barınma, beslenme, giyecek hatta tıbbi tedavi- satın alabilirler. Ancak hiç kimse kendi başına kendi sağlığını güvence altına alamaz. Toplumun sağlığının anlamlı biçimde korunması ve güvence altına alınması, ortaklaşa çabaları gerekli kılar. Genel hijyen ve sanitasyonun sağlanması, çevrenin korunmasında, temiz hava ve yeryüzü sularında, temiz gıda ve içme suyunda, güvenli yollar ve ürünlerde ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada toplumun bir bütün olarak ıkartı vardır. Bu ortak varlıklar ve daha pek çoğunun sağlanması, sağlık için temel koşullardır. Öte yandan sağlanacak ortak yarar, halk için, halk adına yürütölen örgütlü emek ve çabalarla güvence altına alınabilir.

Bu nedenle politikacıların, en azından kâğıt üzerinde, kendilerini halkın sağlığını güvence altına almaya adadıkları, halkın da bunun için gerekli yüke katlandığı varsayılr. Halkın sağlığını koruma ve yükseltmeyi amaçlayan siyasi yapının ortak çabaları halk sağlığı etiği olarak adlandırdığımız merkezî bir kuramsal öğretiyi temsil eder.

4.4. Halkın Sağlığını Koruma Aracı Olarak Hukuk: Halk Sağlığı Müdahale Modelleri

İyi düzenlenmiş bir toplumun kalbinde, toplumu ve ekonomiyi hemen her açıdan düzenleyen tüzükler, yönetmelikler, yasalar ve yasal kurallar bolluğu vardır. [İyi örgütlenmiş bir toplumda] kamu görevlilerine gerekli yasal düzenlemeleri yaparak halkın sağlığını (esenliğini, uzun yaşamını ve üretkenliğini) güvence altına alma yetkisi verilmiştir. İyi düzenlenmiş ve politikaları iyi belirlenmiş olan, halkın refahı ve mutluluğunu sağlamaya adanmiş bir hükümetle yönetilen bir toplumda, halk sağ-

lığı hukuku, iktidar olma kuramının ve uygulamasının âdeta yapıtaşdır

(William J. Novak 1996)

Hükümetlere, insanlara sağlıklı olmaları için gerekli koşulları sağlama yükümlülüğü verildiğinde, hükümetin denetimindeki araçlar neler olmalıdır? Hastalık ve sakatlıkları önlemek, sağlıklı davranışı desteklemek ve genel olarak halk sağlığını geliştirmek üzere tasarlanmış hukuki düzenlemeler için en az yedi modelden söz edilebilir. Hukuki düzenlemeler etkili olmakla birlikte, dikkatle irdelenmesi gereken bir dizi kritik toplumsal, etik, anayasal sorunlara yol açabilirler. Her model zorlayıcılık açısından farklılıklar gösterir. Örneğin halkı bilgilendirmek, arzu edilmeyen faaliyetlere vergi koyarak sınırlamaktan daha az müdahaleci bir uygulamadır. Öte yandan, yasaklayıcı ya da devletin tüm ağırlığını hissettirecek biçimde müdahalesini gerektiren doğrudan düzenlemeler daha da zorlayıcıdır. El atılması gereken bir halk sağlığı sorununun ciddiyetine bağlı olarak devletin, o sorunla orantılı düzeyde bir güçle müdahale etmesi uygundur ve yetki kullanımını ancak bu şekilde politik olarak kabul görebilir, haklı çıkarılabilir. Halk sağlığı yasası özellikle bireysel ve toplumsal çıkarlar arasında karmaşık gelgitler içeren zorlu niteliği nedeniyle entelektüel açıdan baştan çıkarıcıdır.

4.4.1. Model 1: Vergilendirme ve Harcama Yetkisi

Hükümetlere önemli bir düzenleme avantajı sağlayan vergilendirme ve harcama yetkisi hemen hemen tüm ulusal anayasalarda yer alır. Harcama yetkisi, iyi eğitilmiş iş gücü, elektronik bilgi ve iletişim sistemi, hızlı hastalık izlemi, laboratuvar kapasitesi ve sorunlara yanıt üretme yeteneği, elektronik otomasyon bilgi ve iletişim sistemi, hızlı hastalık izlemi, laboratuvar kapasitesi, sorunlara yanıt üretme yeteneğinden oluşan halk sağlığı altyapısını destekler (CDC 2002a). Devlet kamuya ayrılacak fonların kullanımını için sağlıkla ilgili koşullar da öne sürebilir. Örneğin hükümet otoyol yapımı ya da diğer kamu hizmeti projeleri için fon sağlanmasında belirli güvenlik önlemlerinin alınmasını koşul olarak ileri sürebilir.³

³ South Dakota Dole'a karşı, 483 US 203 (1987)

Vergilendirme yetkisi, riskli hareketleri caydırıcı, yararlı davranışları özendirici etki yaratır. Tıbbi hizmetler, çocuk bakımı ve gönüllülerin faaliyetleri gibi sağlığa katkıda bulunan uygulamalar için vergi indirimi önerilebilir. Aynı zamanda, sigara, alkollü içecekler ve ateşli silahlar gibi zararlı ürünlerin satışına vergi yükleri getirilebilir. Araştırmalar, vergilendirme politikalarının özellikle gençlerde sağlıklı davranışa özendirme, riskten uzak durma gibi tutum ve davranışları üzerine önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir (Fox ve Shaffer 1991).

Etkisi tartışılmaz olmakla birlikte, harcama ve vergilendirme yetkilerinin tümüyle masum olduğu söylenemez. Hükümet belirgin bir ekonomik güce sahip olduğundan, vergilendirme ve harcama, bazen, bir baskı ögesi olarak da görülebilir. Eğer bu güç, zenginin daha zengin, yoksulun daha yoksul olmasına yarıyorsa eşitsizliklere neden olabilir. Bazı vergilendirme politikaları zenginlere, siyasi olarak iktidarla bağlantılı olanlara ya da (örneğin enerji şirketleri, tütün üreticileri gibi) çıkar gruplarına hizmet eder. Bazı vergiler ise oldukça geriletici sonuçlar yaratarak âdeta yoksulları cezalandırır. Örneğin neredeyse tüm halk sağlığı savunucuları sigaraya koyulan vergileri desteklerler, fakat asıl mali yükü omuzlayan insanlar orantısız olarak yoksul insanlardır ve genellikle azınlık grupların üyesidirler.

4.4.2. Model 2: Bilgi Ortamını Değiştirme Gücü

Toplum, yaşam tercihlerini etkileyecek biçimde, âdeta bilgi bombardımanına tutulur ve bu durum, kuşkusuz insanların sağlığını ve davranışlarını etkiler (Institute of Medicine 2001). Hükümet, beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve diğer konularda insanları daha sağlıklı davranmaya cesaretlendirerek, toplumun bilgilensini istediği yönde değiştirecek çeşitli araçlara sahiptir.

İlk olarak hükümet, aynı zamanda bir halk sağlığı eğitmeni olarak kamu sağlığını geliştirebilecek iletişim kampanyaları yürütür. Diğer reklam biçimleri gibi, sağlık eğitimi kampanyaları da ikna edici iletişim kanallarıdır; bir ürünü ya da siyasi bir felsefeyi desteklemek yerine halk sağlığı kampanyaları daha güvenli, daha sağlıklı davranışları destekler. Bu tür kampanyalara güvenli sürüş, güvenli cinsel yaşam ve sağlıklı beslenme kampanyaları örnek gösterilebilir.

İkinci olarak, hükümet, üreticilerden ürünlerinin güvenli kullanım yönergesi içerecek biçimde etiketlenmesini; etiketlerde o ürünün içeriğinin ya da bileşenlerinin açıklanmasını ve etiketlerin sağlıkla ilgili uyarıları içermesini isteyebilir. Örneğin hükümet, üreticilerden ürün etiketlerinde farmakolojik ilaçların yan etkileri ve dozlarının, gıdaların yağ ve besin değerlerinin açıklanmasını, sigara ve alkollü içeceklerin sağlık riskleri konusunda tüketicileri uyarmalarını isteyebilir.

Son olarak, hükümet, özel reklamlardaki zararlı ve yanıltıcı bilgiyi sınırlandırabilir. Devlet sigara, ateşli silahlar ve hatta yüksek yağ içeren gıdalar gibi potansiyel olarak zararlı ürünlerin reklamını denetim altına alabilir ya da yasaklayabilir. Sigara içme benzeri tehlikeli etkinlikleri; cinsellik, maceracı ya da enerjik görüntülerle ilişkilendiren reklamlar, yanıltıcı ya da yanlış yönlendirici olabilir. Reklamlar çocuklar, kadınlar ya da azınlıklar gibi savunmasız grupları hedef alarak sağlık eşitsizliklerini ağırlaştırabilir.

Çoğu halk sağlığı savunucusu tüketicilerin tam ve yeterli biçimde bilgilendirilmelerinin yanlış ya da aykırı bir durum olduğunu düşünmez. Oysa toplumda duyarlılığı olan belli konularda -cinsellik, gebeliğin sonlandırma, sigara içme, yağlı yiyeceklerle beslenme ya da hareketsiz yaşam biçimi gibi- koruyucu yaklaşımlar için kamu fonlarının harcanmasını ya da hükümetin yasallık maskesinin kullanılmasını çoğu kimse onaylamaz. (Bu ifade sanki kamu fonlarının güvenli cinsellik, sigara içmeme vb gibi toplumsal duyarlık gereken konular yerine cinsellik, gebeliği sonlandırma, sigara içmeyi önerdiği gibi anlaşılabilirmekte.) Bunun gibi, etiketleme zorunlulukları tartışılmaz olarak görülebilirse de iş dünyası bazı bilgilerin zorunlu olarak açıklanmasına şiddetle karşı çıkmaktadır. Örneğin bir besin etiketinde genetiği değiştirilmiş olduğu yazılmalı mıdır? Genetiği değiştirilmiş besinlerin insanlara zararlı olduğu gösterilmemiş olsa bile kamunun 'bilgilenme hakkı' talebi geçerlidir. Reklam mevzuatı ticari dili sınırlar ve böylece iş dünyasının 'ifade özgürlüğü' hakkını da etkiler. Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Mahkemesi, açılmış bu yöndeki bazı davalarda 'gerçek bilginin öğrenilmesi'ni bir 'hak' olarak kuvvetle savunan kararlar almıştır.⁴ Bununla birlikte çoğu liberal demokrasilerde mahkemeler şirketlerin söz hakkını korumak için gayret sarf

⁴ Liquormart Şirketi Rhode Island'a karşı, 517US 484 (1996)

etmez.⁵ Her şeyden önce siyasi ve toplumsal ifade (özenli yasal koruma gerektirir) ile ticari ifade arasında fark vardır. İlki yani siyasi ve toplumsal ifade özgürlüğü yaşayan bir demokrasinin gerekli koşulu iken ticari özgürlük satın alınmıştır ve kâr elde etme amacıyla bir ürünün satılması anlamına gelir.

4.4.3. Model 3: Yaşanan Çevreyi Değiştirme Gücü

Yapıların ve fiziki çevrenin tasarlanması, küresel toplumun karşı karşıya olduğu büyük tehditlere yanıt vermede güçlü bir potansiyele sahiptir. Halk sağlığının, yaşanan çevrenin tasarlanması sürecinde yaralanmaların (örneğin iş yeri güvenliği, trafikte hız azaltma önlemleri ve yangın talimatları), bulaşıcı hastalıkların (örneğin sanitasyon, imar planları ve imar yasaları) ve çevreyle bağlantılı zararların (örneğin kurşunlu boyalar ve toksik emisyonlar) azaltılması doğrultusunda uzun bir geçmişi vardır.

Pek çok gelişmiş ülke şimdi bulaşıcı hastalıklardan kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, astım ve depresyon gibi kronik hastalıklara epidemiyolojik bir geçiş süreci yaşamaktadır. Asıl güç olan, fiziksel ve ruhsal iyilik halini kolaylaştıracak bir toplumsal yaşamın tasarlanabilmesidir. Bu konuda yapılmış araştırmalar az olsa da (Srinivasan ve ark. 2003) yaşanan çevre, sağlıklı davranışı özendirmek ve yaşayan kentler geliştirmek üzere tasarlanabilir. Örneğin (yürüme, bisiklete binme ve oyun oynama gibi) daha aktif yaşam biçimleri cesaretlendirilebilir; (sebze ve meyve tüketmek, yüksek kalorili ve yağlı besinlerden kaçınmak gibi) beslenme alışkanlıkları iyileştirilebilir; (sigara ve alkollü içecekler gibi) zararlı ürünlerin kullanımını azaltılabilir; (aile içi istismar, sokak cinayetleri ve ateşli silah kullanımı benzeri) şiddet yaşamımızdan uzaklaştırılabilir ve (komşularımıza yardım etme, sosyal sermayeyi arttırma ile) toplumsal etkileşim yükseltilebilir (Ewing ve ark. 2003).

Eleştirilenler, kamu sağlığı açısından, yaşanan çevreyi değiştirmeye yönelik çabaları keskin bir gözle değerlendirmeyi önerirler: 'Kentlerin banliyölere yayılmasının önlenmesini amaçlayan kampanyalar insanlara nasıl yaşamaları ve çalışmalarını gerektiğini söyler, bireysel değerlerin güçlü politik emeller uğruna feda edilmesinden

⁵ Kanada Post Şirketi, Epost Innovations'a karşı, 87 C.R.R. (2d) 345 (2001)

bahseder. Bu zorlayıcı, ahlakçı, nostaljik ve dürüstlükten yoksun bir yaklaşımdır'. (Postrel 1999). Bu eleştiri, tarihi, normları ve kanıtları hesaba katmaktan acizdir (Perdue ve ark. 2003). Tarih boyunca iktidarların, ülke topraklarının kullanımının planlanmasında etkin rol oynadıkları görülür (Perdue ve ark. 2004). Sorun, hükümetlerin şehirleri planlayıp planlamamaları değil, nasıl planladıklarıdır. İktidarlar, bir ülkedeki toprakların kullanımını planlarken kamu yararı açısından pek çok hedefi gerçekleştirmek üzere hareket ederler ve bir ulusun sağlığı ve güvenliği normatif olarak çok önemlidir. Kanıtlar, örgütlü toplumların, plan yapmak, geleceği biçimlendirmek ve halkın sağlığını ve esenliğini geliştirmekte olağanüstü başarılı olduğunu göstermektedir (Jackson 2003). Tarih, kuramsal bilgi, yaşanmış deneyim ve gerçekler devletlerin, mutlaka sağlığı geliştiren politikaları tercih ettiğini gösterebilmiş değildir. Yine de iktidarlar, ülke topraklarının kullanımı hakkında kararlar alırken, halkın sağlığını gözeten politikaları dikkate almalıdırlar.

4.4.4. Model 4: Sosyo-ekonomik Çevreyi Değiştirme Gücü

Epidemiyolojik araştırmaların güçlü ve tutarlı biçimde ortaya koyduğu bir kanıt, bir toplumda sosyoekonomik düzeyin (SED) o toplumdaki hastalık, ölüm ve işlevsellikle ilişkili olduğu gerçeğidir (Rogot ve ark. 1992). Sosyoekonomik düzey; gelir, eğitim ve mesleğe dayalı olarak açıklanabilecek karmaşık bir olgudur. Sağlık ve sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki, bu ilişkinin doğası gereği dereceli ve sürekli olması nedeniyle, genellikle 'basamaklandırılarak' ifade edilir. Sosyoekonomik düzeyi gösteren basamakların orta aralıklarına geldikimizde, sağlık ile ilgili farklılıklar daha çarpıcı biçimde ortaya çıkar. Bu ampirik bulgular farklı zaman (Kitagawa ve Hauser 1973) ve farklı kültürlerden (Marmot ve ark. 1991) bağımsız olarak saptanmaktadır ve günümüzde de geçerlidir. Örneğin araştırmacılar, Avustralyalı çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerine bağlı olarak sosyoekonomik farklılıkları göstermişlerdir (Spurrier ve ark. 2003) ve Kuzey Amerika toplumlarında (Department of Health and Human Services, 2000) ve Avrupa ülkelerinde de (Acheson 1998) benzer eşitsizlikler ve farklılıklar saptanmıştır.

Bazı araştırmacılar, daha da ileriye giderek, bir toplumdaki sosyoekonomik eşitsizliklerin ulaştığı düzeyin, sağlığı doğrudan etki-

lediğini ileri sürerler (Wilkinson 1996). Buna göre zenginler ve yoksullar arasındaki farklılıkların en az olduğu ülkeler, sağlıkta en iyi düzeyi yakalayan ülkelerdir. Bu olgu, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinin sağlıkla ilgili göstergelerinde de açıkça görülür; toplumsal kaynakların dağıtımının daha adil olduğu, gelişmiş sosyal refah devletlerinde yaşam beklentisinin daha yüksek olduğu açıkça görülür (Mathers ve ark. 2003). Eşitsizliğin yaşandığı toplumlardaki toplumsal desteğin ve bütünlüğün eksikliği bu durumu açıklayan değişkenler olarak var sayılmıştır. Bu bulgular başka bazı ampirik verilerle çelişiyor olsa da (Lynch ve ark. 2004) bazı etikçiler ‘sosyal adaletin sağlığımıza iyi geldiğini’ savunurlar (Daniels ve ark. 200a; Beauchamp 1976).

Tüm bu güçlü bilimsel verilere karşın sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politikalara karşı güçlü itirazlar da vardır (Deaton 2002). Bu politikaları eleştirenler, ilk olarak, düşük sosyoekonomik düzey ve sağlıkla ilgili sonuçlar arasındaki rastlantısal ilişkiyi tartışmaya açarlar. Onlara göre, yoksulların sağlıklı olmamasının nedeni, sadece düşük gelir düzeylerinden ötürü değil, genetik farklılıklar, riskli davranışlar ya da sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlılık, düşük eğitim düzeyi gibi nedenlere de bağlı olabilir. Ya da onlara göre, bu nedensel ilişkinin tersi geçerlidir. Sağlık durumu bozuk olanlar, verimli çalışmadıkları için gelir düzeyleri düşerek yoksullaşmakta ve sağlık hizmetlerinin bedelini karşılayamamaktadırlar. İkinci olarak, eşitsizliklerin azalmasının, zenginliğin ve kaynakların yeniden dağıtımını gerektirdiği sonucuna varırlar; sosyoekonomik düzeyde eşitliğin artması, halkı yoksulluk ve yoksulluğa neden olan koşullardan çekip çıkararak daha çok program üretilmesini gerektirecektir. Gelirlerin yeniden dağıtımı, rekabetçi piyasa koşullarının ortadan kaldırılması, onlara göre, verim ve üretkenliği azaltan ters ekonomik etkiler yaratacak; bu ekonomik etkilerse, insan sağlığının bozulmasına yol açacaktır (Garber 1989; Meller ve Milyo 2002). Sonuç olarak, sosyoekonomik düzeyde eşitsizliklerin azaltılması siyasi bir karardır, bir kamu sağlığı kararı olmamalıdır.

Sosyoekonomik düzeyde eşitsizlikler meselesi politik bir soru olsa da elde edilen bulgular ve veriler seçilmiş yöneticilere yol göstermelidir. Sosyoekonomik düzey ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayıcı değişkenler tümüyle incelenmiş ve anlaşılmış değildir. Bununla birlikte, değerlendirme yapabilmek için birden çok karışıklığa neden

olan etmen var olduğu düşünülürse, araştırmacıların kesin olarak açıklayıcı nedensel yolları bulmalarını beklemek hem zor hem de zaman alıcıdır. İnsanların sağlığını ve uzun yaşamasını güçlü bir biçimde etkileyebilecek politikaların belirlenmesini geciktirebilir. Kesin olarak bildiğimiz şudur; sosyoekonomik düzeyde eşitsizliklerle mücadele etmenin çeşitli yolları vardır ve bunlara sosyal politikalar ile ulaşılabilir (Adler ve Newman 2002; Wong ve ark. 2002). Sosyoekonomik düzeyi düşük insanlar; sahip oldukları olanaklar (örneğin beslenme, barınma, sağlık hizmetine erişim gibi); zararlı fiziki çevre koşulları (örneğin kötü ev, iş ve sosyal koşullar gibi), psikososyal stres etkenleri (mali ve mesleki güvencesizlik, kontrolsüzlük gibi) ve risk etmenlerini yaratan yaşama koşulları açısından (örneğin sigara içme, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve aşırı alkol kullanımı gibi) dezavantajlı konumdadırlar. Toplumda bu hastalık ve erken ölüm belirleyicilerinin her birinin etkisini azaltmak üzere birlikte çalışılabilir.

4.4.5. Model 5: Kişilerin, Mesleklerin ve Şirketlerin Doğrudan Düzenlenmesi

Hükümetlerin, bireyleri, meslekleri, ticareti doğrudan yönetme yetkisi vardır. İyi yönetilen bir toplumda, kamu sağlığı yetkilileri, çalışanların, tüketicilerin ve genel olarak toplumun güvenliği ve sağlığını korumak üzere açık ve bağlayıcı kurallar getirir. Bu bağlamda, kişisel davranışları düzenleyen (örneğin seyir halinde iken arabada emniyet kemeri takmak, motosiklette kask kullanmak gibi) kurallar ölümleri ve yaralanmaları azaltır. Lisanslar ve resmî izinler, hükümetlere meslek mensuplarının ve kurumların (doktorlar, hastaneler ve bakımevleri gibi) faaliyetlerini denetleme ve düzenleme standartları getirmelerini sağlar. Son olarak, ticaret faaliyetlerinin düzenlenmesi ve izlenmesi; toksik emisyonların azaltılması, tüketici için daha güvenli mallar üretilmesi ve insani çalışma koşullarının güvence altına alınmasına yardımcı olur.

Değeri ve önemi tartışılmamakla birlikte ticari faaliyetlerin, kamu sağlığı yönünden düzenlenmesi oldukça tartışmalı bir konudur. Etkili ekonomi kuramları (örneğin bırakınız yapısınlar yaklaşımı ve daha yakın zamanda çıkan piyasa ekonomisi gibi) açık rekabeti ve azimli girişimcileri savunur (Epstein 2003). Liberal iktisatçılar, ticari

faaliyetler üzerinde yapılan düzenlemeleri ekonomik büyüme ve gelişmeye zarar verici olarak görürler. Ticari düzenlemelerin serbest ticareti sınırlandırmaktan daha çok, (tekelleşme ve diğer rekabet karşıtı uygulamalar gibi) serbest piyasada ortaya çıkan başarısızlıkları gidermeye yönelik olması gerektiğini ileri sürerler. Bununla birlikte kamu sağlığı savunucuları, sınırsız özel girişime karşıdrlar ve karmaşık sosyal sorunların serbest piyasa ekonomisi kurallarıyla çözümlenmesi düşüncesine kuşkuyla bakarlar (Gostin ve Bloche 2003; Bayer ve ark. 1995). Kontrolsüz ticarileşme güvenli olmayan çalışma ortamlarına, atıklar ve hava kirliliği gibi zararlı etkilerin ortaya çıkmasına ve emniyetsiz binaların ve çöp dağlarının birikmesi gibi kamusal sorunlara yol açabilir. Dizginlenmemiş kapitalizmin aşırılıklarını azaltmak ve akılcı biçimde güvenli ve sağlıklı ticaret koşulları sağlamak için düzenleme gereklidir.

4.4.6. Model 6: Haksız Fiil Kuralı ile Dolaylı Düzenleme

Bir hukuk sisteminde, başsavcı, halk sağlığı yetkilileri ve sivil yurttaşlar haksız fiil mekanizması sayesinde dolaylı yoldan güçlü bir düzenleme aracına sahiptirler. Bağımsız mahkemelerde açılan sivil davalar pek çok halk sağlığı zararını telafi edebilir. Bunlara örnek olarak, çevresel hasar (hava kirliliği ve yer altı sularının kontaminasyonu), toksik maddelere maruziyet (pestisit, radyasyon ya da kimyasallar), zararlı ürünler (tütün ve ateşli silahlar), kusurlu ürünler (çocuk oyuncakları, eğlence araç gereçleri ya da ev araç gereçleri) gibi haksız fiil oluşturan uygulamaların bağımsız mahkemelerce yaptırıma uğraması gösterilebilir. Örneğin 1998 yılında, tütün şirketleri, Amerika Birleşik Devletleri ile 2025 yılına kadar sürecek olan ve toplamda 206 milyar dolarlık bir tazminatı gerektiren Temel Çözüm Anlaşması'nı (Master Settlement Agreement) tartışmışlardır (National Association of Attorneys General, 1998).

Mükemmel biçimde işlemese de tazminat hukukunun hedefleri, çoğunlukla halk sağlığı hedefleri ile uyumludur. Haksız fiil karşısında uygulanan tazminat hukuku sistemi bireyleri ve iş çevrelerini tehlikeli faaliyetlerinden dolayı hesap vermeyi, zarar gören insanların zararlarını karşılamayı, gereksiz tehlikeli eylemlerden caydırmayı, ürün tasarımında yenilikleri teşvik etmeyi amaçlar. Böylece, haksız fiil isnadı ile açılan davalar aracılığıyla, bireyler ve üreticiler daha

güvenli ve toplumsal yönden daha sorumlu biçimde davranmaları doğrultusunda özendirilmiş olur.

Tazminat hukuku, halkın sağlığının gelişmesinde etkili bir yöntem olabilirken diğer düzenleme biçimleri gibi tamamen mükemmel değildir. Böyle olmamasının nedenlerinden ilki, tazminat hukukunun bireylere ve iş çevrelerine (mahkeme masrafları, bürokratik kâğıt işi ve avukatlık ücretleri gibi) ekonomik maliyet ve yük getirmesidir. Tazminat masrafları, iş sahipleri tarafından, genellikle, çalışanlara ve tüketicilere yansıtılır. İkinci olarak, tazminatlar o kadar yüksek olabilir ki şirketler o sektöre girmezler, alanı terk ederler ya da araştırma ve geliştirmeyi kısıtlarlar. Ancak tazminat maliyetleri (aşılar ve ilaçlar gibi) toplumsal olarak avantajlı yatırımları değil de (tütün gibi) sağlıksız yatırımları önlüyorsa, bu durumda, toplumun olduğundan daha da yoksullaştığından söz edilemez. Üçüncü olarak, tazminat sistemi, toplumda zarar görmüş insanların çoğunluğunu desteklemede başarısız kalabilirken kenarda köşede kalmış davacı ve avukatlara beklenmedik gelirler sağlayarak haksızlıklara neden olabilir. Örneğin tıbbi malpraktis sistemi incelendiğinde, tıbbi hatadan zarar gören çoğu hastanın zararı karşılanmazken, bunu hiç hak etmeyen davacılar, kimi zaman büyük ödüllere konabilmektedir (Kohn ve ark. 2000, Weiler ve ark. 2000).

4.4.7. Model 7: Denetimi Azaltmak: Sağlığı Engelleyici Etken Olarak Yasalar

Kimi zaman yasalar halkın sağlığına zararlı olabilir, etkili ve yararlı bir eylemin karşısına engel olarak çıkabilir. Bu durumlarda en iyi çözüm, kısıtlayıcı düzenlemeleri kaldırmaktır. Oysa politikacılar yüzeysel biçimde, belli bir amaca hizmet etmeyen, popülist politikaların peşinde olabilirler. Örneğin şırınga değişimini ya da eczanelerden enjektör ve iğne satışlarını cezalandıran yasaları düşünün. Steril madde enjeksiyonu için gerekli aletlere erişimin kısıtlanması, söz gelişi, HIV enfeksiyonunun bulaşmasını hızlandırabilir. Benzer şekilde, halka açık banyoların, hamamların, saunaların kapanması, eşcinsellerin kondoma ulaşmasını ve güvenli seksi zorlaştırarak, salgını yeraltına itebilir. Son olarak, çiftlerden birinin, HIV pozitif olduğunu partnerine açıklamadığı durumlarda cinsel ilişkide bulunmasının cezalandırılması cinsel davranışı suç haline getirebilir. Ceza Kanunu

tahlil yaptırmak, tedavi olmak için olanaklar arayan kişileri cezalandıran bir etmen haline gelirse bu kez halkın sağlığı zarar görür (Gostin 2004b).

Çoğunlukla suç önleme ya da ahlak benzeri toplumsal değerlerin korunması ile halk sağlığı arasında var olan doğrudan bir çelişki nedeniyle, yasal denetimi azaltmak ya da kısıtlamak tartışmaya açık bir durumdur. Uyuşturucu ile ilgili yasalar, halka açık banyo ve hamamların kapatılması, HIV'e özgü cezai yaptırımlar getirilmesi, toplumda uygun görülmeyen bazı davranışların hukuki düzenlemelere yansımalarıdır. Yasal düzenlemelerle getirilen kısıtlamalar ve yasaklamalar, siyasi olarak pek sevilmeyen bir tür zayıflığın ifadesi olarak görülür. Bu nedenle işin siyasi boyutlarına karşın kamu yetkilileri kamu politikalarının sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmeye çok daha fazla dikkat etmeli, özen göstermelidirler.

Demek ki hükümetler, sakatlık ve hastalıkları önlemek, halkın sağlığını geliştirmek için birçok yasal 'kaldıraç'a sahiptirler. Yasal müdahaleler epeyce etkili olabilir ve halk sağlığı ordusunun cephane-sinde bulunması gerekir. Bununla birlikte yasal müdahaleler, önemli etik, sosyal, anayasal ve politik sorunlara neden olup tartışma yaratabilirler. Tüm bu çelişkili durumlar, halk sağlığı hukuku eğitimi gören öğrenciler için karmaşık, önemli ve heyecan verici olgulardır.

4.5. Sonuç

Bu giriş niteliğindeki makaleleri tamamlarken önemli bir gerçeğin altını açıklıkla çizmek isterim. Asıl olan, servet, para pul değil, yaşamdır. Tüm sevgi, neşe ve tutkuyla bağlanma gücüyle, pırıl pırıl yaşam. En çok sayıda yüce gönüllü ve mutlu insana sahip ülke en zengin ülkedir; yaşadığı hayatta kendisini alabildiğine gerçekleştirmiş insan en zengin insandır; bu insan aynı zamanda hem kendi yaşamında hem de toplumsal düzeyde diğer insanların yaşamı üzerinde en geniş ölçüde olumlu etki yaratmayı başarmış kişidir.

(John Ruskin 1862)

Sağlık, bireylerin yanı sıra toplumların da işlevselliğinin temelidir. Kamu sağlığını gerçekleştirebilmek için halkın sağlığı açısından 'iyi' olanı ve bunun sağlanmasında iktidarların rolünü tam olarak anlaya-

bilmek gerekir. Yirminci yüzyılın sonlarında akademisyenler ve politikacılar temel bir soru ile karşı karşıya kaldılar: ‘Gizlilik, özgür olma, serbest girişim gibi haklara sahip özerk kişiler olarak ne isteriz ve neye ihtiyacımız var?’ Şimdi insan varlığı için aynı derecede önemli bir başka soruyu sorma zamanıdır: ‘Nasıl bir toplumda yaşamak istersiniz? Ne tür bir toplumda yaşamayı hak ettiğinizi düşünüyorsunuz? Toplumun ortak yararı ve sağlığı için hangi bireysel çıkarlarınızdan özveride bulunabilirsiniz?’.

İşte bu bölüm, toplumsal olarak daha sağlıklı ve daha güvenli yaşamak üzere bir eylem planı öneriyor:

- Toplumda insanların sağlığına ve refahına gerçekten değer veren yeni bir halk sağlığı etiği yaratın: Toplumsal olarak ve ortaklaşa hareket etme ideallerini savunun ve aynı toplumu paylaştığınız yurttaşlara yardım etmek ve onları korumak anlamında yurttaşlık görevlerine önem verin.
- Toplumların, insan sağlığını geliştirmek ve hastalıklardan korunmak için hukuktan yararlanmasına destek olun: vergilendirme ve harcamaları, sağlıklı etkinlikleri teşvik etmek üzere yapın, yaşanan çevreyi tehdit eden riskleri azaltmak üzere gereken değişiklikleri yapın, toplumda ölümlere ve hastalıklara yol açan ekonomik eşitsizlikleri azaltın, halkın refahını sağlamak için yasal düzenlemeler yapın, insanların güvenliğini sağlamak üzere tazminat hukukundan yararlanın, ortaya çıkan zararları telafi etmek için gerekli yasal düzenlemeleri gerçekleştirin.

5

Nüfus Düzeyinde Biyoetik: Yeni Bir Gündem Belirlemek

Daniel Wikler, Dan W. Brock

5.1. Nüfusa Odaklanmanın Farkı Nedir? Biyoetikte Kuş Bakışı Perspektifi

Biyoetik, eskiden beri hasta bireyler ile onların hekimleri yanı sıra, araştırmacılar ile araştırma katılımcıları arasındaki ilişki ve etkileşimden kaynaklanan etik sorunlara odaklanmıştır. Nüfus düzeyindeki biyoetik sorunları bunlardan daha az önemli değildir ama sıradan insanlar, sağlık çalışanları ve pek çok biyoetikçi için daha az görünür haldedir. Bu konular toplumlara, yalnızca, kuş bakışı* özelliği benimsenerek bakıldığında odaklanabilinen konulardır. Böyle bir bakışla, yeni sorunlar ve bu sorunların nüfus politikası, çevre sağlığı ve politik felsefe benzeri alanlardaki uzun süredir tartışılmakta olan etik sorularla yakın benzerlikleri görünür hale gelebilir. Klinik ortamlarda araştırma, tartışma ve eğitim alışılmış şekilde süregelirken yaygın, yeni ve henüz keşfedilmemiş geniş bir alan biyoetikçilerin karşısına çıkıyor. Nüfus düzeyinde biyoetiğin bu kuş bakışı görüşü yalnız sağ-

* ç.n. Gözlerinin konumu nedeniyle, kuşların görme alanları neredeyse 360 derece genişliktedir.

lık bakımı ile ilgili değil, sosyoekonomik durum, çevre ve çalışma koşulları ile toplumsal dışlanma gibi sağlığın diğer toplumsal belirleyicileri ile ilgili düşünceleri de kapsar. Bu alanlardaki koşullardan ve girişimlerden etkilenebilir olması nedeniyle, sağlığın ilgi konusu, yalnızca sağlık bakımı değil, genel olarak sağlıktır.

Nüfus düzeyinde biyoetik, klinik düzeyindeki biyoetikten daha geniş bir çerçeveye odaklanır. Yalnızca gruplarla ilgilendiği için değil, hem kapladığı yer hem de zaman açısından geniş sınırlar içindedir. Odağını genele doğru genişleterek sağlık beklentilerinin yaygınlığı, yönü ve dağılımı konusunda nüfus düzeyinde karşılaştırmalar yapılmasına olanak sağlar. En sağlıksız nüfuslar, ki bunların çoğu gelişmekte olan ülkelerdedir, böyle bir bakışla, özellikle görünür hale gelirler. Bu toplumlarda yitirilecek şeyler çok daha fazladır ve etik ikilemler çok keskindir. Nüfus düzeyinde biyoetik, ayrıca, güncel olayların yarattığı sonuçların gelecek kuşakların sağlığını, boyutunu ve yapısını da etkileyeceğini dikkate alarak duruma göre genişler. Bunu gerçekleştirirken disiplin sınırlarını ekonomik gelişme, demografi, jeneratri, genetiğe doğru genişletir.

Biyoetik, normatif bir disiplin olarak ahlak felsefesinden ve diğer değerlerle ilgili düşünce kaynaklarından yararlanır. Klinik biyoetik bireysel davranış ve kişiliğe ait ahlakla ilgilenirken nüfus düzeyinde biyoetik, ilkesel olarak adalet ve diğer politik felsefe kuramlarına dayanır. Klinik biyoetik hastalar ve doktorların sorumlulukları ve haklarını dile getirirken, nüfus düzeyinde biyoetik, toplumların üyelerine karşı ve üyelerin birbirlerine karşı yükümlülükleri yanı sıra bireylerin, grupların ve devletin karmaşık ilişkilerini yöneten kurallarla ilgilenir.

Nüfus düzeyinde biyoetikle ilgili bu belirleyici özelliklerin tümü, göze çarpan sorunlardan bazılarının özlü bir biçimde araştırılması sonucu ortaya çıkmıştır. Bu sorunların hiçbiri burada ayrıntılı olarak incelenemeyecek olsa da her sorun kapsamında irdelenmesi gereken anahtar sorular ortaya atılacaktır. Bu sorunları gözden geçirmedeki umudumuz, biyoetikçiler ve diğerleri tarafından nüfus düzeyindeki sorunlar konusunda hazırlanmış çalışmalarla klinik biyoetikçileri harekete geçirip, onların eksikliklerini gidermektir.

5.2. Sağlık için Toplumun Sorumluluğu

Endüstrileşmiş ülkelerin çoğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen, ‘nüfusun sağlığı ile ilgili asıl yol göstericilik ulusal hükümetlerin sorumluluğundadır’ söylemini kabul eder (WHO 2000b:119f). Uzun bir süre gelişmiş ülkeler arasındaki tek istisna Amerika Birleşik Devletleri olmuştur. 1980’lerde gelişme ekonomisi kapsamındaki ‘Washington Konsensüsü’, bu görüşü geliştirmekte olan ülkeler için ilke düzeyine yükselterek (Williamson 1997) diğer temel hizmetler gibi sağlık hizmetlerinin de özelleştirilmesi doğrultusunda devletleri teşvik etmeye başladı. O zamandan beri sağlık hizmetleri maliyetlerindeki acımasız artış, sağlığı ulusal sorumluluk olarak kabul eden varlıklı ülkeleri bile zor durumda bıraktı. Buna örnek, ulusal kimliğin bir parçası olarak sağlık hizmetlerini neredeyse hükümetin tekelinde sunan Kanada’dır. Bir zamanlar, gelişmiş ülkelerde sağlık için sosyal sorumluluk -amaçlansın ya da gerçekleşsin- devletin yurttaşla bahşettiği bir lütuftu. Anlaşılması güç olan, Amerika’nın istisnai durumudur. Ancak durum, şimdi dünyada yaygın olarak tartışmaya açılmıştır: Sağlık sorumluluğunun devlet tarafından yüklenilmesi hangi durumda geçerlidir (Szreter 1988)? Bu sorumluluk hangi şekilde yerine getirilir? Bu sorumluluğun sınırları nereye kadar ahlaki değerler tarafından belirlenir ve nereye kadar politik uzlaşıyla belirlenmelidir? Son zamanlardaki özelleştirme girişimlerinin gerçekleştikleri ülkelerdeki sağlık sistemlerinin adaleti üzerine etkileri nelerdir?

5.3. Sağlık için Bireysel Sorumluluk

Sağlığın bozulması ya da sakatlık her zaman aniden başa gelen bir kötülük değildir. Doğru beslenerek, egzersiz yaparak, tütün ve bağımlılık yapan maddeleri kullanmaktan kaçınarak, tehlikeli ve toksik nesnelere uzak durarak ve sağlık hizmet önerilerine uyarak sağlıklı olma şansımızı artırabiliriz. Her birimiz bazen riske atılırız ve bazı insanlar da sonuç olarak hastalanır, sakat kalır ya da ölürlür. Bu olguların sağlık politikası ve halk sağlığı üzerine etkisi nelerdir? Birleşik Krallık’da Ulusal Sağlık Hizmeti (USH), genellikle deriden dövme silinmesi ücretini karşılamaz (Klein 1997; New 1997) ancak benzer biçimde güzelliği bozan doğum lekelerinin silinmesini üstlenmekte-

dir. Yine de USH, her yerdeki kamu ya da özel sigorta şirketlerinin yaptığı gibi, sigara tiryakilerinin akciğer kanseri tedavilerini karşılamaktadır. Ancak çoğu da reddedilmiştir. Geleneksel olarak mahkeme salonlarına ait olan ihmal, hata, sorumluluk ve suçlama benzeri kavramlar sağlık alanında yer bulabilecek mi? (Wikler 2004) Bunun dağılımsal etkileri neler olur? Özellikle sigara içme ve kötü beslenme gibi sağlıksız davranışların düşük sosyoekonomik sınıflarda daha fazla bulunduğu dikkate alınırsa sonuçlar adil olur mu (Roemer 1993; Lantz ve ark. 1998)? Sağlığa bireysel sorumluluk yüklenmesi, ahlaki değerleri nasıl etkileyerek sağlığı geliştirme alanını destekleyecek ve bu görüş kamusal ve uluslararası sağlık kuruluşlarının gündemine nasıl girecek (Leichter 2003)? Eğer bireysel sorumluluk yükümlülüğü çeşitli sağlık politikalarında geçerli olacaksa bunun hekimlerin bireysel hasta bakımı için klinik düzeyde aldıkları kararlara da yansıtılması gerekir mi? Politika düzeyinde kişisel sorumluluğa önem verirken klinik uygulamalarda bunu ihmal etmek ne derece tutarlıdır? Hekimlerin yalnızca hastanın bakım gereksinimini değil, sağlık gereksinimleri için sorumluluklarını da dikkate alarak hizmet vermelerinin etik sonuçları neler olabilir? Sağlıktaki eşitsizliklerin nedeni yoksulların tedbirsizliğine kadar vardırılsa, bu sorun, toplumsal adaletsizlikten çok bireysel bir kusur olarak mı sayılmalı (Barry 2005)?

5.4. Sağlık ve İnsan Haklarının Nüfus Düzeyinde Biyoetikle İlişkisi Nedir?

Sağlık ve insan hakları yaygın ve resmî bir alandır: Uluslararası sözleşmelerle tanınmıştır, Birleşmiş Milletler ve dünyanın pek çok yerinde uygulayıcıları bulunmaktadır¹. Birleşik Devletler dışındaki bazı çalışmaların yoğun biçimde insan haklarını teşvik etmelerine karşın Birleşik Devletler'de biyoetik bütünüyle ayrı bir akademik alan olarak kalmıştır. İnsan hakları alanı geniş olarak hukukçular tarafından yönlendirilen bir alandır ancak biyoetikçiler bu alana akademik felsefe ile

¹ bkz. İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Bürosu (1976) Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi, Madde 12. Ulaşım: http://193.194.138.190/html/menu3/b/a_cescr.htm (5 Mayıs 2006 erişimi)

yaklaşırlar. Bu iki alanın çakışması ancak sınırlı olarak kişisel buluşmalarda ya da akademik dergilerde ve konferanslarda olur². Yine de nüfus düzeyinde sağlık önceliklerinin belirlenmesi, insanlarla yapılan araştırmaların etiği, sivil özgürlükleri tehdit eden halk sağlığı girişimlerinin etik sınırları ve sağlık politikalarına halkın katılımı gibi konulara dikkat çekerler. Bu alanların günümüzdeki fiili ayrılıkları tarihsel bir kaza mıdır, yoksa akılcı bir iş bölümüne mi dayanır? Bu alanları birleştirmeye çalışmak yararlı bir girişim midir, yoksa en iyisi ayrı kalmaları mıdır (Mann 1997, Mann ve ark.1999)? Bunlar etkili biçimde nasıl birleştirilebilir? İnsan hakları kuramı nüfus düzeyinde biyoetiğin bazı alanlarında diğerlerinden daha mı kullanışlıdır, öyle ise bu alanlar hangileridir?

5.5. Öncelikleri Belirleme

Olanakların sınırlılığı önceliklerin belirlenmesini zorunlu kılar; tedaviler ve müdahaleler arasında; duyarlı nüfuslar arasında, araştırma ve eğitim konuları arasında seçim yapılmalıdır. Genelde yapılan seçimler acı vericidir. Eğer AIDS tedavisi önlemeden daha az maliyet etkili ise (De Cock ve ark. 2002; Marseille ve ark. 2002) kaynaklar hastaların ölüme terk edilmesi pahasına önleme programlarına mı yönlendirilmelidir (Masaki ve ark. tarih yok)? AIDS tedavi programlarında yeterli para ve herkesi tedavi edecek hekim yoksa en ağır hastalar mı öncelikli olmalı yoksa toplumda önemli rolleri olan öğretmenler ve sağlık çalışanlarına mı öncelik verilmelidir (Macklin 2004)? Öyleyse çalışma yaşamını sürdürenler emeklilere tercih edilmeli mi? Dünya Sağlık Örgütü'nün '5 e kadar 3' programı, 2005 yılı sonuna kadar 3 milyon HIV/AIDS ile yaşayan hastanın antiretroviral ilaçla tedavi edilmesini öngörüyor. Bu 3 milyon hasta, tedavi bekleyen 6 milyon hasta arasından nasıl seçilmeli (Capron ve Reis 2005)? Ulaşılması ve tedavi edilmesi için daha çok para sarf edilmesi gereken hastalar ihmal edilerek yerine kolay ulaşılan ve tedavisi ucuz olanlar mı alınmalı? Bu ahlaki soruları yanıtlarken neleri bilmemiz, neleri geliştirmemiz gerekir? Ahlaki akıl yürütmenin buradaki rolü ne olabilir,

² Yine de bazı özel yayınlar vardır, örneğin, bkz *Health and Human Rights: An International Journal*. Boston: Harvard School of Public Health.

etiğın ve özellikle adalet kuramlarının katkıları neler olabilir (Daniels 2005)? Genel olarak, sağlık hizmeti sisteminde öncelikler, bireylerin sağlık sigortası alırlarken yaptıkları ya da yapacak oldukları seçimleri mi yansıtmalıdır?

5.6. Maliyet Etkililik Analizleri (MEA)

Maliyet etkili sağlık girişimleri, elde olan kaynaklarla, en yüksek sağlık kazanımı sağlar. Maliyet etkililik incelemeleri sağlık girişimleri arasında öncelikleri belirlerken kanıta dayalı ve tarafsız kılavuzluk yapıldığını, var olan kaynaklar kullanıldığında olabilecek en yüksek potansiyel sağlık kazanımını sağladığını iddia eder. Ancak MEA, değerlerden arınmış değildir. Yakından bakıldığında maliyet etkililik analizlerinde ahlaki varsayımlar saklı olduğunu görmek ve dolayısıyla bu varsayımların hangilerinin etik olarak savunulabilir olduğunu saptamaya çalışmak mümkündür (Gold ve ark. 1996; Brock 2003a). Örneğin bir MEA yapılırken, gelecekteki maliyet ve finansal kazançlar için rutin olarak yapıldığı gibi gelecekteki sağlık yararları için de indirim oranları uygulanacak mı ve farklı yaş grupları için sağlık yararlarına farklı değerler yüklenecek mi (Brock 2004a; Williams 1997)? Yapılan seçimin akut girişimlere karşı önleyici girişimler yanı sıra farklı yaş gruplarına yönelik girişimlere göreli öncelik tanınmasında güçlü etkisi olabilir (Tsuchiya 2000). Ve MEA'larının girişim önceliklerinin belirlenmesi ile sonuçlanan ahlaki ve politik tartışmalardaki rolü nedir (Murray ve ark.2002)? Sınırlı da olsa felsefeciler, ekonomistler ve başka uzmanlar tarafından bu analizlerin bir kısmında belirgin ahlaki kararlar olduğunu gösteren önemli yayınlar yapılmıştır. Etkili kılavuz dokümanlar MEA'larının mümkün olabildiğince değerden arınmış olması gerektiğini ileri sürmüştür ancak, değerlerle ilgili bazı varsayımlar ortadan kaldırılamaz ve bunların açığa çıkartılmaları gerekir (Menzel ve ark. 2002). Dahası MEA'lar eşitlikçi görüşlerle ilişkilendirilmeden hazırlandıklarında öncelikleri belirlemede uygun kılavuzlar olamazlar. Bu eşitlikçi görüşlerin üzerlerindeki farklı görevlere ait ahlaki gerekçelerle birlikte açığa çıkartılması politika yapımcıların MEA'ları kullanmalarında kılavuzluk edecektir. Eşitlikçi görüşlerin MEA'larda ağırlığı olabileceği ileri sürülse de bunun özellikle birçoğu

hakkında yaygın etik anlaşmazlık olması nedeniyle istenen bir durum olduğunu söylemek doğru olmayabilir.

5.7. Sağlık Ölçütleri

Düzenli olarak sağlık değerlendirmelerini kaydeden insanlar, zamana göre sağlık durumlarını izleyebilirler. Nüfus düzeyinde ise pek çok bireyin kayıtları bir araya getirilerek toplum sağlığı için bir ölçü üretilir (Murray ve ark.2002). Bireysel düzeydeki kayıtlar -örneğin kan basıncı bilgileri benzeri- kendi başlarına bir değer yargısını temsil etmezler. Toplum sağlığının 'özet bilgiler'i ise bu akıbetten kaçınmaz. Toplum sağlığının genel olarak ölçülmesi birçok bireye uygulanan çok sayıda testin sonuçlarını bir araya getirir ve bütünü ölçülmesi için ağırlıklar saptanmalıdır. Bu bakış açısı ile, bir toplumun sağlığına yönelik ilgili ölçümümüz toplumdaki körlük ve sağlıklı prevalanslarını yansıtabilir, ancak bu iki sorun nüfusun sağlığını azaltan iki durum olarak da değer taşır. Bu yargılar, etkilenen nüfusun ya da uzmanların tercihleri üzerine yapılan araştırmalardan türetilmiştir ve aynı zamanda bir ölçüme dayanır. Bu tercihler de değer yargıları içerirler. Ayrıca alt grupların tercihleri önemli ölçüde değişim gösterebilir. Bu tür farklılıklar konusunda en bilinen örnek, sakat ve sakat olmayan insanların kendilerinin sakatlıkla ilgili görüşleridir (Brock 2000, 2003b). Örneğin kör insanlar, diğer insanlara göre, körlüğü diğer sakatlıklar arasında fazla bir sorun olarak görmezler. Bu iki grup körlüğün önlenmesi ya da tedavi edilmesinin toplum sağlığına yapacağı katkı konusunda farklı görüşlere sahip olacaktır; bu farklı görüşler bu tür girişimlerin maliyet etkililik analiz sonuçlarını da etkileyecektir. Toplum sağlığını ölçerken farklı tercih gruplarından birine ya da diğerine dayanarak, ortalamalarını alarak ya da onları birleştirerek seçim yapmak gerekecektir. Sağlığın nesnel bir ölçümü için bir başka seçenek ise tüm seçime dayanan ölçümlere son verilmesidir.

5.8. Sağlık ve Ekonomik Gelişme

Dünya Sağlık Örgütü'nde başkanlık yaptığı süre içinde Dr. Gro Harlem Brundtland'ın temel amaçlarından biri sağlığı yalnızca - genellikle savunma durumunda olan ve kaynakların belirgin tüketicisi olarak algılanan- sağlık bakanının değil maliye ve ekonomik kalkınma bakanlarının da sorunu haline getirmektir. Kurduğu Makroekonomiler ve Sağlık Komisyonu (2001), Jeffrey Sachs başkanlığında ekonomistlerden oluşan küçük bir ordu ile, sağlığın ekonomik gelişmenin motoru olduğunu gösteren çalışmaları koordine ettiler. Ancak bu yaklaşımda üretken olan kesimin sağlığına; yaşlılardan, eğitimsizlerden ve kendilerine sağlanan sağlık yardımı bir yana, sağlıkları sosyal yatırıma olumlu bir geri dönüş sağlaması mümkün olmayan bireylerden daha yüksek öncelik tanımak biçiminde gizli bir istenmeme çağrısını yok mu (Brock 2003b)? Benzer biçimde bu yaklaşım daha üretken bireylere ve gruplara hizmet eden sağlık girişimlerine daha yüksek bir öncelik tanıyor gibi görünmekte (Donaldson 1999). Bu sonuç, hekimleri hastalarının toplumsal değer ve varlıklarını göz ardı ederek sadece gereksinimlerine odaklanmaya yönelten tıbbın ortak normlarına bütünüyle aykırıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve sağlığı diğer gereksinimlerin üstünde tutan pek çokları bu görüşü desteklememişlerdir ancak bu ne kadar kalıcıdır? Eğer değilse gelecekte neler beklenebilir?

5.9. İncinebilir Topluluklar ve Acil İnsani Yardım Girişimleri

Güzel bir banliyö kliniğinde hekimin hastasıyla karşılaşması ile soykırım girişiminden kaçan mültecilerin ya da doğal bir felaketin umutsuz kurbanlarının gereksinimlerini karşılamaya çalışan gönüllü bir hekimin uğraşları arasında çok az ortak yön bulunur. Bu tür acil girişimlerde kaynaklar istisnasız tükenme sınırına gelmiş durumdadır; hastalar da sağlık çalışanları da tedirgin ve korku içinde olabilirler, karşılıklı güvensizlik olağandır, ayrıca bir de otorite boşluğu vardır (Lautze ve ark. 2004). Bu acil durumlarda bile hastalar haklarından, hekimler de mesleki sorumluluklarından vazgeçmezler. Örneğin hastalar kritik sağlık kayıtlarının gizliliğinin ihmal edilmesi konusun-

da her zamankinden daha duyarlı olabilirler. Ancak burada acil insani yardım girişiminde bulunan sağlık çalışanlarının, basitçe geleneksel tıp etiği yükümlülüklerini yerine getirmeleri yeterli olmayacaktır. Yapılan işin alışılmamış yapısı, baştan düşünülmesi gereken yeni ikilemlerin ortaya çıkmasına neden olur. Örneğin hekimler, soykırımdan kaçanların, sağlanmakta olan hizmetleri soykırımı başlatanlardan daha çok hak ettiklerini düşünebilirler (Tobin 2005). Çeşitli işbirliği ve rekabet düzeylerinde aynı mekanı paylaşan farklı uluslardan farklı amaçlara ve yöntemlere sahip insani yardım kuruluşlarının hizmetleri parçalara ayırmasıyla bu tür ahlaki açmazlar daha da şiddetlenir. Böyle durumlarda ahlak kuralları için ortak bir anlayış olması mıdır? Ve bunları kim belirlemelidir?

5.10. Riskler ve Risklere Katlananlar

Frank Ackerman ve Lisa Heinzerling (2004), maliyet-kazanç analizine karşı görüşlerini anlatmak için bir anekdot kullanırlar. Kaliforniya'da okyanus sahilinde yürüyüş yapmakta olan iki yeni göçmene cep telefonu ile konuşan birinin kullandığı araba çarparak onların ölümüne neden olur. Yazarlar ölümlerin izini, Kaliforniya yasama organının sürücülerin cep telefonu ile konuşmalarını serbest bırakan kararına kadar sürmüşler ve bu kararın 'araba kullanırken cep telefonu ile konuşanların bunun karşılığını fazlasıyla ödediklerini (ölüm riskiyle karşılaşan birçok insanın ölme riskini önlemek için ödeyebileceğinden daha fazla) savunan araştırma bulgularından etkilendiğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlar gerçekte paranın ya da tazminatın el değiştirmediklerine dikkat çekerler. Ödemeye isteklilik testinin gerekçesi refahın olabildiğince çoğaltılmasıdır. Ancak riskten etkilenen için tazminat söz konusu değilse neden risk oluşturanların risk önleyicilerden daha fazla ödemeye istekli olması önemli oluyor? Yayaların yaşamlarının morgda sonlanması adil midir? Üstelik riskleri önlemek için ödeme yapma isteği tıpkı çoğunlukla sağlıktaki adil olmayan eşitsizlikler gibi ödeme gücü ile yakından bağlantılıdır. Bu analizlerde yapılan ahlak hesapları nüfusun sağlığını etkiler. Yazarların örneği tatmin edici mi yoksa bu analizlerin sağlıkla ilgili politik kararlara uygulanma biçiminin çarpıtılması mıdır? Ahlak hesapları ne gösterirse gösterebilir, bu savunulabilir mi? Eğer 'ödemeye razı olma testi'

riskle karşılaşmada etik olarak kabul edilemeyen bir standartsa bunun yerine ne konabilir? (Wolff, haz*).

5.11. Çevresel Hakkaniyet

Bazı insanlar toksik atıklar, kurşunlu boyalar içeren ortamlara ya da sel yataklarına uzak yaşamak için bir sürü ödeme yapmaya hazırdırlar. Daha çok insan aynı isteğe sahiptir ama onların bu ödemeleri yapacak paraları yoktur. Sonuçta hastalıklara daha çok maruz kalırlar. Bu durumda varlıklı insanlar iki kez avantajlıdır. Daha iyi eğitilmiş olmaları muhtemeldir; böylece zararların nereden nasıl geleceğini daha iyi bilirler, nasıl korunabileceklerini de. Sonuç olarak, çevresel sağlık zararlarına maruz kalma şansı tüm nüfus için aynı olmayacaktır. Zehirler firmalara yatırım yapanların kazançlarını artırmak için kirlilik kontrolü programlarını kısma kararları sonucunda ortaya çıkıyorsa haksızlık daha da büyüür. Bu eşitsizliklerin nedenini anlamak için yoksul olmanın kötülüğü dışında bir açıklama var mıdır? Yoksa ekonomik ve diğer eşitsizlikler söz konusu olduğunda bile sağlığa yönelik çevresel tehditlere karşı daha eşitlikçi bir bağımsızlık biçimini gerçekleştirmek için harekete geçmek için özel, belirgin ve kaçınılmaz bir neden var mı? Ekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerine olan etkilerinin özel bir ahlaki anlamı var mıdır? Varsa bunlar kamu politikalarını neden ve nasıl etkiler (O'Neill ve ark. 2003; Levy ve ark. 2006)?

5.12. Nüfuslar ve Genler

Yüz yıl önce ortaya atılan insan kalıtımının 'ıslah' edilmesi görüşü, öjenik harekete üşüen bilim insanlarını, yöneticileri ve sıradan insanları hareketlendirmişti (Paul 1995). Nazi barbarlığının öjeni ile birlikte canlanması, doğacak insanların niteliklerini etkilemeye çalışarak, toplum sağlığını ve refahını iyileştirme konusunda açık konuşmayı politik açıdan olanaksız hale getirdi. Ancak tarihteki pek çok

* ç.n. Wolff, J. Risk, Fear, Blame, Shame and the Regulation of Public Safety, Economics and Philosophy (2006) 22: 409-27.

öjenik programın ahlak dışı özellikleri ile birlikte ayrıştırılırsa bu amaç gerçekte etik olarak kabul edilmeyecek bir amaç mıdır (Buchanan ve ark. 2000)? Yeni geliştirilen üreme programları doğacak yavru için kimi seçimler sunuyor ve daha çok seçim yapabilmek de zaman içinde olabilecek. Geçmişte olan soyu yıkıcı ve cezalandırıcı etkileme görüşünü savunmak kimsenin istediği bir şey değil. Ancak hareketin olumlu yanları yok mu? Bu hareket, başka etiketler altında, genetik taramalar, testler ya da implantasyon öncesi genetik tanı gibi uygulamalarla bazı sağlık programlarında örtük olarak yer almıyor mu (Wikler 1999)? Öyleyse bunları dizginlemek mi gerekir? Ya da nüfus düzeyinde genetik sağlık amaçlandığında, bireylerin haklarını korumayı ön plana alarak, soyu koruma hareketlerinin tarihinden bir şeyler öğrenebilir miyiz (Wasserman ve ark. 2005)? Genetik ve ilgili bilimlerin bu hızlı gelişme çağında, düşsel korkularımızla savaşmayı bir yana bırakarak hangi amaçlar, değerler ve standartları ciddi olarak tartışmalıyız?

5.13. Sağlığı Koruma, Sivil Özgürlükleri Tehlikeye Atma

Geleneksel akıl, yakın zamana kadar bizi bulaşıcı hastalıkların yalnız yoksul ülkelerin insanları ya da oralara gidenleri tehdit ettiğine inandırdı. Ancak önce AIDS, sonradan SARS ortaya çıktı ve şimdilerde Kuş Gribi pandemisine kendimizi hazırlıyoruz. AIDS ve SARS pek çok ülkenin korunma programlarını test etti ve pek çok ülkenin kusurlu olduğunu belirledi (Sunstein 2005). Şimdi korunmayı savsaklayamayacağımızı daha iyi biliyoruz. Ancak yeterince hazırlıklı olunabilir mi (Sunstein 2005)? Bulaşıcı hastalık salgınlarına öncelik vermenin –yönetimsel, toplumsal, yasal, etik ve psikolojik– maliyeti nedir? Hong Kong sağlık otoriteleri, bugün yeni bir salgını önlemek için başka alanlardaki gereksinimlere ayrılan kaynakları aktardıkları için, SARS salgınının yan etkilerinden yakınıyor. Biyoterörizm korkusu ulusları daha da zorluyor. Kontrol edilemeyen bulaşıcı bir hastalık salgınında ödenecek ilk bedelin kişisel özgürlüklerimiz olması muhtemeldir. Beklenen bir panik halinde bu özgürlükler ne kadar güvenlidir ve ne kadar güvende olmaları gerekir (Gostin 2002a)? Sağlığı kontrol için hangi özveriler savunulabilir? Ve hangi özveriler sağlığı

korumak için değil halka güven vermek için gereklidir? Küba'nın HIV pozitif insanları gözlem altında tutarak yaptığı HIV yayılımını önleme programının başarısından başka ülkeler neler öğrenebilir (Bayer ve Heaton 1989; Shepher ve Hughes 1993)? Salgın tehdidi diğer tüm düşünceleri gölgede bırakır mı? Peki ya hiçbir zaman tehditten muaf olmayacağımız bir döneme girdiysek ne olacak? Zamanla sınırlı olan salgınlar için yalnız sınırlı bir süre bu özgürlükler askıya alınabilir. Ancak biyoterörizm yeryüzünde sürekli bir tehditse biyoterörizme karşı alınacak önlemler sivil özgürlüklerin kalıcı olarak aşınmasına mı neden olacak (Kellman 2001, Annas 2002)?

5.14. Küresel Yaşlanma

Gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde bu yüzyılın en belirgin demografik özelliği, nüfusun yaşlanmasıdır. Yaşlanan insanların daha çok sağlık hizmeti gereksinimleri vardır ve bu gidiş, sağlık sistemleri üzerinde yeni bir strese neden olacaktır (WHO 2002a). Nüfus piramidinin ters dönmesi ile bağımlı olan yaşlı insanlar için giderek azalmakta olan çalışma çağındaki daha genç nüfustan destek beklenmesi, toplumu dalgalar halinde etkileyecektir. Yaşlanan nüfus belirgin olarak arttıkça onların bakım maliyetleri, genç insanların hak ettikleri yaşam standartlarını düşürecek midir (WHO 2002b)? Eşitlikçilik yaş dengesizliğinin en çok olduğu ülkelerde yaşlı yurttaşların beklentilerinin sınırlamasını gerektirir mi? Yaş kuşakları arasında kaynaklar hakkaniyetle dağıtılmak istendiğinde bir standart olmalı mıdır, eğer varsa bu nasıl oluşturulmalı (Daniels 1998; WHO 2003)? Bu kaynaklara getirilen sınırlamalar ne zaman adil olmayan ayrımcılıkla sonuçlanır (Brock 1989)? Kaynakların farklı yaş grupları arasında nasıl dağıtılacağı, bu yüzyılda sağlık sektöründe adaletle ilgili temel bir soru olacaktır (Brock 1989).

5.15. Küresel Sağlıkta Hakkaniyet

Gelişmekte olan bir ülkede büyüyen bir çocukla zengin bir ülkede çocuk olma arasında gözlenen en büyük fark, ciddi hastalık deneyimleri ve ölümün her zaman var olan hayaletidir. En yoksul ülkelerin

en yoksul çoğunluğunu oluşturan her yaştan milyarlarca insan için hastalık yükü orantısız biçimde dağılmaktadır. Bu eşitsizliklerin hangileri hakkaniyete dayanmıyor (Temkin 1993, Lynch ve ark. 1998)? Bu neden böyle? Küresel sağlık eşitsizlikleri ancak adil olmayan bir nedene bağlıysa mı adil değildir; sömürgecilik ve emperyalizm, fiyatlarda haksızlık, kotalar, ticaretin diğer koşulları, dünya çapında gıda ve ilaç şirketlerinin tekelciliği, Büyük Güçlerin tetiklediği savaşların uzun süreli etkileri ne kadar önemli (Pogge 2002)? Sağlık alanındaki eşitsizliklerin ve ülkeler arasındaki uzun ömürlü olma konusundaki farklılıkların ne kadarı bu haksızlıklardan birine bağlı? Bu haksızlıkların neden olduğu sağlık eşitsizliklerini diğer ‘doğal’ haksızlıklardan ayırt edebilmemiz mümkün mü? Haksızlıklardan kaynaklanmıyor gibi görünüyorsa bile başka ahlaki zeminlerde bu eşitsizlikleri suçlamak mümkün müdür (Risse 2005)? Muazzam yoksulluğun çok sayıdaki etkisi bulunurken sağlıktaki eşitsizlikleri tek başına ele almanın bir nedeni var mıdır? Bu soruların yanıtları ne olursa olsun, bunlar neyi telafi edebilecek?

5.16. Ülke İçinde Sağlıkta Eşitsizlikler

Ulusal sınırlar içinde sağlıkta görülen eşitsizlikler pek çok insanın kavradığından daha fazladır. Bunlar sosyoekonomik durumla çok yakından ilgilidir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’ndeki en yoksul ve en fazla eşitsizliğin görüldüğü eyaletler ile en yüksek gelir düzeyi ve en az eşitsizlik görülen eyaletler arasındaki yaşam beklentisi farkı akciğer kanserinden ölüm, diyabet, motorlu taşıt kazaları, HIV/AIDS, intihar ve cinayetlerde görülen farklardan daha fazladır (Pappas ve ark. 1993; Murray ve ark. 1998). Birçoğumuz için bu eşitsizlikler, adaletsizliğin görülen ilk kanıtıdır, gerçekten de adaletsizliğin kendisidir. Ancak bu sezginin etik temeli nedir? Ülkeler arasındaki sağlık farklılıklarında olduğu gibi ülke içindeki sağlık eşitsizliklerinin tümünün haksızlıklara mı bağlı olduğunu sormalıyız ki pek çok sağlık politikaları literatürü böyle olduğunu varsayar (Marchand ve ark. 1998; Daniles ve ark. 2000b). Örneğin ülkelerin çoğunda kadınların erkeklerden daha uzun yaşaması haksızlık mıdır (Kekes 1997)? Eşitsizlik ne zaman hakkaniyetsizliğe dönüşür? Bu neden olur? Sağlıktaki eşitsizliklerin hangi örüntüleri ahlaki bir bakış açısına

göre en fazla itiraz edilebilir durumdadır ve sağlık durum ve beklenti dağılımındaki hangi değişiklikler bunları ortadan kaldırır? Sağlıkta eşitlikçi kaygılar bireyler mi yoksa gruplar arasındaki eşitsizliklere mi odaklanmalıdır ve eğer ikinci ise hangi gruplar arasında olmalı (Murray ve ark. 1999; Braveman ve ark. 2001; Asada ve Hedemann 2002; Gakidou ve King 2002)? Ekonomistlerin Gini katsayısı ya da Atkinson/Kolm ölçüsü (Atkinson 1970) gibi gelir eşitsizliklerini ölçme yöntemleri, sağlık alanı için bir uyarılama yapılmadan kullanılmalı mıdır, eğer uygulanacaksa hangisi etik kaygılarla daha ilişkilidir (Lecluyese ve Cleemput 2005; Low ve Low 2006)? Ve açıkça, sağlık eşitsizliklerinin itiraz edilen özelliği nedir - uçurumun kendisi mi yoksa yoksulların kötü sağlığı mı (Marchand ve Wikler 2002)? Daha maliyet etkili sonuçlar alındığı halde, sağlık durumu daha iyi olan insanlara yönelik sağlık girişimlerine daha mı az öncelik vermeliyiz? Sağlığı en yüksek düzeye çıkarmak ve eşitsizlikleri gidermek amaçları arasında nasıl bir denge kurabiliriz?

5.17. Nüfusun Sağlığının Toplumsal Belirleyicileri

Onlarca yıldır sürekli gelişen araştırma birikimi ile eğitim düzeyi, okuryazarlık, sosyoekonomik farklılıklar, toplumda var olan destek ve kontrol sistemleri ile ulaşım, konut, işsizlik konusundaki sosyal politikaların ve benzeri toplumsal koşulların nüfusun sağlığı ve sağlıktaki eşitsizlikleri derinden etkilediği gösterilmiştir. (Marmot 2004). Gerçekten de geleneksel halk sağlığı önlemleri arasında bulunan, temiz içme suyu sağlanması ve bağışıklama programları gibi girişimlerin yanı sıra yukarıda söz konusu edilenlerin sağlığa ve sağlıktaki eşitsizliklere olan etkisi, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerden daha fazladır. Adalet kuramı ile ilgili geleneksel felsefi birikim, bu sosyal belirleyicilere dikkat çekerken sağlık üzerine olan etkilerini yeterince vurgulamamıştır. Bu alanların sağlığı nasıl etkilediği konusundaki yeni anlayışımız ışığında, sağlık dışı alanları vurgulayan adalet kuramlarının –hepsinin– ne dereceye kadar gözden geçirilmesi gerekir? Bu yenilenme yapılmalıysa nasıl olmalıdır? Her birinin sağlığa etkisi farklı olan eğitim, ulaşım, konut gibi farklı alanlardaki sosyal politikaların ağırlıkları ne olmalıdır? Bugünlerde yaygın biçimde çev-

re konusunda zorunlu olduğu gibi bu alanlardaki politikaların sağlık etkilerinin ölçülmesi zorunlu olmalı mıdır (Levy ve ark. 2006)?

5.18. Bir Nüfus Bakış Açısının Uygulama Sonuçları

Birleşik Krallık'dan epidemiyolog Geoffrey Ross, 'tıbbi' ve 'nüfus' yaklaşımlarını, hipertansiyon ve nüfusun sağlığının temel belirleyicileri olan diğer risk faktörleri bağlamında karşılaştırmıştır (Rose 1985). Tıbbi yaklaşımda strateji, yüksek risk taşıyan bireyleri belirlemek ve onları tedavi ederek neden olabilecekleri sağlık sorunlarının kökünü kazımadır. Nüfus yaklaşımında ise birey dışı ve tıp dışı girişimler aracılığıyla nüfusun bütününe yönelik risklerin azaltılması hedeflenir. Örneğin tıbbi yaklaşımda ciddi vakalara ilaç tedavisi uygulanırken nüfus yaklaşımında çalışmalar, gıda hazırlamada kullanılan tuz miktarının azaltılarak herkesin hipertansiyon riskinin düşürülmesi ve hipertansiyona bağlı olabilecek ölümlerin azaltılmasına yoğunlaşır. Ancak bu iki farklı yaklaşım birbirini tamamlıyor gibi görünse de bunlar eşit ilgi görmezler ya da eşit kaynaktan yararlanamazlar. Aralarında yapılacak seçim maliyet etkililik incelemesine göre mi yapılmalı ya da başka ahlaki özellikler mi gözetilmeli? Bireylerin kendilerinin hangi risk faktöründen korunmalarının uygun olacağını belirlemeleri ve bu risklerden korunmayı serbest seçimlerine bırakan tıbbi yaklaşım daha mı saygındır? Yoksa kendi sağlık gereksinimlerinin bile farkında olmayan, sağlık bakımı alma olanağı olmayanlar için bile etkili olabilen nüfus yaklaşımı mı daha eşitlikçidir? Nüfus yaklaşımında, bazı insanların belirgin biçimde risk altında olmadıkları halde, kimi girişimlere uymaları gerekebilir. Bunlar itirazlara neden olur mu? Nüfus yaklaşımı, herkese yönelik riskleri eşit biçimde azaltmaya çalışarak yararların topluma daha eşitlikçi biçimde dağıtılmasını mı sağlamış oluyor? Hangisi günlük yaşamı daha çok tıbbileştirir ve eğer öyleyse bu bizi neden düşündürüyor? Özgün sağlık risklerinde tıbbi yaklaşım ile nüfus yaklaşımının değerlerinin görece olarak ne olacağını hangi kaygılar belirlemelidir?

5.19. Araştırma Etiği ve Toplumsal Adalet

Gelişmekte olan ülkeler, yeni ilaç ve tedavilerin geliştirilmesi için bilim insanlarına ve ilaç firmalarına pek çok avantajlar sunar. Bu ülkelerde araştırmaya katılan insanların araştırma sonuçlarını etkileyecek başka ilaçlar kullanmaları zayıf olasılıktır. Yüksek insidanslı pek çok hastalık hastane kapılarına yeterli miktarda potansiyel araştırma katılımcılarını getirir, bu nedenle araştırmalar hızla yapılabilir. Maliyetler sıklıkla düşüktür ve kurallar daha gevşektir. Araştırma destekçileri ve uygulayıcıları için geçerli olan bu avantajlar, ev sahibi ülke nüfusundaki savunmasızlıkları yansıtır. Gelişmekte olan ülkelerde, bilim insanları (ve araştırma destekçileri) ile katılımcılar arasında yapılacak sözleşmelerde ne tür ahlak kuralları geçerli olmalıdır (Brock ve Wikler 2006)? Ülkeye gelecek turistlere birkaç günlük bağışıklık sağlayacak sıtma aşısı gibi, yerel nüfusa bir yararı olmayacak ürünlerin test edilmesine izin verilebilir mi? Ev sahibi ülkelere sağlık hizmetlerinin alt yapısını güçlendirmek gibi yararların sağlanması, tıbbi yararın olmamasını telafi eder mi? Katılımcılara ve kontrol grubu olan insanlara, hangi standartlarda hizmet sunulmalı? Özellikle, kanıtlanmış etkin başka tedavilerin bulunduğu durumlarda, kontrol grubuna bu ilaçlar piyasada bulunmasa ya da çok pahalı olsalar da verilmeli mi; plasebo kontrol ya da en iyi tedavinin alternatifleri kullanılmalı mı? Gelişmekte olan ülkelerdeki katılımcıların seçimi uygun olarak nasıl yapılmalı? Araştırmanın yapıldığı ülkelerde destekçinin katılımcılara ya da toplumun geneline yönelik olarak araştırmalarda etkinliği kanıtlanmış tedavilere ulaşım sağlaması doğrultusunda bir borcu var mıdır, eğer varsa süresi ne kadardır? Toplumla karşı başka sorumluluklar da yüklenmişler midir? Bu çizgilerin ötesinde zorlayıcı koşullar ileri sürülür ve gelişmekte olan ülkeler sonucunda destekleyici kuruluşlara daha az cazip gelmeye başlarsa kaybeden kim olur? Bu durumun gerçekleşmesi mümkün mü?

5.20. Sağlık Sistemleri Reformu

AIDS salgınına kadar dünya genelindeki sağlık sistemleri yaşam süresinin önemli ölçüde uzamasına katkıda bulunmuşlarsa da kendilerinden beklenenleri yerine getirme konusunda yetersiz kalmışlardır.

AIDS ve tedavi bekleyen diğer akut hastalıklar arttığı halde gelişmekte olan pek çok ülkede, mali kaynaklar ve eğitilmiş sağlık çalışanlarının eksikliği yanı sıra yönetim sorunları sağlık sistemlerinin bocalamasına neden oldu. Devletin katkısını artırmadan, sağlık sistemlerinin yapısı, finansmanı ve yönetiminde yapılacak değişikliklerle daha fazla ya da daha eşitlikçi hizmet sağlanması mümkün olabilirdi. Ayrıca eşi benzeri görülmemiş bir deneyim çağında yaşamaktaydık. Ancak adı 'reform' olsa da değişikliklerin hepsi gelişme değildir. Sağlık sistemi reformlarına adil olmaları (ya da adil kalmaları) doğrultusunda kılavuzluk edecek kurallar var mıdır? Sağlık sistemi reformuna toplum katılımı, şeffaflık ve şikayet mekanizmasının varlığı benzeri süreç zorunlulukları getirilebilir miyiz (Daniels ve ark. 1996)? Toplumsal cinsiyet ve etnik ayrımcılığı azaltacak, yoksullara ve savunmasız, incinebilir bireyler ve gruplara hizmet sunmak için özel olarak düşünülmesi gereken geçerli kuralların da belirlenmesi gerekir mi (Mackenbach 2004)? Hangi sağlık sistemi reform çabaları olumlu ve olumsuz modeller olarak görülmelidir? Bugün dünyada yaygın olarak sağlık sistemlerinde farklı biçimlerde yer alan özelleştirmenin olumlu ve olumsuz etkileri nelerdir?

5.21. Sonuç

Bu bölümde kısaca ele alınan nüfus düzeyinde etik konuların birey, yurttaş, insan olarak, bizim için çok önemli olduğunu söylemek zorlama olur. Biyoetik üzerine yıllardır yapılan tartışmalardan sonra, bu soruların ancak bir kısmının tartışılmasına başlanmıştır. En kapsamlı ve etkileyici etik sorular neden en geç sorulur? Buna yanıt, geniş anlamda, tarihseldir. Biyoetiğin kaynaklarından biri sağlık profesyonellerinin meslek davranış kuralları, diğeri 1960'lar ve sonrasındaki hasta hakları hareketidir. Bu iki kaynak, bireysel olarak hekimlerin ve hastaların deneyimlerine gönderme yapar. Nüfus düzeyinde biyoetik bu aşamada genellikle gözle görülmez. Sürece katılan meslek grupları arasında konuya ilgi açısından benzer bir farklılık vardır. Sağlık profesyonelleri başlangıçta hastalarına ve savunucularına yönelik etik tartışmaları gönülsüzce başlatmış olsalar bile bu tartışmalar, mesleki sınırları aşmış herkes tarafından ilgi duyulan konular haline gelmiştir. Nüfusun sağlığı alanında çalışan ekonomistler, demograflar ve

epidemiologlar çalışmalarında bilimsel konulara vurgu yapmışlarsa da daha önce vurguladığımız gibi acil etik sorulara genellikle bu anlamda bir vurgu yapılmaz. Zaten karşılaştıkları etik ikilemler hakkında biyoetikçilerle tartışmaya girmeye alışık değillerdir; aslında çok az sayıda biyoetikçi de bu tür istekleri karşılamaya hazırdır.

Ancak bütün bunlar tarihtir ve tarih olmalıdır. Durum ortadadır. Az da olsa hatırı sayılır bir literatür birikimi oluşturulmuştur. Çok az yerde olsa da biyoetik eğitim programlarında nüfus düzeyindeki konulara yer verilmeye hatta bu konular önemle vurgulanmaya başlanmıştır. Artan sayıda bilim insanı, yönetici, görevli ve nüfus sağlığı ile ilgili diğerleri bu tartışmalara önemli katkılar yapmaktadır. Aralarından bazıları etikçi olmaya bile hevesli olabilir.

Yinelemek gerekirse bu bölümün amacı, klinik biyoetiğin geleneksel odağını bütünleyecek olan nüfus düzeyinde biyoetik için bir araştırma gündemi tasarlamaktır. Klinik biyoetik; sağlık çalışanları, hasta ya da yurttaşlar olarak hepimiz için önemlidir. Ancak nüfus düzeyinde konular daha az önemli değildir, birey olarak yaşantımızdaki etkileri sıklıkla görünmez ama derindir. Ayrıca doktor ve hastalara klinikte hangi seçeneklerin olduğunu belirlemelerine de yardım eder. Biyoetik alanının nüfus düzeyinde genişlemesi görece bir ilgisizlik sürecinden sonra, insanlık için yaşamsal önem taşıyan konularla ilgilenerken geleneksel alanı aydınlatacaktır.

6

Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Aşısı ve Otizm Tartışmasında Anne Babanın Seçimi ve Uzman Bilgisi

Tom Sorell

Demokrasilerde, halk görüşü ile uzman görüşü arasındaki uyumsuzluklara ahlaki ve politik bedeller ödetilebilir. Sıradan izleyicilerin hoşlanmadığı bir ‘sanat eseri’ne kamu kaynaklarından milyonlar harcanıldığında, halkın uzman estetik görüşüne yabancılaşması bir bedeldir; ‘sanat eseri’ para kaybı olarak görüldüğünde bile estetik zevkin değişiklik gösterebileceği ve rağbet görmeseler bile farklı sanat ürünlerinin sergilenmesi gerektiği halkın geneli tarafından kabul görür. Bu tür yeni eserlerin, halk üzerinde kötü etkilere neden olmak yerine, estetik zevki arttırdığı da yaygın olarak kabul edilir. Başka bir önemli durum ise uzman görüşünün, halkın ya da halkın bir bölümünün direnmesine karşın zorlayıcı bir politikayı desteklemesidir. Özellikle politika halkın iyiliği öne sürülerek başlatılıyorsa bu direnç, halkın iyiliğine halkın kendisinden başka kimin daha iyi karar verebileceği sorusunu beraberinde getirir. Paternalist ya da relativist yaklaşım takınmadan bu soru ile yüzleşmek güçtür. Ben, zorlayıcı politika anlaşılır bir tıbbi uzlaşma ile desteklenmiş ve karşı çıkanların iddiaları

ışığında yeniden gözden geçirilmişse halkın, uzman görüşüne uymasının bir ahlaki yükümlülük olduğunu ileri süreceğim. Görüşümü, Birleşik Krallık'da kızamık/kabakulak/kızamıkçık (KKK) aşısının güvenliği üzerine süren tartışma üzerinden geliştireceğim. KKK aşısı, çocuklara bir ve dört yaşlarında iki kez yapılmaktadır. Bu aşı ülkede ilk kez 1988 yılında uygulanmaya başlanmıştır, bu tarihten önce üç hastalığın her biri için ayrı aşı yapılmaktaydı.

6.1. Wakefield Makalesinden Sonra KKK Aşılması

Londra Kraliyet (Royal Free Hospital) Hastanesinde gastroenteroloji konsültan hekimi olan Andrew Wakefield, 1998 yılında *Lancet* dergisinde meslektaşları ile birlikte yayımladığı bir araştırma makalesinde erken yaş çocuklarda KKK aşısı ile, bağırsak hastalığı yanı sıra otizm görülmesi arasında bir bağlantı olduğunu ileri sürdü (Wakefield ve ark. 1998). Bu iddianın yaygınlaşması, Birleşik Krallık'da KKK aşısı uygulamasının azalmasına ve anne babaların bir bölümünün kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşısının ayrı yapılmasına yönelik isteklerinin artmasına yol açtı. Çocuklarına aşının zarar vermiş olabileceğine inanan anne babalardan oluşan bir baskı grubu (JABS), üçlü aşıya karşı gösteriler içeren eylemler yapmaya başladılar.¹ Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Services - NHS), aşı politikasında değişiklik yapmama konusunda direndi. Bu durum, karma KKK aşısı uygulamasının azalmasına, kızamık insidansının artmasına yol açtı. Örneğin İskoçya'da, 2006 yılı da dahil olmak üzere, kızamık ve kabakulak vakaları dikkate değer sayıda yükseldi.²

Son yıllarda, Wakefield'in 1998'deki makalesini birlikte yazdığı yazarların bazıları, araştırmanın bulgularını reddetmeye başladı. *Lancet* de aynısını yaptı. 1998'den bu yana, bulguları bilimsel olarak yeniden inceleyen ve çoğu Wakefield'le aynı görüşte olmayan birçok

¹ JABS: Justice Awareness and Basic Support. (Temel Destek ve Adalet Bilinci) Bakınız: <http://www.jabs.org.uk>

² Bakınız <http://news.scotsman.com/scotland.cfm?id=2305852005> (Erişim T: 28 Mart 2006)

araştırma yapıldı (Institute of Medicine 2004). Wakefield ise kendi bulgularına sadık kalmayı sürdürdü.³

KKK anlaşmazlığından kaynaklanan en belirgin soru, ‘Kim doğru?’ sorusudur. Aşı, bağırsak hastalığı ya da otizm riskini artırıyor mu, artırmıyor mu? Bu soruya sadece konuyla ilgili tıbbi uzmanlar yanıt verecek konumdadır ve tümü aynı görüşte değildir. Yine de Wakefield’in savlarının kuşkulu olmasının ve KKK aşısını sürdürme gereğinin yaratmış olduğu etkiler nedeniyle, uzmanlar arasında belirgin bir düşünce birliği vardır. Güvenirliği hükümetçe kanıtlanamayan KKK aşısının, Wakefield ve JABS baskı grubunun savları doğrultusunda, geri çekilmesi ya da tek yapılan aşılarla değiştirilmesi gerekmiyor muydu? Bu konu, demokrasilerde popüler görüş ile uzman görüşü arasında bir uyumsuzluk olduğu zaman ortaya çıkan durumlardan biridir. Ben, yerleşik politikada değişiklik yapılması gerektiğini gösterme konusunda kanıtlama yükümlülüğünün, Wakefield ve onu destekleyenlerin sorumluluğunda olduğunu iddia edeceğim. Wakefield’in çalışmasının hakemli değerlendirme süreci, bilim insanlarının bulgular üzerinde genel bir uzlaşmaya varmasını sağlayamamıştır. Tersine kuşkuculuk daha da olağan bir tepki olmuştur. Birleşik Krallık’da halk sağlığı kurumlarının, eldeki kanıtları dengeleyerek aşı politikasında bir değişikliğe karşı durmaları, bu nedenle akla yatkın denebilir. Aslında akla yatkın olmanın da ötesinde, Wakefield hipotezine ilk bakışta ‘*prima facie*’ destek sağlayan Birleşik Krallık’daki vakaları takip etme zahmetine katlanmışlardır. Bu vakaların çoğu, KKK aşısı söz konusu edilmeden de çeşitli biçimlerde açıklanabilecek türden vakalardı.

Wakefield ve onu destekleyenlerin sağladığı kanıt, her ne kadar açıklamaya muhtaç olsa da, KKK’nin tehlikelerinin yararlarından daha ağır bastığını göstermeye yetmez. Aşuları ayırıp eski hale dönmenin daha yararlı olacağı da gösterilemiyorsa tüm bunlar göz önüne alınarak üçlü aşı sürdürülebilir. KKK aşısının bağımsız tıbbi nedenlerden dolayı tekli aşıdan daha az nitelikli olması dışında *anne babaların* tekli aşıyı yeğlemeleri olgusunun özel bir değeri yoktur. KKK vakasında, anne baba görüşünün konu ile ilgisinin, genel olarak kamunun görüşünden daha fazla olmadığını ileri süreceğim. Bizim için

³ Editöre, Wakefield ve diğer yazarlara yapılmış çeşitli yorumlar. Bakınız: Lancet (2004)363:820-4.

önemli olan, KKK aşısının gerçek etkileridir; bunlar kamunun görüşü ya da kamuoyu ile kararlaştırılacak şeyler değildir. Anne babaların ve halkın çoğu tarafından uygulanması gereken budur. Çocuklarının sağlığı hakkında hem yasal hem de ahlaki olarak anne babaların sorumlu olduğu bir gerçektir. Fakat bu gerçek, uzman görüşüne saygı duymaksızın sorumluluklarını daima yerine getirebilecekleri anlamına gelmez. KKK vakasında ise, özellikle uzmanların KKK ile çocukluk çağı hastalıkları arasındaki bağ konusunda sıradan ipuçlarını bile araştırma konusunda sorunları olduğunda, bu saygı yürürlüktedir.

6.2. Anne Babalara ve Hastalara Saygı

2001 Temmuz ayında Bournemounth'daki Birleşik Krallık Tıp Birliğinin yıllık konferansındaki tartışmanın zemini, KKK ile gündeme gelen sorunların olumlu bir biçimde ele alınmasına olanak tanımıyordu. Var olan tek aşılardan NHS tarafından sağlanmasını öngören bir öneri oylamaya sunuldu. Bu önerinin karşıtları, tek aşılardan üçlü aşı kadar etkili olmadığını, insanların çocuklarına ayrı aşı yaptırmalarına izin vermenin bağışıklama hızını azaltacağını, üstelik Birleşik Krallık'ta Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği düzeylerden düşük olan bağışıklama düzeyinin daha da aşağıya düşeceğini ileri sürdüler.⁴

Bu öneri karşı konulamaz bir şekilde bozguna uğradı. 'Bu, hekim olarak bir anne babaya ya da hastaya göstereceğim saygı ile ilgilidir. KKK ile ilgili kanıtlar çok karışıktır. Düşünüyorum ki anne babaların tutumlarına saygı göstermemek, insanlara bir seçim yapma hakkı vermemektir - onları seçimden uzaklaştırmaktır.' ifadesi, hareketin destekçilerinden biri olan Cardiff Wales Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünde kıdemli öğretim görevlisi Dr. Ian Robbe'nin konuşmasından alıntıdır.⁵ Robbe'un savı, kabul etmeyi özendiren ve yanlış olduğunu düşündüğüm çeşitli görüşleri bir araya getirmiştir. Bu konu, kesinlikle saygı ile ilgili *değildir*. Konu KKK'nin etkilerinin kanıtları ve farklı bir aşı şeması uygulandığında gündeme gelecek risklerle ilgilidir. Elinden gelenler etkiler ve riskler hakkında konuşabilirler.

⁴ http://news.bbc.co.uk/1/hi/in_depth/health/2001/bma_conference/1424527.stm (Erişim T: 28 Mart 2006)

⁵ agy

Olasılıkla Robbe da konuşacaktır. Kanımca o, aşılarda tek başına yapılması görüşünü kabul eden bir uzmandır. Ne var ki bilimsel zeminde bu politikaya karşı çıkanlar, Robbe'a saygısızlık göstermiyor, bilimsel zeminde anne babalara karşı çıkanlar da anne babalara saygısız değiller. Uzmanlar, bilimsel olmayan bir zeminde, örneğin bu anne babalar tarafından büyütülen çocukların davranışlarından hoşlanmamaları ve anne babaları küçümsemeleri biçiminde anne babalara karşı çıkıyor *olsalardı* saygısızlık ediyor olacaktı. Sadece aynı düşüncede olmamakla saygısızlık göstermiş olmazlar. KKK tartışmasında uzman olmayan görüşle uzman görüşünü ayırmak da saygısızlık değildir. Son olarak bu olayda, uzman görüşünün uzman olmayan görüşe göre daha ağırlık taşıdığını varsaymakla da saygısızlık gösterilmiş değildir. Bu konuyu daha sonra genişleteceğim.

Bana göre Robbe, KKK sorununu hasta-hekim ilişkisine taşıyarak yanlış yapmış, KKK'nin halk sağlığı yönünü ihmal etmiş ve aşılama konusunda karar verenlerin dışında başka insanların da - çocukların- etkilendiği gerçeğini görmezlikten gelmiştir. Standart hasta-hekim ilişkisinden başlayalım. Eğer erişkin bir hasta ile bir hekim arasında hastanın sağlığı hakkında düşünce ayrılığı varsa, hastanın seçeneklerinden biri nesnel bir şekilde yararına olabilecek tavsiyeleri göz ardı etmek olsa bile, seçim hakkının hastada olduğu birçok insan tarafından söylenebilir. Seçim hakkını hastaya bırakmamak, özerkliğini yadsımak anlamına gelecektir. Ve özerkliğe önem verilmesi ile birlikte ister istemez, sağlığın gelişmesi seçim sürecinde arzu edilebilecek şeylerden sadece biri olarak görülecek ve hastanın değerler sistemindeki diğer istekler onu bastıracaktır. Yinelerseniz, hasta, özerk bir şekilde, sağlık açısından tavsiye edilmeyen bir karar alırsa sonuçlarına da katlanır. Bu, onun sağlığı ve onun yaşamıdır; kendisi için tıbbi olarak sakıncaları olan bir karar alması, en azından pek çok durumda başkalarına zarar vermeyecektir. Kuşkusuz gerekli tıbbi uyarıları görmezden gelme kararı veren erişkinleri kapsayan bazı durumlarda, halkın sağlığı da etkilenmiş olabilir. Ama Robbe, seçimi reddetmenin bir saygısızlık biçimi olduğunu söylerken belirgin bir şekilde bu olaylarla ilgili olarak düşünmüyor. Eğer bulaşıcı bir hastalığa yakalandığı saptanan özerk bir yetişkin, kendisine önerilen tedaviyi ya da başkalarıyla temas etmeyi sınırlama doğrultusunda adım atmamayı reddederse, onunla halk sağlığı zemininde tartışmak ve onun başkalarına bulaştırma seçimini reddetmek hastaya saygısızlık

değildir.⁶ Diğerlerine bulaştırmayı seçmek, hastaya saygı görevi kapsamında korunması gereken seçimler arasında değildir. Ne de anne babalar çocuklarına yapılacak tıbbi tedaviler hakkında kararlar aldığı anda, bu seçimin onlara saygı görevi kapsamında korunması gerektiğinden söz edilebilir. KKK olgusunda, aşılama vazgeçmek ya da tek aşılama yaptırmada anne babaların kararı, başka herkesin bağışıklık durumunu etkileyebilecektir. Bu nedenle, bu kötü kararın sonuçlarını üstlenen anne babalar aslında asla yalnız değildirler.⁷ Anne babaların kızamık, kabakulak ve kızamıkçık hastalığına karşı çocuklarını aşılatma sorumluluğu vardır⁸, ancak aşıların güvenliğinin kuşkulu görüldüğü bir atmosferde böyle davranmak için isteksiz olmaları doğaldır. KKK dışındaki diğer vakalarda anne babaların gönülsüzlüğünün niçin daha dikkate değer olabileceğinin bir nedeni, ebeveynlerin genellikle çocuklarını sevmeleri ve çocuklarının çıkarlarına tıp yetkilileri de dahil olmak üzere herkesten daha çok önem verecek olmalarıdır. Bu nedenle anne babanın tedavi hakkındaki görüşleri önemlidir ve çocukların katılmadığı seçimlerde anne babanın görüşünün alınması çocukların sözlerinin azami ölçüde geçerli olmasıyla eşdeğer tutulur. Fakat anne babaların, çocuklarını sevdiği için çocuklarının doğal sözcüsü olmaları gerçeği KKK olgusunda kolaylıkla yanlış yorumlanabilmiştir.

Anne babalar çocuklarını sevdiği için, büyük olasılıkla, çocuklarına bilerek zarar vermeyecekler ve etkin şekilde çocuklarına yardım edeceklerdir. Ama bir çocuğa bilmeyerek zarar vermek, ilgili

⁶ Tıbbi uyarıların göz ardı edilmesinin tıbbi etkileri, ağırlıklı olarak hastayı etkilediği vakalarda bile hekim ve sağlık hizmetine yönelik farklı kötü etkiler olabilir. Bu etkilerin bazılarının sorumluluğunu almasını bir hastaya sormak saygısızlık değildir. Aksine yapmamak paternalistik bir tutumdur. Bu konuyla ilgili daha fazla bilgi için Draper ve Sorell (2002)'e bakınız.

⁷ Ne kadar çok kişinin risk altında olabileceği, aşı planından ne kadar çok kişinin kaçtığına bağlıdır. Aşıdan kaçınanların az miktarda olduğu bir nüfusta, bir kimsenin çocuğunu aşılatmamasının sonuçları önemli olmayabilir ancak bu yöntemle risk önlemeye çalışmak, diğer anne babaların seçimleri üzerinden bedavacılık yapmakla bağlantılıdır.

⁸ Bu görevin dayanağı karmaşıktır. Çocuklarını diğer insanların kızamık, kabakulak, kızamıkçık hastalığından koruma ve diğer insanların enfeksiyon kaynaklarını sınırlama doğrultusundaki görevlerinden kaynaklanır. Bir bağışıklama programı içerisinde aşı olmak her iki görevi de karşılar.

herhangi bir konuda bilgi eksikliğinden dolayı farkında olmadan zarar vermekle bir arada olabilir. Benzer biçimde, birinin kendi çocuğuna etkin şekilde yardım etmesi, sadece o kişinin yeterlilik sınırlarına bağlı olarak başarı ile sonuçlanır. Eğer matematikte berbatınız, o zaman, matematik ev ödevlerinde çocuklarınıza nasıl özenle yardım etmeye çalıştığının önemi yoktur ve bu yardımın onlara herhangi bir yararı olmayacaktır. Kısacası, çocuklarının yararını ilk sıraya koysalar bile, çocukların gereksindiği her şeyin anne babalar tarafından karşılanabildiği doğru değildir. Kısmen uzman bilgisine bağlı bir iş bölümü vardır. Anne babalar, çocuklarının sağlığını doktorlara emanet ederler ve genellikle çocuklarını kendileri eğitmezler. Anne babalar çocukları seyahat edecekse, çocuklarının yaşamını sıklıkla araba sürücülerinin, otobüs sürücülerinin ve hava yolu pilotlarının ellerine teslim ederler. Bağımsız yetkili makamlar, bu insanları işin ehli olduğu yönünde belgelendirir. Eğer herhangi bir anne baba, çocuklarının eğitimini, hekimliğini, rehberliğini düzenli olarak devralmaya karar vermişse çocukların iyiliğini tehlikeye atmış olurdu. Bir baskı grubu ya da bireysel olarak anne babalar, tek aşılardan üçlü aşı kadar iyi olduğuna karar verdiği zaman, her durumda, hekimlerden hekimlik yapma rollerini de tamamen üstlenirler. Nasıl iyi bir inşaat ustası çağırabilme olanakları olduğunda evlerinin onarımında kendi becerilerine güvenmemeleri gerekiyorsa, tıp eğitimi almamış olmaları nedeniyle, hekim rolünü de üstlenmemeleri gerekir. Evlerini herkesten çok sevmeleri, evde bir şeyi onarmak için usta olmaları anlamına gelmez, çocuklarını herkesten çok sevmeleri de her zaman en iyi tıbbi tedavi kararını onların verecekleri anlamına gelmediği gibi.

Kuşkusuz, KKK aşısı olayı ile belirli bir tedavi hakkında tıbbi bir düşünce birliği bulunmayan olaylar arasında fark vardır. Bir anne baba, mümkün olabilecek en iyi biçimde bilgi sahibi olduğunda ve bu bilgi doğrultusunda davrandığında çocuğunun sağlığı ile ilgili sorumluluklarını yerine getirebilir. Ancak kimi zaman tıbbi görüş kendi içinde bölündüğü için, en iyi bilgi bile net bir seçim için yeterli olmayabilir. Bununla birlikte, KKK olayında durumun böyle olduğu söylenemez. KKK aşısı, tıbbi umursamazlığın çok yaygın olduğu ülkeleri olduğu kadar az da olsa gelişigüzel olarak risk alınmayan ülkeleri de kapsayacak biçimde bütün dünyada kullanılmaktadır. Muhalifler arasında bile insanların çoğunun, KKK aşıları dahil, aşı olduğunda hastalık etkisi hissetmediği yönünde yaygın bir kabul

vardır. Dolayısıyla KKK'nin güvenli olduğu sonucuna doğru yavaş yavaş yönelmekte olan eşit biçimde dengelenmiş bir anlaşmazlıkla karşı karşıya değiliz. Aksine KKK'ye *karşı* olan kanıtlar her zaman hafife alınmıştır. Aslında Wakefield'in 1998'deki makalesindeki KKK eleştirisi, sözde sonuçları rapor ediyor gibi görünen magazin gazetelerinden daha ikirciklidir.⁹

Anne babaların sansasyonel gazeteler tarafından yaratılan korkuya yenik düşmeleri bağışlanabilir. Ama çocuklarını KKK ile aşılattırmamanın çocuklar için güvenli olduğu düşüncesi, bu durumun sadece kendi çocuklarının sağlığı ile ilgili olmaması ve aşıların etkinliğinin özellikle çok geniş bir katılıma bağlı olması nedeniyle, konu ile ilgili geçerli tek ahlaki çıkarım değildir. Tartışmasız bir biçimde KKK tarafında yer almasının hükümete sorun yaratmış olması olgusu ile birlikte düşünüldüğünde, genel pratisyenler bu mesajı ezici bir çoğunlukla destekledi. Ayrıca KKK ile ilgili gerçek kuşkuvar oldukça temkinli bir biçimde ileri sürüldü. Bu nedenlerle, büyük bir olasılıkla, JABS, Wakefield ya da gazetelere daha fazla güven duyma konusunda kimsenin sorumluluğu azalmayacaktır.

6.3. Anne Baba Seçimi, Gerçekçilik ve Uzmana Saygı

KKK ve diğer aşıların güvenliği hakkında tıbbi bir düşünce birliği olsa da, bunun sadece kurumsal tıbbın uygulayıcıları arasında bir düşünce birliği olduğunu söyleyenler çıkacaktır. İyilik hakkında bir hasta olarak geleneklere aykırı görüşlere sahip olmak mümkündür; belki de bu kişiler çocuklarına aşı yapılması kararına katılmada önem verilmeyi hak etmektedir. Bu görüş, Amerika'da bütünsel tıbbi yaklaşımı öne çıkaran bir internet sitesi olan "Sağlıklı Çocuk Hattı"

⁹ Londra Bilim Müzesi KKK üzerindeki bilimsel uyuşmazlığın ve tartışmanın seyrinin ulaşılabilir özetini çok iyi bir şekilde halkın kullanımı için bir araya getirmiştir. bkz: <http://sciencemuseum.org.uk/antenna/mmr/cip2/index.asp> (Erişim tarihi: 28 Mart 2006). Hem Bilim Müzesi hem de konu edilen makale, bu tartışmanın önemli bir görünümünü oluşturan popüler basın KKK hakkındaki korkutucu kıskırtmadaki rolünü dışarıda tutmuştur.

(Healthy Child Online) tarafından geliştirilen düşünce çizgisidir. Bu kaynaktaki aşılara yönelik bir web sayfasında, aşağıdaki açıklamalar vardır:

Herkes için Evrensel Aşı?

İçerdiği riskler göz önüne alındığında her çocuk için aşıları zorunlu kılmak akla uygun mudur? Halk sağlığının hastalıkları ortadan kaldırma stratejileri, bireylere yönelik riskleri göz önüne almaksızın herkes için evrensel aşıları içerir. Bir nüfustaki hastalıkları eradike etme hedefine ulaşmak için bazı çocuklar feda edilmelidir. Onlar bize hastalıklara karşı aşı yaptırmazsak daha fazla yaşamın hastalıktan dolayı kaybedileceğini söylerler. Fakat bu ifade ileri teknoloji ürünü tıbbın günümüz gerçekliğinde, emzirme immüno­lojisi hakkında bilgi sahibi olduğumuz, etkin sağlık önlemlerinin alındığı bir toplumda gerçekten doğru mudur?

Biz her hastalığı yeryüzünden yok edemeyiz. Çocuklarımızın duyarlı, gelişen bedenlerine çok sayıda toksin enjekte etmek yerine, antibiyotiklerin yaygın ve uygunsuz kullanımı ile artarak ortaya çıkan farklı sayıdaki antibiyotiklere dirençli ‘azgın’ bakterilerle mücadele etmesi için immün sistemini *güçlendirmeye* odaklanmak daha akla uygun olabilir. Anne sütü kullanırsak, iyi beslersek, şifalı otlar, doğal tedaviler, homeopati ve immün sistemi destekleyen diğer yöntemlerle çocuklarımızın immün sistemini güçlü tutarsak neden onların vücutlarına yabancı materyal ve toksin vermek isteyelim, özellikle de güvenli oldukları konusunda uzun erimli yapılmış araştırmalar yoksa? Çok sayıda anne baba, çocuklarının sağlığı ve iyiliği ile ilgili temel inanışlarına ters düşen bu bakış açısına çocuklarını feda etme riskini almaya gönüllü olmayacaktır.

Anne Babaların Bir Şansı Daha Var

Bir hekim muayenehanesinde, anne babalara iki sayfalık ‘aşı bilgilendirme açıklaması’ verilir. Bu formda, aşının öneminin altı çizilir ve zararlı etkileri önemsiz olarak gösterilir. Çoğu anne baba, tedavi eden hekimlerini yitirmek, okul başvurularının reddedilmesi ve tıbbi ihmalle suçlanmak gibi nedenlerle, çocuklarını aşılatmaya zorlanır. Aileleri çocuklarını aşılardan korumayı seçtiği zaman, gerçekten çocuklar ailelerinden alınmış, zorla aşılanmış ve ‘devlet’in bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Aydınlatılmış onam, bilgilendirilmiş bir hastanın (ya da anne babanın) herhangi belirli bir

tıbbi tedaviyi ya da uygulamayı bütünüyle özgür bir şekilde kabul etme ya da reddetme hakkına sahip olmasıdır. Bir hasta (ya da anne baba) kendisi ile ilgili tüm seçenekleri öğrenirken kendisine duyarlı ve merhametli bir biçimde davranılma hakkına sahiptir. Hastasının diğer seçenekler yanı sıra riskleri ve yararları anlamasına yardım eden bir iletişim sürecine katılmasını sağlamak hekimin etik yükümlülüğü olduğu kadar yasal olarak da görevidir. Amerika Birleşik Devletleri'nin 50 eyaletinin tümünde aydınlatılmış onam yasaları ve mahkeme kararları vardır. Neden bu saygı duyulan aydınlatılmış onam yasaları aşılarla geldiği zaman uygulanmaz? Anne babalara çoğunlukla başka seçeneklerinin olmadığı söylenir.¹⁰

Bu açıklamada çocukların immün sisteminin nasıl güçlendirileceği hakkında (bildiğim kadarıyla) destek görmeyen kendi kuramları ortaya konmakta ve yöntemlerinin evrensel olmayan ve çocukların bedenlerine yabancı madde ya da zehir koymayı hedeflemediğinden dolayı uygulanmakta olan alışılmış yöntemlere göre daha üstün olduğu iddia edilmektedir. Aslında normal durumda zehir olan maddelerin bazen hastalara yardımcı olabildiği gerçeğinden, homeopati ve doğal tedavilerin yanlış anlaşıldığından söz edilmemiştir. Ayrıca, görünüşte tartışılan konu anne babanın kendi değerleri *nasıl olursa olsun* hangi aşı yöntemlerinin en güvenli ve en etkili olacağına konu edilmesine karşın, alışılmış tıbbın bazı anne babaların değerlerini hiç saymasının uygulamalara zararlı olduğundan söz edilmiştir.

Sağlıklı Çocuk Hattı, bazı anne babaların çocuklarını aşılardan 'koruma'yı seçtiğini öne sürdüğünde, aslında aşılardan gerçekte güvenli olup olmadığı sorusunu yanıtlamaktan kaçmaktadır. Korunmadan söz etmek, doğruluğunu ortaya koymaksızın aşılardan zararlı olduğunu ima eder. Sağlıklı Çocuk Hattı Robbe gibi, hastanın kendisi için seçim yapması -hastanın seçimi bir halk sağlığı riski oluşturduğu her durumda karşı çıkılabilir- ile bir anne babanın bir çocuk için seçim yapmasını birbiri yerine geçebilecek yaklaşımlar olarak kullanmaktadır. Ve Sağlıklı Çocuk Hattı, anne babanın zorlanmasından bahsederek, neyin çocuğun yararına ya da zararına olacağı konusunu anlaşılabilir hale getirmektedir. Zorlamadan kaçınmak şüphesiz en iyisidir ancak bazen ahlaki zorunluluk olabilir. Madde bağımlısı anne babala-

¹⁰ Bakınız: http://www.healthychild.com/database/vaccinations_a_parents_right_to_choose.htm (Erişim Tarihi: 28 Mart 2006)

rın rehabilitasyon programlarına gitmeye zorlanması ya da çocuklarını ihmal ettikleri için ailelerin çocuklarını kaybetmeleri gibi durumlarda olduğu gibi zorlama, her zaman çocuğun tıbbi ve diğer çıkarlarına aykırı değildir.

Bir çocuğa doğru tıbbi tedavi verilmesi konusunda uzmanlar arasında önemli uyumsuzluk durumlarının olduğu vakaları bir tarafa bırakalım. Uzmanlar arasında düşünce birliği olan ancak anne babaların uzmanlarla aynı görüşte olmadığı vakalara yoğunlaşalım. Bu tür vakalarda, anne babaların tedavi ile ilgili kararı etkilemesi ya da seçim yapması ahlaken *yerinde midir?* Son söz olmasa bile anne babaların her zaman söz sahibi olmalarının bir nedeni, tıbbi tedavi durumları dışında çocuğun bakımından sorumlu olmalarıdır. Anne babalar, hafif rahatsızlıklar dahil olmak üzere çocuklarının gereksinimlerine dikkat etmek zorundadırlar. Hekimler işe dahil olduğunda ise tedavinin uygulanıyor olmasına dikkat etmeleri beklenir ve halk sağlığı girişimleri de dahil olmak üzere tıbbi girişime bir gereksinim duyulacaksa erken uyarı için onlara güvenilir. Sonuçlar karışık olsa da saç biti kontrolleri bu biçimde kişiselleştirilmiştir. Yinelerseniz, anne babalar, âdeta çocuğun bütünü için sorumluluklara sahiptir. Yiyecek, su, barınma, eğitim, saldırılardan koruma, ulaşım, eğlence, sevgi gibi çocuğun ihtiyaçlarının hepsini karşılamak anne babalara düşer. Anne babaların çocukların gereksinimlerini karşılayabilecekleri ve bunu yapmaya gönüllü olacakları ya da yapacak diğer kişileri bulabilecekleri varsayılır ve bu genellikle doğrudur. Farklı olarak, devlet anne babalara incitici davranışlara karşı koyacak yerel güç olarak güvenir. Anne babalar bu görevlerin çoğu ile ilişkili olarak, öğretmenler, hekimler, polisler ve diğer meslek çalışanları ve görevlilerle örtük bir işbirliği içindedirler. Küçüklerin çok çeşitli gereksinimlerinin olması nedeniyle, anne babaların ve kamu çalışanlarının çabalarının aynı hedefe yönelmiş olduğu varsayımı, bu işbirliğine ve çocuğun gereksiniminin anne baba yerine kamu görevlileri ve çalışanları tarafından fark edildiği durumlarda, anne babalara danışmanlık yapılmasına, gerekçe oluşturur.

Çocukların gereksinimlerini fark etmede, uzmanlar, memurlar ve anne babaların bütünüyle aynı tarafta olmaları varsayımı, onların asla düşünce ayrılıklarının olmayacağı anlamına gelmez. Üstelik anne babalar, sadece başka ailelerle değil, kendi aileleri içinde bile çocuklarının hangi gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı konusunda düşünce

birliğinde olmayabilirler. Pek çok olguda, gereksinimlerle ilgili bu anlaşmazlık, çocuk yetiştirme biçimi ve çocuk davranışının ince ayrıntıları üzerine sürdürülen anlaşmazlıkla birlikte seyrederek. Bu uyumsuzlukların birçoğunda kimin haklı olduğunu, kimin doğru kararı verdiğini bilemiyor olabiliriz. Aile yaşamının birçok farklı biçimi olabilir ve bunların çoğu zararsızdır ve bir arada yaşanabilir.

Bazı aile yaşam biçimleri diğer aileleri etkileyebilir. Bu ailelerdeki anne babalar, diğerlerinin çocuklarını nasıl yetiştirdiğini gözler ve bazen kendilerinin de aynısını yapıp yapamayacaklarını merak ederler. Bazı geniş ailelerdeki farklı kuşaktan insanlar, işleri başka biçimde değil de bu biçimde yapmanın önemli olabileceği düşüncesiyle, bu görüşleri uygulamaya gönüllü bile olabilir. Ama çocukların gereksinimleri ortaya çıktıkça, yeğleyecekleri uygulamaları biçimlendirme, çoğu zaman, ailelerin kendilerine bırakılır. Diğer ailelerin deneyimlerini kopyalar ya da akrabalarının öğütlerini dinlerlerse bu tamamen kendi seçimleridir. Benzer şekilde, çocuk büyütme hakkında kitap, dergi okumak ve bunların verdiği öğütlere uymak da kendi seçimleridir. Bu geniş zeminde aile dışından kişilerin ya da anne baba dışındakilerin, kendilerine sorulmadığı halde, anne babaların çocuklarının düzenini nasıl sağlaması gerektiği konusunda *yorum yapmaları* küstahça görülebilir. Yine aynı zeminde bir yabancınnın anne babanın katılmadığı bir şeyi çocuklarına yapmaları doğrultusunda ısrar etmesi de uygunsuz olarak değerlendirilebilir.

Özellikle baskıya yaklaşan ya da baskıya varan dış müdahalelerin akla uygunluğunu anlamada, Gerçekçilik olarak bilinen felsefi yaklaşım etkilidir. Gerçekçiliğin ipuçlarını, 'İnanmak, onu gerçek yapmaz' yaygın özdeyişinde bulabiliriz. Pek çok şeye -çok farklı konularda- kesinlikle ve içtenlikle inanabiliriz, kesinlikle ve içtenlikle inanmamıza karşın bunda yanılabiliriz. Kendi sağlık durumumuz hakkında özellikle yanılıyor ya da hatalı da olabiliriz. Birinin bir hastalığı olduğunu düşünmesine karşın hastalığın olmaması, bir başkasının da olmadığını düşünmesine karşın hastalığın olması mümkündür. Ayrıca yediğimiz yiyeceklerin, atmosferdeki maddelerin, egzersiz yapmadaki ihmallerin bizim sağlığımız üzerindeki etkileri hakkında da yanılıyor olabiliriz. Yanılma payımız hakkındaki bu gerçekler, biraz da olsa kaç kişinin bir şeye kesinlikle ve içtenlikle inanıyor olmasından etkilenmez. İnanmak bir şeyi gerçek yapmaz, inanan bir kişi de olsa milyonlarca da olsa. Buna karşılık bir şeyin

doğru olması inanılıyor olmaktan *bağımsız* bir şey olmalıdır - en azından inandığımız pek çok şey için.

Tıbbi konular hakkında hatalı olmanın yalnızca mümkün değil *kolay* da olması gibi, herhangi bir konunun anlaşılmasının organik ya da inorganik yapıların ilkeleri ile ilgili olduğu durumlarda da yanılıyor olmak, sadece olası değil kolaydır da. Bu ilkeler, hayat üniversitesi olarak adlandırdığımız yerde değil de tıp eğitiminde öğretilir. Ve bu ilkelerin varlığı, tıp ya da fiziğin uzman görüşü ile sağduyu ya da ortak kanı arasındaki büyük boşluğu oluşturur. Bu ilkelerin benzeri herhangi bir şeye bağlı olmayan uzmanlık bilgisi gereksinimleri de vardır –yönetim danışmanları ya da avukatlar diyelim– ve her ne kadar insanlar yasal ve yönetsel yanlışlar yapıyor olsa da bu, organik ya da inorganik mikroyapıların davranışı konusunda cahil olmalarından kaynaklanmaz. Bir başka deyişle, bir şeyin bilim olarak sayılması için fizik ya da moleküler biyoloji ile karşılaştırılabilir olması gerekse de bilime karşılık gelmeyen çeşitli uzman bilgisi türleri de vardır.

Tıp uzmanlığının homeopati uzmanlığını da kapsayan uzmanlığın diğer çeşitlerine baskın çıkmasının bir nedeni, tıbbın bir bilim olması hatta belki daha da iyisi bir bilim kümesi olmasıdır. Tıp, pek çok sonucu, doğru ölçüm tarafından desteklenen, kavramsal olarak değişmez ilkelerin makul ölçüde küçük bir kümesi ile açıklar ve önceden bildirir. Tıbbın sıradan halk ya da anne baba görüşüne baskın çıkması, bu bilimsel statü sayesinde. Bu durum, anne babanın çocuklarının aldıkları tıbbi bakımın bir kısmından sorumlu oldukları doğrultusunda bir uzlaşma olduğu durumlar için bile geçerlidir. Tıbbın homeopatiden daha fazla saygın olmadığını ileri sürmek için çok karmaşık bir bilim felsefesi (bana göre oldukça temelsiz) gerekir. Homeopati ya da sağduyu nasıl saygın ise, tıbbın saygınlığı hak etmeyen ‘bilim’ anlamında bir bilim olmadığını göstermek için de yine yanlış bir bilim felsefesi gerekir.

Her ne kadar onayladığım bilim felsefesi, bu adı hak ettiği yerde ve kamu düzeni içinde olması koşuluyla, ‘bilim’e saygı duymayı destekliyor olsa da uzman olarak itibar edilen her profesyonele saygı duymayı desteklemez. Bu felsefe, KKK aşısının güvenli olduğunu söyleyen halk sağlığı yetkililerine saygıyı destekler ama kamuya yönelik sağlık hizmeti sunumunun bir iç piyasası olduğunu ileri süren,

moleküler biyolojiyi arz ekonomisi ile aynı düzeyde görmeyen kişilere saygı duymayı desteklemez.

KKK vakasındaki saygı duyma gerekçeleri, yanlış ya da asılsız ‘inançlarından’ dolayı çocuklarına aşı yaptırmayı reddeden anne babaların zorlanması da gerekçe oluşturabilir mi? Aşılama gereksiniminin bilimsel temelini açıklamak için her türlü çabanın öncelikle gösterilmesi ve bu çabanın anne babalardan onam alınması için yapılması koşuluyla, bu sorunun yanıtının ‘Evet’ olduğunu düşünüyorum. Hiçbiri olmazsa, anne babaların reddedişleri topluma risk oluşturuyor diye, Sağlıklı Çocuk Hattı (Healthy Child Online) tarafından tanımlanan okula devamın yasaklanması politikası hatta hekim başvurularının iptal edilmesi bile savunulabilir gözüküyor. Bununla birlikte, diğer koşulların eşit olduğu durumlarda, çocukları tamamen ailelerinin gözetiminden çıkarmak, aşırı barbarca gözükmektedir.

6.4. Demokrasi ve Uzman Bilgisi

Birleşik Krallık’da, KKK korkusunun ister istemez politik bir boyutu vardır. Sağlık hizmetleri devlet tarafından işletilir ve finanse edilir, devletin politikası da üçlü aşının uygulanmasıdır. Oy verenlerin büyük bir çoğunluğunda aşılar hakkında genel bir korku olduğunda, aşı politikası genel politik tartışmalara ve politik parti kampanyalarına girmeye başlar. KKK aşısı ya da başka bir aşı, genel olarak aşılardan vazgeçilmesini isteyen bir çoğunluğun oluştuğunu varsayalım. KKK aşısından vazgeçmek ya da aşı politikalarını bir biçimde değiştirmek için *bu* bir neden olmalı mıdır? Diyeceklerim kulağa antidemokratik olarak gelebilecek olmasına karşın yanıtım, bunun kendi başına bir neden *olamayacağıdır*. Tıbbi politikanın değişmesi için ne kadar kişinin değişiklik istiyor olmasından bağımsız olarak, politika değişikliği için iyi nedenler varsa, tıbbi politika değişikliğinin tıp uzmanı olmayan birçok kişi tarafından isteniyor olması gerçeği, tıbbi politikanın değiştirilme nedenlerinden sadece bir tanesidir.

Son olarak, ortadaki konu, bir kamu politikası sorunu ile ilgili olduğunda uzman bilgisinin yetke sorunudur. Genel olarak tıbbi uzman bilgisi ya da özel olarak aşılarla ilgili bilgi halk arasında yaygın olarak biliniyor olsaydı sorun ortaya çıkmayabilirdi. Ama Batı’da

bilimin halk tarafından anlaşılması, herkesin bildiği gibi, yavaştır.¹¹ Batıdaki bakanlar ve resmî makamlar bazen toplumun genelindeki bilgi eksikliğinin aynısından muzdarip olsalar da bu eksikliği telafi etmek için bağımsız uzmanlık kuruluşlarından yararlanmayı sürdürme zorunluluğu duyarlar. Bu bölümün temel savını özetleyecek olursak, bu konuda anne babalar hükümetleri örnek almalı, bilgi nesnel değerlendirme ve irdeleme ile uyumlu olduğu takdirde kendilerinden daha fazla bilgili olan kişilere danışma zorunluluğunu hissetmelidirler.

Ne yazık ki bazen hükümetlerin politik kararları genel olarak toplumun ve özel olarak anne babaların yanıltıcı uzmanlık duygularını teşvik etmektedir. Örneğin anne babalara çocuklarının okul tercihlerini istedikleri gibi yapabilecekleri ya da kendi eğitimlerinin çok kötü olmasına karşın okullardaki öğretmenleri reddetme ve karşı çıkma haklarının olduğunun söylenmesi, konu ile ilgili kararları sadece anne baba olmalarından dolayı alabilecekleri yanılsamasını teşvik edebilir. Bu, tam anlamıyla, bir kişinin bir çocuğun anne babası olması nedeniyle, bu çocuğun sağlığı ile ilgili konularda da uzman olması kadar bir yanılsamadır. Kuşkusuz okul seçmekle ilgili bilgiyi edinmek ve öğretmenlerle uğraşmak KKK hakkında karar verebilmek için gereken bilgiyi edinmekten çok daha kolaydır, yine de bu bilgi doğuştan kazanılmaz, anne baba olunca kendiliğinden oluşmaz. Bu bilgilerin herhangi birini bazı anne babalar asla elde edemez, bazıları içinse bu olanaksızdır.

KKK olgusunda uzman bilgisinin, diğerlerinin -güçlü anne babalık duygusu- olmadığı kadar uygulanabilir olduğu görülüyor. Ama diğer durumlarda uzman bilgisi zorlanabilir ya da uzman bilgisi gerektirmeyen şeylerin de uygulanabilir ve önemli olabilmesi nedeniyle daha az önem taşır.

Genetiği değiştirilmiş (GD) gıdalar olgusunu değerlendirelim. Birleşik Krallık'ta yaşayanların çoğunluğu, GD gıda üretilmesine karşı olduğu gibi mağazalardan GD ürünlerin alınmasına da karşıdır. Görüldüğü kadarıyla, GD ürün ya da GD gıdaların zararlı oldukla-

¹¹ Uzmanlar ile halk arasındaki bölünmeyi derinleştirmek çok kolaydır. İlgili uzmanlığa sahip olan ancak aynı zamanda uzmanların da hesap verebilir olmasına ilgi duyan basın ve sivil toplum kuruluşlarındaki arabulucular, halk ile uzmanlar arasında aracılık yapabilir ve toplumun üyelerini bilimsel topluluğun gösterişli uzmanlığıyla donatabilirler. Bunun da ötesinde, uzmanlığın yaygınlaşma ya da ulaşılabilir olma sürecine yardım edebilirler.

rına ilişkin düşünce birliği çok az kanıtı dayanıyor olsa bile üretildikleri takdirde çok az ya da hiç pazar payına sahip olamayacakları gerçeği, şimdiki koşullarda her durumda GD gıda ürünlerinin üretimi için bir kapasite oluşturulmaması için bir gerekçe oluşturabilir. İnsanlar eninde sonunda GD gıdaların zararsız olduğuna ikna olabilecek olsa da bu durum, yürütülen araştırmaların sonuçlarının dikkate alınmasını garanti edecek düzeyde GD besinlerinin insanlar tarafından satın alındığını garanti edemez. GD gıdaların alternatifleri çok az bulunur hale gelirse ve GD gıdaları üretmek kolay ve ucuz olursa işler daha farklı olacaktır. Oysa Batı ülkelerinde var olan durumda, GD gıdaların popüler olmaması gerçeği, popüler olmama nedeninin bilimsel bilgi ve önyargıya bağlı olması gerçeğinden daha fazla önemsenebilmektedir. Bu gerçek, insanların GD gıdaların alternatiflerini tüketerek zarar göreceği olmalarına da bağlı değildir, GD gıda alternatiflerinin gereksizce pahalı ya da az bulunur olmasına da.

GD gıda olgusunda, uzman bilgisi konunun öğelerinden biri değildir. Yanlış popüler inanç ve benzeri şeylerle çelişmesine karşın diğer gerçekler -gıdalarda serbest piyasa ekonomisi olması ve insanların GD gıdaları satın almayabilecekleri gerçeği, genetiği değiştirilmiş memiş gıdaların talebi ve açlığı giderecek miktarda olması gerçeği- yanlış popüler inanışların sonuçlarını felaketten hallice bir duruma getirir. *Diğer taraftan* KKK olgusunda, uzman bilgisi yararlı, amaca uygundur. Uzman dışı bilgi tarafından güdümlü olmanın sonuçları gerçekten çok kötü olabilir.

Uzman bilgisinin yetkisinin, ihtiyatlı davranmanın tavsiye edilebilirliğinden daha az önemli olduğu ve KKK ve GD gıda olgularında benzer olarak, en fazla ağırlık verilmesi gerekenin ihtiyatlı davranma ilkesi olduğu ileri sürülebilir. KKK ve GD gıdaların artmasının etkilerinin ne olduğundan tam olarak emin olmadığımızdan dolayı, bu ikisi için de hiçbir şey yapmamalıyız. Ayrıca, bizim önceden göremediğimiz bir biçimde ve geri dönüşsüz olarak, ikisinin de etkisinin kötü olma olasılığı mevcuttur. Her iki taraftaki önemsiz olasılıklar kimseyi inandırmayı başaramadığı için bu iddiaya değer biçmek güçtür. Tehlikelerin gerçekleşme olasılığının bilinmesi gereklidir ya da kötü sonuçların geri dönüşsüz olduğunu düşünmek için iyi bir neden olmalıdır. Ne olacağını bilmemek tek başına yeterli olmayabilir. Bazen ne olacağını bilinmemesi, bir şey yapılmamasının kesin nedeni olabilir. Ciddi ve yaygın olarak görülen bir hastalığın tedavisi-

nin hemen ya da yakın gelecekte var olduğu durumlarda ve diğer yandan, tehlikelerine inandırmanın güç olduğu olaylarda bu durum geçerli değildir. İhtiyatlılık ilkesi, yeniliğin tehlikeli olabileceği durumlarda kanıtlama yükümlülüğünü yenilik taraftarlarına verir. Tehlikelerin henüz belirsiz olduğu durumlarda, *büyük* tehlikelerin gerçekleşme olasılığının daha az olduğu durumlarda ve büyük yararların oluşma olasılığının büyük tehlikelere göre daha ağır bastığı durumlarda bu ilkeyi savunmak güçleşir.

İhtiyatlılık ilkesi, sessizce doğal düzenin tehlikesiz olduğu kabulüne ilişkilendirilmiş olduğu için, bazen nitelsiz bir biçimde zorlayıcı olarak *görünür*, o kadar ki diğer şeyler sabit kalmak koşuluyla onu değiştirmeye yönelik müdahaleler sadece müdahale olmalarından dolayı kötü ya da tehlikelidir. Daha önce Sağlıklı Çocuk Hattı'ndan yapılan alıntıda bu önermenin işaretlerini görmek mümkündür. Doğal düzenin tehlikesiz olduğu varsayımı böylece, bilimsel bir zararsızlık konumunda insanlar doğal düzenden daha fazla yarar sağlayacaktır ilkesi ile ilişkilendirilmiş olur. Çünkü bizim doğaya yaptığımız tüm müdahaleler doğada bizleri korumak üzere var olan tüm mekanizmaları değiştirmiştir. Bunlar güçlü bir şekilde sorgulama gerektiren varsayımlardır ve ihtiyatlılık ilkesinin bazı yorumlarına katılmak için hepsini onaylamak gerekmez.

Kaldı ki insanların doğayı düşündüklerinde dikkatli olması gerekir. Doğal düzenin tehlikesiz olduğu bazı bakımlardan doğru olsa bile bu doğal düzenin *insan* üyelerinin çok büyük insani acı ve hastalıkların önlenmesi için gereken ölçüde bu doğal düzenden zorunlu biçimde yararlandığı anlamına gelmez. Belki de doğa tarafsızdır ve evrendeki yaşamın *dengesine* yarar sağlamaktadır. Evren büyüktür. Üzerinde daha az tür barındıracak olsa bile hatta bu sadece bizim türümüz olsa bile doğa gezegenimizde başlamaz ve sonlanmaz. Bu yüzden doğal düzenin kalbinde evrenle ilgili küçük bir parça için zayıf bir nokta olmasını beklemek, hele bu zerrenin küçük bir parçasının insana ait olmasını beklemek yanlış olabilir. İyi huylu ancak uçsuz bucaksız ve kucaklayıcı doğa tarafından çizilen oldukça çok sayıda sınırlar içinde bize yardımcı olabilecek şey belki de bilimdir. Kanıma göre, ihtiyatlılık ilkesi, görüldüğü kadar zorlayıcı değildir, demokratik karar vermenin bir parçası olarak görmek isteyen büyük çoğunluğun düşünce birliğine dayansa bile üzerinde inşa edilmiş olduğu düşünce birliği tartışılabilir. Özellikle GD ürün karşıtlarının

ya da KKK karşıtlarının ihtiyatlılık üzerine inşa ettikleri düşünce birliği sorgulanabilir.

Bunu söylemek, etkilenen çok sayıda insan tarafından risklerin varlığına inanmak için iyi bir neden olmadığı durumlarda bile sözde risklerin politik otoriteler tarafından kolayca göz ardı edilebileceği anlamına gelmez. Halk sağlığı önlemleri işbirliği gerektirir. Bu işbirliği ise ancak yanlış olsa bile halk inancının ciddiye alınmasıyla sağlanabilir. ‘Ciddiye almak’, kuşkusuz ‘kabul etmek’ anlamına gelmez ama bu, soruşturma ve tanımlama demektir.

1998 yılında KKK aşısının çocuklarına zarar verdiğine inanan kişilere, zamanında etkin olan (etkinliği sürmekte) Birleşik Krallık İlaç ve Tıbbi Ürünler Düzenleme Ajansı'nın verdiği yanıt bir soruşturma konusudur. KKK aşısının neden olduğu zararlar için yasal hak taleplerini gündeme getiren kişileri temsil eden bir hukuk firması aracılığıyla çalışan ajans, bağırsak hastalığını, otizmi ve daha genel gelişme bozukluğu olduğu doğrulanmış çocukların tıbbi öykülerini dikkatli bir şekilde yeniden gözden geçirdi. Vakaların çoğunda, gelişimsel bozuklukla ilgili bir aile öyküsü, gebelik sorunları, KKK aşısı olmadan önce aile hekimlerinin klinik kayıtlarında semptomların varlığı, kısaca KKK aşısından *başka* bir sürü semptom nedeni söz konusuydu. İlaç ve Tıbbi Ürünler Düzenleme Ajansı ayrıca 2001 yılında KKK aşısına yeterince çalışma olmaksızın Britanya'da lisans verildiğini iddia eden Wakefield ve Fletcher'in makalesine yanıt vermede çaba gösterdi.¹²

Britanya'da yetkililer, yaptıkları çalışmaların sonuçlarını ya da çocukları tek tek incelerken gösterdikleri çabaları halka anlatmakta bütünüyle başarılı olmuş görünmeseler de halk arasında tedirginliklere neden olmasına karşın aşı ile iddialara yanıt vermede doğru adımları atmış görünmektedirler. Halkın her tedirginliği, sağlam temelli değildir. Bazen tedirginlikleri hafifletmeye çalışmanın sonuçları, güce sahip olanların şiddetli uyuşmazlıklarından daha kötü olabilir.¹³

¹² Britanya İlaç ve Tıbbi Ürünler Düzenleme Ajansı raporları için bakınız: <http://mhra.gov.uk> (Erişim Tarihi: 28 Mart 2006)

¹³ Bu yazının ilk taslağı üzerinde Heather Draper, Angus Dawson, Marcel Verweij ve Hull University katılımcıları ile yapılan yorum ve tartışmalar yapılarak yardım alınmıştır.

Önleme Önceliklerinin Belirlenmesi için Oluşturulan Niceliksel Modellerin Uygulanmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar

Dan W. Brock

7.1. Giriş

Birkaç yıl önce, Amerika Birleşik Devletleri'nde, görevi önümüzdeki on ve yirmi yılda yeni aşı geliştirmek için öncelikler önermek olan Tıp Enstitüsü'nün bir komitesinde görev almıştım (Institute of Medicine, 2001). Proje, Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı Ulusal Alerji ve Bulaşıcı Hastalıklar Enstitüsü (National Institutes of Allergy and Infectious Diseases) ile yapılan bir sözleşme uyarınca yürütüldü. Komitenin görev tanımında önerilmesi gereken önceliklerin belirlenebilmesi için bir niceliksel modelin geliştirilmesi de bulunuyordu. Hangi modelin uygulanacağı konusundaki komite tartışmasında maliyet etkililik, birçok nedenden dolayı gayet doğal ve çabuk bir biçimde alternatiflerin önüne geçti. Öncelikle, maliyet etkililik analizi (MEA) yöntemi özellikle sağlık politikalarında kullanmak amacıyla

kapsamlı olarak araştırılmış ve geliştirilmiş; Birleşik Devletler Halk Sağlığı Kurulu, sağlık alanında böylesi analizlerin yürütülmesindeki teknik konular üzerine çeşitli önerilerini de içeren *Sağlık ve Tıpta Maliyet Etkililik* adlı kapsamlı çalışmasını yeni bitirmişti (Gold ve ark. 1996). İkinci olarak, MEA'nın altında yatan normatif ilkenin birçok kişiye, özellikle de halk sağlığı alanında, neredeyse apaçık bir şekilde doğru görünmesiydi. Bu ilke, sağlık için varolan kısıtlı kaynakların hizmet götürülen toplumun sağlık yararını maksimize edecek şekilde kullanılması gereğidir. Üçüncü olarak maliyet kazanç analizinin (MKA) aksine MEA, ahlaki olarak tartışılabilir ve pratikte de birçok kişinin sorunlu bulduğu yaşama parasal bir değer biçmeyi gerektirmez ki bu durum sağlık alanında MEA'nın MKA'dan neden daha yaygın olduğunun nedenlerinden biridir. Dördüncüsü MEA'ya yönelik adalet ya da hakkaniyete ilişkin kaygılardan kaynaklanan yaygın etik itirazlara karşın, hakkaniyetle ilgili özgül duruşların modele dahil edilmesinde işe yarayabilecek olmalarına karşın hakkaniyetle ilgili bu meselelerin çoğu hakkında görüş birliği yoktur. Literatürde daha önce olduğu gibi şimdi de eşitlikçi görüşleri içeren geniş çapta kabul görmüş niceliksel bir alternatif model olmaması bir yana, geniş kabul görmüş olsun ya da olmasın niceliksel bir alternatif de yoktur. Bunun yerine, ahlak felsefecileri, biyoetikçiler ve diğerlerinin sağlık sektöründe önceliklerin belirlenmesinde MEA'nın kullanılmasına yönelik çeşitli etik çakınceler ve sağlık sektörü önceliklerinin belirlenmesinde insanların önceliklerinin MEA ile uyumadığı doğrultusunda bazı MEA özelliklerini ortaya çıkartan ampirik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak MEA'nın yerine geçebilecek adalet ya da hakkaniyeti tam olarak dikkate alan kapsamlı bir alternatif niceliksel model bulunmamaktadır.

Bu tür düşüncelerin sonucu olarak Tıp Enstitüsü komitesi, MEA'yı yeni aşı geliştirilmesi için yapacakları önerilerin belirlenmesinde niceliksel model olarak kabul etti. Aşılar doğal olarak halk sağlığı alanındaki önleyici stratejilerden sadece bir tanesidir ve geliştirilmeleri için önceliklerin belirlenmesinde gündeme gelen sorunlar diğer halk sağlığı önleme girişimlerinde de yaygın olarak gündeme gelen konulardır. Önleme programlarında önceliklerin saptanması için MEA'nın kullanımı bu bölümde inceleyeceğim iki asıl sorunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sektöründe önleme için önceliklerin belirlenmesinde MEA gibi niceliksel modellerin uygulanmasında

gündeme gelen etik sorunlar nelerdir (bkz. Brock 2004a, b)? MEA'ya alternatif, eşitlik ya da adaletin özel önemlerini hesaba katan niceliksel modeller geliştirilmeli mi (Daniels 1998)? Birinci soruya daha çok zaman harcayacağım ama onu bir kez halledince ikinciye yanıtlamak için daha iyi bir konumda olacağız. Başlangıçta vurgulamak gerekir ki ilk soru geniş ve karmaşıktır ve başka yerlerde haklarında daha ayrıntılı yazılan birçok ana konulardan bazılarını burada kısaca özetleyebileceğim.

7.2. Maliyet Etkililik Analizinde Etik ve Değerlerle İlgili Varsayımlar

7.2.1. Yarar ve Maliyetlere Değer Bıçmek

MEA farklı koruyucu müdahalelerin göreceli maliyet etkililiklerini değerlendirmek için yararların ve maliyetlerin bir ölçüsüne gerek duyar, bu birim maliyet başına üretmiş oldukları yararın miktarıdır. Maliyetler standart olarak parasal terimlerle ölçülür. Ben hangi maliyetlerin dikkate alınması gerektiğinden kısaca söz edeceğim. Ancak büyük etik tartışma, yararların ölçümünün etrafında gerçekleşmektedir. Yararların standart ölçüsü, önleyici sağlık müdahalelerinin kişilere sağladığı iki temel yararı -erken yaşam kayıplarını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki kaçınılabilen bozulmaların önlenmesini- içeren kaliteye ayarlanmış yaşam yılının (KAYY) bir tür versiyonudur. Bu nedenle belirli bir girişimin öznesi için belirli bir önleyici girişimden elde edilen KAYY'lar, özne için üretilen ek yaşam yılları ve/veya öznenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki artışla belirlenir. Aynı hasta birey için tedavi seçeneklerini değerlendirmede olduğu gibi, aynı birey için alternatif sağlık önleme çabalarını değerlendirirken en çok KAYY'larını üreten alternatifin tercih edilmesi görece tartışma götürmez; burada hakkaniyetle ilgili konular gündeme gelmez. Bu basitçe şu gerçeği yansıtır ki insanlar yaşam kaliteleri kendilerince kabul edilebilir olduğu sürece daha uzun ve sağlık kalitesi yüksek bir yaşamı tercih ederler. (Doğal olarak yaşam süresi ve yaşam kalitesi arasında sıklıkla bir tercih yapılması gerekebilir, ancak KAYY miktarı ilke olarak bu tercihin yapılmasına olanak sağlar.)

Ancak aşıların geliştirilmesi ve kullanılması gibi farklı önleyici girişimler, farklı toplumları ya da toplumun farklı kesimlerini hedefler ve hakkaniyet meseleleri gündeme gelir. Aynı toplumda alternatif önleyici müdahalelerin amaçlandığı durumlarda bile bu müdahaleler toplumdaki alt grupları farklı etkileyebilir. Örnek olarak erkekler karşısında kadınlarda ya da farklı etnik ya da farklı ırktaki gruplarda hakkaniyet sorunu ortaya çıkabilir. Bu tedavi edici ya da şifa sağlayıcı girişimlerin aksine farklı önleyici girişimlerin önceliklendirilmesi için özellikle önemli bir konu olabilir. Önleyici girişimler toplum içinde sıklıkla, görece homojen alt grupları hedeflerken, tedavi edici girişimler tipik olarak belirli bir hastalığa sahip herkesi kapsayan daha heterojen grupları hedefler. Önleyiciye karşı tedavi edici girişimlerin önceliklendirilmesinde, aşağıda tartışılan sağlık kazanımlarında indirim yapılması gibi, özel öneme sahip bazı hakkaniyet sorunları söz konusudur.

En fazla KAYY üreten girişimin daha büyük sağlık yararı üretiyor olması, toplum sağlığına daha çok olumlu etki yapması hâlâ akla yatkın gelmektedir. Toplum sağlığını koruma ve geliştirmenin, önleyici müdahaleler ve daha genel olarak halk sağlığının amacı olduğu varsayılır. Bu durum önleyici müdahalelerin etkilerinin değerlendirilmesinde KAYY'lerde artış sağlamayı bir standart olarak almayı destekleyebilir. Kısaca hakkaniyet ya da doğrulukla ilgili kaygıların bu amacı tam anlamıyla kısıtladıklarını ileri süreceğim ama KAYY'ların bazı biçimleri sağlık yararının akla uygun bir ölçüsü olarak görülmektedir.

KAYY'lar, farklı tıbbi koşullarda ya da engellilik ve işlev kısıtlılığının farklı durumlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin niceliksel bir ölçüsü olarak gereklidir. Bu tipik olarak ölüme sıfır, tam sağlıklılığa bir olarak değer biçilen Sağlık Faydaları İndeksi gibi bir ölçekle yapılmaktadır (Horsman ve ark. 2003). Bu ölçek üzerinde bireylere belirli bir sağlık durumunda olmaya ilişkin tercihleri sorularak ve standart kumar, zaman ödünleşmesi, görsel analog ölçek ya da kişi ödünleşmesi yöntemleri kullanılarak farklı engellilik durumlarına değer biçilir. Bu yöntemlerle ilgili bir kaygı verici durum, diğer değerlerin sağlık durumlarına atfedilen değerleri etkilemesidir. Örneğin riske karşı tutum standart kumar yöntemini, zaman tercihleri zaman ödünleşmesini, hakkaniyet konuları kişi ödünleşmesini etkiler (Solomon ve Murray 2002). İkinci konu farklı sağlık durumlarına

değer biçilirken kimin tercihlerini kullanmak gerektiği konusudur (Manzel ve ark. 2002). Temel tartışma, soruşturulan engelliliğe sahip olan insanların tercihlerinin mi yoksa genel toplumun tercihlerinin mi kullanılacağı konusundadır. Bunun sorun olmasının nedeni, çok sayıda araştırmada, çeşitli engelliliğe sahip insanların böyle bir deneyimleri olmayanlara göre kendilerini daha az kötü durumda değerlendirdiklerinin gösterilmesidir. Bu farkın bir nedeni, basit olarak engellilikle yaşamak konusunda toplumun çoğunluğunun sahip olduğu çeşitli önyargılar, basmakalıp düşünceler ve yanlış inanışlardır. Ayrıca insanlar yeni duruma uygun işlev görmeyi öğrenerek, yaşam planlarında engelliliklerine göre uyum sağlayarak, işlevsel sınırlılıklarına yönelik beklentilerini ayarlayarak engelliliklerine tipik olarak uyum sağlarlar (Soloman ve Murray 2002). Böyle yaparak, sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerini değerlendirebilmede yeni değer biçici bakış açılarını benimserler. Ne önceki ne de edinilen değer biçici bakış açısı yanlıştır; fark bireyin koşullarındaki değişikliğin sonucudur ve değer biçici bakış açısı yeteneklerdeki ve fırsatlardaki yeni kısıtlamaları yansıtır (Brock 1995). Önleme programlarının değerlendirilmesi açısından konunun önemi, çeşitli engellilik durumlarında, soruşturulan engelliliğe sahip insanlar tarafından sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ne kadar yüksek olarak değerlendirilirse, bu engellilik durumlarını önleme programlarına daha az değer verileceğidir. Bu konu sadece önleme programlarının değerlendirilmesinin sonucu olmaktan öte çok daha geniş bir konudur ve konu üzerinde, literatürde bir uzlaşma yoktur.

7.2.2. İndirim Oranları

Önleme programları için özel öneme sahip sağlık programlarının MEA'sını yaparken önemli bir konu, gelecek bir zamanda ortaya çıkacak yarar ve maliyetlere bir indirim uygulanıp uygulanmaması konusudur (Murray 1996). Birçok önleme programı için maliyetler program yürütüldüğü sırada ortaya çıkar, buna karşılık sağlık yararları gelecek bir zamanda oluşacaktır. Aşılama programları ya da sağlıklı davranışları değiştirmeye yönelik programlar gibi tipik örneklerde, programın yararları başlangıç müdahalesinden yıllar sonra ortaya çıkar. Standart pratikte MEA'yla değerlendirilen programların hem yararları hem de maliyetleri için yıllık %3 ya da %5 indirim oranları

uygulanmaktadır (Lipscomp ve ark. 1996). Bilinen nedenlerle parasal yararlar ve maliyetlere de bir indirim oranı uygulanmasının gerekliliği tartışmasız kabul edilir. Eğer parasal yararlar gelecek birkaç yıl içinde değil de hemen elde ediliyorsa, eğer henüz yarar elde edilmemişse parasal yatırımın daha büyük bir toplam miktar üretebilmesi için gelecek bir zamanda yapılması mümkündür. Eğer maliyetler, yararları ertelenmeden ya da değiştirmeden ertelenebilirse, fonlar maliyetlerin ödenmesi gereken zamana kadar yatırıma yönlendirilebilir ve maliyetleri karşılamak için daha az nakit para gerekir. Dahası eğer gelecekteki yararlar yakın zamandaki yararlardan daha belirsizse, ki bazen böyle bir durum olur, belirsizlik nedeniyle bu yararlar için indirim yapılmalıdır. Son olarak eğer sağlıktaki iyileşmenin erken dönemde elde edilmesi veya bir sağlık yükünün ertelenmesi zaman içinde daha fazla toplam yarar oluşturuyorsa bu durumun kendisi de önce yararın sonra yükün tercih edilmesi için bir nedendir. Fakat bu son iki noktanın hiçbirisi sağlık yararları için bir indirim oranının uygulanmasını gerektirmez - bunlar sağlık yararlarının genel bir değerlendirilmesiyle basitçe uyarlanırlar, belirsizlik için indirim yapılır.

Etik sorun, belli büyüklükteki bir sağlık yararının diyelim ki bin kişinin ömrünü 10 yıl uzatmanın bugün yerine 10 yıl sonra gerçekleşmesi nedeniyle daha az sosyal değere ve dolayısıyla daha düşük önceliğe sahip olup olmadığı sorunudur. Sağlık yararlarına indirim oranı uygulamak bu soruya olumlu yanıt vermektir. Sırf şimdi değil de gelecekte gerçekleşeceği için büyük yarar, şimdiki küçük bir yararı gelecekteki daha büyük bir yarara tercih etmeliyiz kararından yana olmaktır. Burada gözden geçirmeye yerimizin olmadığı indirim oranı uygulama üzerine geniş bir literatür vardır. Herhangi bir savunma içerisinde olmadan şunu belirtebilirim ki, bu konu hayli tartışma götürür olsa da sağlık yararlarının indirim yapılması için ikna edici bir etik gerekçe olduğuna inanmıyorum (Lazaro 2002).

Önleme programlarını önceliklendirme için bu konunun önemini yineleyeceğim. Bu programların sağlık yararları tipik olarak belirgin bir uzak gelecekte ortaya çıkar. Bu programlara indirim uygulamak, onları yararları görece hemen ortaya çıkan akut bakım programlarıyla karşılaştırmada sistematik olarak dezavantajlı konuma sokmaktadır. Bu dezavantaj, önleme programlarının yararlarının akut bakım programlarının yararlarına eşit ya da daha çok olmasına karşın gerçekleşmektedir. Hatta farklı önleme programlarının önceliklendi-

rilmesi sırasında sağlık yararlarına indirim oranı uygulanması, yararları daha erken ortaya çıkıyor diye alternatif programlardan daha az toplam yarar üreten programlara daha yüksek öncelik verilmesiyle sonuçlanabilmektedir.

7.2.3. Dolaylı ve Sağlık Dışı Yararlar ve Maliyetler

Önleme ve diğer sağlık programlarında yararlar ve maliyetlerin hesaplanmasındaki bir diğer konu, hangi yarar ve maliyetlerin hesaba katılmasının gerekli olduğudur (Brock 2003a). Yaşamı sürdürmek ya da uzatmak amacıyla programdan yararlananlara doğrudan sağlık kazancı sağlanmasının ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin korunmasının ya da iyileştirilmesinin hesaba katılması gerektiği konusunda bir tartışma yoktur. Benzer şekilde ekipman, sarf malzemesi, tıbbi personel zamanı gibi doğrudan program maliyetlerinin hesaba katılması gerektiği konusu da tartışılmaz. Fakat birçok sağlık programı, oluşturdukları doğrudan yarar ya da maliyetlerini bastırarak kadar büyük olabilen dolaylı ve/veya sağlık dışı yarar ve maliyetlere sahiptir. Örneğin madde kötüye kullanımını önleme programlarından başarılı olanlar, katılımcıları için sağlık yararları üretmekle kalmamakta, işverenler için kayıp iş zamanı maliyetlerinin azaltılması, suçun azaltılması, aile üyelerine yükün azaltılması gibi büyük dolaylı yararlar da üretmektedirler. Bu gerçek bu tür programların önceliğini artırmalı mıdır? Bir tarafta bunlar başarılı bir önleme çabasının sağlık maliyetleri ve gerçek yararları olmasa da madde kötüye kullanımının gerçek maliyetleridir. Diğer yünden, böyle yapılması, bu hastaların potansiyel hastalıklarının önlenmesine, bu tür dolaylı yararlar dışında benzer sağlık gereksinimi olan hastalardan daha fazla değer verilmesine yol açmaktadır. Zira bu hastaların gereksinimlerinin karşılanması diğerlerine de dolaylı yarar sağlayacaktır. Bu durumda, sağlık gereksinimlerinin aciliyeti yerine, insanların diğer insanlar hakkındaki toplumsal değerleri temel alınarak öncelikler oluşturulmaktadır. Ücret kaybı gibi dolaylı etkilerin hesap edilmesi, genellikle -çocuklar ve yaşlılar gibi- istihdam dışı nüfusun ve daha az ücret kaybına yol açacağı için düşük ücretli çalışanların önleme programlarında ayrımcılığa uğramasına yol açacaktır.

Bir önleme müdahalesinin doğrudan ya da dolaylı, sağlıkla ilişkili ya da sağlık dışı bütün maliyetleri ve yararları dikkate alınarak

bir MEA yapılmasının etik temelde sorunlu olduğu diğer örnekler de bulunmaktadır. Sigaranın büyük sağlık maliyetlerine karşın sigara içmeyi önlemenin maliyet etkili olmayabileceği sıklıkla dile getirilir çünkü insanlar genelde emekli olma zamanları civarında sigarayla ilişkili hastalıklardan ölmektedirler ve ölümleri gelecekteki sağlık giderlerini ortadan kaldırdığı gibi kamu emeklilik maliyetlerinin de önünü almaktadır. Emeklilik ve sağlık programlarına fon sağlayan hükümetin bakış açısından bunlar kamu hesapları üzerindeki gerçek etkilerdir. Ancak çok az insan sigara içmenin önlenmesine daha düşük öncelik verilmesi için bu maliyetleri bir neden olarak dikkate alacaktır (Menzel 1990, bölüm 4). Bu durum göstermektedir ki eğer insanların sağlık bakım gereksinimlerine eşit ahlaki önem göstermek istiyorsak, MEA'nın hem yarar hem de maliyetlerine yönelik olarak önleme programlarının bazı sonuçlarının etik temelde göz ardı edilmesi gerekebilir.

7.2.4. Yaş Ağırlıklandırılması

MEA'daki standart uygulamada yararlananların yaşları ne olursa olsun eşit büyüklükteki sağlık yararlarına aynı değer verilir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü, toplum sağlığının özet ölçütleri ve değişik sağlık müdahalelerinin maliyet etkililik analizleri üzerine olan çalışmalarında yararlanıcıların yaşlarına bağlı olarak sağlık yararlarına farklı değerler vermiştir (Murray 1994). Özelde genç çocuklar ve yaşlılar için olan yararları daha düşük değer biçilirken üretken çalışma yıllarındaki erişkinlerin yararlarına daha büyük değer atfedilmiştir. Buradaki gerekçe genç çocuklar ve yaşlıların çalışma yaşındaki erişkinlere ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak bağımlı olmalarıdır. Bu onların yaşlarının ağırlıklandırılması için etik olarak sorunlu bir gerekçedir çünkü çalışan yaştaki erişkinlerin diğer insanlara yönelik etkili toplumsal yararları nedeniyle sağlık yararlarına daha büyük değer atfedilmektedir. Bu durum, bireylerin eşit sağlık gereksinimlerine eşit ahlaki değer verme ilkesini ihlal ediyor gibi görünmektedir ve toplumun daha üretken üyelerinin sağlık gereksinimlerine daha büyük değer verme gibi hakkaniyetle çelişen sonuçları olabilir.

Yine de bazı yaş ağırlıklandırmaları için en azından yaşamı uzatan sağlık yararları için adalet temelinde gerekçeler bulunabilir Bu gerekçelendirme, yaşamı tehdit eden koşulların önlenmesine yönelik

programlara, bu programların yokluğunda yaşamları tehdit altında olan daha genç insanlara daha fazla ahlaki ve toplumsal değer verecektir. Bu duruşu çeşitli yollardan nitelendirmek mümkün olsa da, temel düşünce, önlenebilme olanağı varken yaşamını yitiren biri ne kadar genç ise durumun o kadar adaletsiz olmasıdır. Bu görüşe göre adalet mümkün olduğunca her bireyin normal bir yaşam süresinin gerektirdiği yıl kadar yaşamasını gerektirir. Alan Williams bunu ‘adil oyun sırası’* olarak adlandırır (Williams 1997). Bu yaklaşımdaki adalet, önleme programları üzerinden ek yaşam yıllarının dağıtımında gençleri yaşlılara tercih etmeyi gerektirir, yani kendilerine yarar sağlayacak önleme programlarına dahil olduklarında o zamana kadar kazanmış oldukları yaşam yılı sayısı az olanların lehine davranır. Birçok insan yaşam uzatan önleme programlarında gençleri yaşlılara tercih etmenin adil olmayan bir yaş ayrımcılığı oluşturduğu suçlamasını yapacaktır ve kesinlikle doğrudur ki bunu yapmak tartışmaya açıktır. Ancak bu, kadınlara ya da belirli ırksal ve etnik gruplara yapılan diğer ayrımcılık formlarından farklıdır (Daniels 1988). Bireyler sadece bir cinsiyetin ya da ırksal veya etnik grubun üyesi olarak kalırken, her bireyin normal yaşam döngüsünün her aşamasından geçmesi beklenebilir. Gençleri yaşlılara tercih etmekle, bireyler değişik zamanlarda belirli bir yaşa erişecek olsalar da her birey ya da gruba aynı yaşta olduğunda eşit davranılmış olunur. Böyle davranmak için yukarıda önerilen gerekçe özellikle adalete dayandırılmış olması nedeniyle, bu argümanı adalet yönünden çürütmedikçe sadece yaş ayrımcılığı suçlaması yeterli olmayacaktır.

7.3. Maliyet Etkililik Analizinin Kullanımında Etik Sorunlar

Yukarıda kısaca tartışılan konular, birçok MEA’da tipik olan etik varsayımlarla ve bu varsayımların haklı olup olmadığıyla ilgilidir. Bir

* ç.n. Herkesin belirli bir yaşa kadar yaşamasını sağlayacak kaynakları adil olarak paylaşma hakkının olduğunu, ancak belirli bir yaşı -ki genelde 70 yaş- geçtikten sonra bu yaşa henüz ulaşamamış olanların gereksinimi olursa kendine düşen adil payı zaten almış olduğundan henüz bu yaşa gelmemişlerin lehine kaynaklardan feragat etmesini ifade eder.

MEA yapıldığında hakkaniyet konularının birçoğunu ihmal etmesi nedeniyle önleme programlarını önceliklendirme için kullanımı konusunda ek sorunlar ortaya çıkar. Bu ihmallerin en önemli üç tanesi aşağıda tartışılmıştır.

7.3.1. Toplama Sorunu

Önceliklendirme amacıyla alternatif sağlık programlarının sadece toplam birleştirilmiş yarar ve maliyetlerinin karşılaştırılmasının yeterli olup olmadığı konusundaki kaygılar toplama sorunu olarak adlandırılır. MEA'daki standart uygulama, yararcılık ya da sonuçluluğun felsefi temellerinde olduğu gibi, yarar ve maliyetlerin birleştirilmiş toplamına dayanan önceliklendirme biçimindedir. Bu aynı zamanda nüfusun sağlığını maksimize etme arayışı amacına da uygundur. Ancak toplama işlemine bu şekilde bir sınır koymamak, önleme programlarındaki yarar ve maliyetlerin farklı birey ya da gruplara nasıl dağıtılacağı konusunu ihmal eder.

Belki de toplama sorununun en sık karşılaştığımız tipi çok sayıda bireye sağlanan küçük yararlar ile çok daha az sayıda bireye sağlanan daha büyük yararların karşılaştırılmasıyla ilgilidir. Bu sorunun en iyi bilinen gösterimi bundan 15 yıl önce Oregon eyaleti, Medicaid programını* gözden geçirmeye kalktığında ortaya çıktı (Garland 1992). Başlangıçta özünde bir maliyet etkililik standardı kullanarak, tedavisi belirli durumdaki hastalara sağlanan 700 sağlık durumu/tedavi çifti sıraya dizildi. Başlangıç listesinde yaşamı tehdit eden bir durum olmasına karşın akut apandisit için apendektomi işlemi, öncelik olarak dış kaplamasından sonra geliyordu. Oregon'un yöntemine ve bunun kullanımına karşı, burada işlemlerin maliyetinin hesaplanması da dahil çeşitli teknik çekinceler bulunurken bu durum MEA ile beklenebilecek bir sonuçtur. Oregon, akut apandisit tedavisine gereksinim duyan bir hastanın tedavi maliyetine karşılık dış kaplamasına gereksinim duyan 100 hastanın tedavi edilebileceğini hesaplıyordu ve yüzden fazla hastanın toplam yararları akut apandisitli bir hastaninkini aşıyordu. Bu sonuç geniş çevrelerce reddedildi ve Oregon Sağlık Hizmetleri Komisyonunun önceliklendirme yöntemini gözden geçirmesine neden oldu. Komisyon, eşit etkili girişim-

* ç.n. ABD'de yoksullara sağlanan sağlık güvencesi.

ler dışında maliyet farklılıklarını büyük ölçüde göz ardı ederek daha önce görelî bir yarar standardı olarak işlev gören yürürlükteki maliyet etkililik standardını reddetti. Oregon deneyimi gösterdi ki birçok insanın sezgisel önceliklendirmesi, farklı tedavilerin ya da önlenen durumların bire bir karşılaştırmasına dayanmaktadır, bu durumda da apandektomi açık bir biçimde dış kaplamasından önce gelmektedir.

Toplama sorunu, sadece etkilenen her bir bireyin sağlık sorunlarının önlenmesine ait maliyetlerdeki farklılıklardan kaynaklanmaz, nüfusa ait farklı hastalıkların insidanslarındaki farklılıklardan da kaynaklanır ve bu aşuların geliştirilmesi ve kullanımı gibi önleme programları alanındaki en sık karşılaşılan durumdur. Tıp Enstitüsü raporunda belirttiğimiz aşularla ilgili alandaki örneklere bakalım. Menejit ve tetanoz gibi çok ciddi ancak görece daha az rastlanan hastalıklar, daha az ciddi ancak daha çok rastlanan suççeği, mononükleoz (Epstein-Bar virüsü) ve ishal (rota virüs ya da diğer enfeksiyöz ajanlarla oluşun) gibi hastalıklarla karşılaştırılabilir. Son grup toplamda daha büyük bir hastalık yükü oluştururken, ilk grup onlarla karşılaşan her bir birey için büyük hastalık yükü oluşturmaktadır. MEA sıklıkla yüksek insidans/düşük bireysel yük gösteren hastalıkların önlenmesine, düşük insidans/yüksek bireysel yüke sahip hastalıkların önlenmesinden daha fazla öncelik verecektir.

İnsanların önlenecek farklı hastalıkların bire bir karşılaştırılmasına dayanan sezgisel öncelikleri, maliyet ya da insidans farklılıklarını basitçe dikkate almaktan kaynaklanan bir başarısızlığı mı temsil etmektedir? Gerçekte öncelikler konusundaki ortak düşüncede maliyet ve insidans farklılıklarının ortak bir biçimde görmezden gelinmesinin ya da en azından küçümsenmesinin arkasında etik nedenler olabilir. Bazı ampirik çalışmalarda, bazı hastalıklarının tedavisi (genişleterek önlenmesini de dahil edebiliriz) daha pahalı diye bu hastalığa yakalanmış insanların tedavilerine (ya da önleme programlarına) daha düşük öncelik verilmemesi gerektiği birçok birey tarafından ifade edilmiştir (Nord ve ark. 1995). Aynı şekilde, bazı hastalıklarının nüfus içinde ortaya çıkma sıklığı daha düşük olduğu için bu hastalığa yakalanmış hastalar tedavi geliştirme ya da önleme çabalarında daha düşük öncelikli olmamalıdır, yetim ilaç geliştirme programları bu görüşü yansıtır. Maliyet ya da insidans farklılıklarının ihmal edilebileceğini savunmak sözleşmecî ve bazı sonuççu olmayan ahlak kuramları ile mümkündür (Scanlon 1998). Düşünce şudur: Kit

kaynaklar için yarışılırken bireyler diğer bireylerle karşılaştırılır; bireyler toplamıyla değil, en güçlü ya da en acil iddiası ya da gereksinimi olan bireylere öncelik vermeliyiz. Gereksinimleri karşılanmadığı durumda en acil gereksinimleri olan bireyler en çok şikayetçi olacaklardır ve biz en fazla ya da en güçlü şikayeti olanların şikayetlerini azaltmaya çalışmalıyız.

Bu sorunun karmaşıklığı şudur ki; birçok insan MEA ve yararcılığın sınırsız toplama yapmasını kabul etmeye hazır değilken, toplamayı bütünüyle reddetmeye de hazır değildir. O zaman görev, ne zaman ve hangi nedenlerle toplama kabul edilebilir ve ne zaman edilmez tanınmasını yapmaktır.

7.3.2. En Kötü Durumda Olanların Önceliği

Adaletin kötü durumda olanlara özel bir ilgi talep ettiği bilinir. Bu, John Rawls'ın Fark İlkesi gibi öne çıkan adalet kuramlarının ilkelelerinde, 'bir toplumun adalet düzeyini, o toplumun en az iyi durumdaki üyelerine nasıl davrandığına bakarak söyleyebilirsin.' benzeri aforizmalarda ve birçok dinî geleneğin yoksul durumda olanlar için olan özel ilgisinde yansımaları bulur (Rawls 1971). Halk sağlığı önleme programlarının önceliklendirilmesi bağlamında bu önceliklendirmeye ilgili üç temel soru vardır: Niçin kötü durumda olanlara öncelik verilsin? Kim kötü durumdadır? Kötü durumda olanların önceliği ne olmalı? Birinci sorunun potansiyel yanıtları çeşitlidir ve burada incelenemeyecektir (Brock 2002). Ancak kötü durumda olanlara öncelik tanımayı eşitlik sorunundan ayrı tutmak önemlidir. Doğaldır ki kötü durumda olanların toplum içindeki pozisyonunu yükseltmek eşitsizliği azaltacaktır, ancak bu iki durum yine de kökten farklıdır. Öncelikçilik denilen şey, kötü durumda olanlara yarar sağlamanın ahlaki olarak daha önemli olduğu kanısına dayanır. Öncelikçiler kötü durumda olanların mutlak pozisyonuyla ilgilenirler (Parfit 1991). Diğer yandan eşitlik için dikkat, insanların diğer insanlara göre bazı konudaki göreceli pozisyonu ve bu konuda eşit olmalarıyla ilgilidir. Birçokları eşitçi bir duruşu öncelikçilik lehine reddederler çünkü eşitlikçilikteki aynı seviyeye indirme sorunu itiraz konusudur (Parfit 1991). Kötü durumda olanların pozisyonunu yükseltmeden ama iyi durumda olanların pozisyonunu indirerek eşitliği sağlamak, hatta bunu kötü durumda olanlara yarar sağlayacak hiçbir yol bulmadan yapmak ola-

naklıdır. Çoğunluk sonuçlardaki eşitçiliğe aykırı bu çekinceyi hâlâ geçerli bulmaktadır.

Varsayalım ki, burada tartışmasına girmediğim halde kötü durumdakilere öncelik vermek için adalet ve doğruluğu temel alan bir gerekçe bulunsun. Peki, önleme programlarının önceliklendirilmesi bağlamında kimdir kötü durumda olanlar? Onlar yoksullar gibi genel anlamda kötü durumda olanlar olabilir ya da kötü sağlığa sahip olanlar, yani hasta olanlar olabilir; her zaman olmamakla birlikte sıklıkla bunlar aynı kişiler ya da gruplar olabilir. Bu bölümde ele alınan diğer konular gibi, bu konu da burada tam olarak irdelenemeyecektir. Konuya genel açıdan bakarsak, daha iyi durumdaki sınıfların karşı karşıya olduğundan gerçekte daha az ciddi durumlar için, yoksullara yönelik önleme programlarına öncelik vermeye daha çok istek duyarız. Önleme programlarında eğer kötü sağlığa sahip olanlara öncelik verirse, program başlamadan kötü sağlığa sahip olanları mı yoksa program başlatılmazsa sağlığı kötüleşecekleri mi kastetmektedir? Bunlar her zaman aynı olmayacaktır, ama her iki yorum da bazen kötü sağlığa sahip olanların sağlık kayıplarını önlemek adına toplam sağlık yararlarından feragat edeceğimiz anlamına gelmektedir.

Son olarak, eğer yoksullar ya da kötü sağlığa sahip olanlara yönelik önleme programlarına bir miktar öncelik verilecek olursa, ne kadar öncelik sorusu ortada kalmaktadır. Onlara mutlak öncelik verilmesi olanaklı değildir çünkü bu durum, kötü durumda olanların minimal yararlarını garanti etmek için kötü durumda olanlara hizmet etmeyen önleme programlarından elde edilecek sınırsız yararlardan vazgeçilmesiyle sonuçlanabilir ki bu 'dipsiz kuyu' problemi olarak adlandırılır. Fakat önleme programlarına ya da kötü durumdakilere hizmet eden tedavi programlarına ne kadar öncelik verileceğine ilişkin ilkesel tek bir çözüm görünmemektedir. Bu bölümde sözü edilen diğer hakkaniyet meseleleri gibi bu da üzerinde farklı toplumlar ya da ülkeler bir yana bir toplum ya da ülkede bile insafli insanların aynı düşüncede olmadığı bir konudur. Sağlık politikalarına karar vermek için olduğu kadar niceliksel modeller için de bu uyumsuzluğun etkilerini bu bölümde daha sonra ele alacağım.

7.3.3. Adil Fırsatlara Karşı En İyi Sonuçlar

MEA, kaynaklar nasıl kullanılırsa sağlık yararları yönünden en iyi sonucun alınabileceğini belirlemenin analitik ölçüsüdür. Eğer biz her zaman en iyi sonucu üretecek kaynak kullanımını seçersek en iyinin bir altındaki kaynak kullanımı seçeneğiyle hizmet alacak olanlar, kaynak kıtlığı her iki alternatifini fonlamaya izin vermediği zaman gereksinimlerinin karşılanması şansına sahip olmayacaklardır. Her zaman en iyi sonuçları üreten seçeneğe öncelik tanıdığı anda, alternatif kaynakların kullanımının maliyet etkililikleri arasındaki farkların küçük, fakat hangi alternatifin fonlandığına bağlı olarak bireylere yönelik sonuçlar arasındaki farkın (uç noktada yaşam ve ölüm arasındaki fark) çok büyük olduğu seçimler, etik olarak en sorunlu durumlar olacaktır.

İster önlemeye karşı önleme, isterse de önleme tedavi karşılaştırmasında, kaynakların en fazla yararı beraberinde getirecek önleme girişimine yönlendirilmesi tezi, daha ucuza yardım edilebilecekler yüksek öncelik verilmesini gerektirir. Bu da gereksinimlerinin karşılanması daha pahalı olduğundan bazı hastaların daha başından kaybedeceği anlamına gelir. Örneğin düşünün ki benzer iki önleme programı aynı sayıda kişiye hizmet veriyor ve aşağı yukarı benzer yarar sağlıyor olsunlar ama bunlardan biri kentsel değil de kırsal bölge nüfusuna hizmet götüreceği için daha pahalı olsun. Kentsel nüfusa hizmet götüren program daha maliyet etkilidir ama kırsal alanda yaşayanlar sadece onlara ulaşmak bir miktar daha pahalı diye gereksinimlerinin karşılanması şansının kendilerine verilmemesini adil bulmadıklarını ifade edebilirler. Sınırlı sayıda çalışma, maliyet etkili alternatifin lehine tutum alan sağlık profesyonelleriyle, ihtiyaç duyulan tedavi ya da önlemede ihtiyaç sahiplerine bir şans verilmemesinden yana tutum alan genel halk arasında bu tartışmaya verdikleri yanıtlarda keskin bir fark bulunduğunu göstermektedir. Bu düşünce bölünmesi eldeki kaynaklarla en iyi sonuçları almayı umduğumuz yolun tanımlanmasında kesinlikle bir kılavuz olan MEA'nın özüne kadar gider. Sağlık politikasının etkilenen nüfusun en sık desteklediği değerlere dayanması savında ısrar eden sağlık profesyonelleri için de bir ikilem yaratır.

Adil fırsatlar ve en iyi sonuçlar arasındaki çatışma sadece benzer hasta grupları arasındaki tedavi maliyet farklarından kaynaklan-

maz, aynı şekilde bir grup hastanın aynı maliyetle diğerlerinden bir miktar fazla yarar elde etmesi de bu çatışmaya neden olur. Etkilenen her bir bireyin potansiyel kazanım ve kaybına göre, iki program arasındaki maliyet-etkililik farklarının göreceli olarak küçük olduğu yerde adil fırsatlar çözümünün çekiciliği daha büyüktür. Eşit büyüklükte farklı toplumlara eşit bir maliyetle hizmet verebilecek olan iki önleme programı düşünün. A programı 5000 KAYY ve B programı 4500 KAYY üretsin ve hizmet alan her hastanın yaşam sağlığı üzerine A programının etkileri çok büyük olsun. B programından hizmet alan hastalar, benzer sağlık riskine sahip oldukları ve A programı tarafından hizmet götürülen kişiler kadar önleme programından yarar görmeleri gerektiği halde bütün kaynakların A'ya gidip B'ye hiç kaynak ayrılmamasının adil olmadığından şikayet edebilirler. Eğer herkes önleme programlarından yararlanamıyorsa, muhtemelen tartışma devam edecek ve kendilerine sunulan hizmetler biraz daha az yarar üretiyor diye önleme çabalarından dışlanma yerine gereksinimlerinin karşılanması doğrultusunda adil bir fırsatı hak ettiklerini ileri süreceklerdir. A programından hizmet alan bireylerden toplamda çok az eksik bir yarar üretilecek olduğu için önleme çabaları için hiç şanslarının olmamasını değil gereksinimlerinin karşılandığı adil bir fırsatı hak ettiklerini iddia edebilirler. Üretilmiş yararlar açısından iki grup arasındaki küçük farkın gruplara yönelik davranış farklılığını gerekçelendirmede çok yetersiz kaldığı öne sürülebilir. Örneğin A programındaki bireylere hizmet sunulması uzun dönemli çok ciddi bir engellilik durumunu önleyecek durumdayken B programına katılanların sadece biraz daha az önemli bir engellilik durumunun önlenmesi söz konusu olabilir. Ya da sorun yaşam ve ölüm hakkındadır ve A programındaki bireyler B'dekilere göre sadece biraz daha yüksek yaşam beklentisine sahip olabilirler. Dikkat edilirse B'yi değil de A programını finansal olarak desteklemekle, daha çok iyilik ya da daha iyi sonuç üretilir gerçeğine kimse karşı çıkmıyor, sadece iki grup hastanın tedavi yollarındaki çok büyük farkın ahlaki olarak haklı çıkarılması için elde edilen ek yarar yeterli değildir denilmektedir.

Varolan haksız eşitsizliklerle iç içe geçtiği için en maliyet etkili programı tercih etmek de adil görünmeyebilir. Örneğin gecekonduya yaşayan siyah erkekler için hipertansiyon taraması en yüksek insidans ve en yüksek erken ölüm riskli grubu hedef alır ama banliyöde yaşayan varlıklı beyaz erkekleri hedeflemek daha maliyet etkilidir çünkü

daha düzenli bir yaşama sahiptirler, daha uyumludurlar, özel hekimlerin ve tıbbi hizmetlere ulaşma olanakları vardır, daha eğitilimler, yaşam tarzlarını daha akıllıca düzenleyebilirler ve benzeri nedenler vardır. Ancak yoksul siyahlar bu nedenle taranmazsa bu, onların zaten adil olmayan yoksunluklarının bir parçası olur ve tabii ki kötü durumda olanlara öncelik veremeyecektir.

Gereksinimlerinin karşılanması için daha az maliyet etkili bir programa gereksinim duyanlar adil bir fırsatı hak ediyorsa bu durumda adil fırsat ne olmalıdır? Bu konuda düşünce ayrılıkları vardır. Bazıları adil fırsatın eşit şans olduğunu ve finansal olarak desteklenecek programı seçmek için rasgele yöntemler kullanılması gerektiğini söylerler. Diğerleri her programın seçilme şansının üretecekleri sağlık yararına orantısız olduğu orantısız şanslar ya da ağırlıklandırılmış lotoyu önermektedirler ki bu adil şansların en iyi sonuçlara karşı dengelendiği bir yol olacaktır. Ya da eğer olanak varsa kaynakların bir bölümü her gruptaki bazı hastaların yararlanacağı şekilde kullanılabilir. Adil fırsat nasıl yorumlanırsa yorumlansın, önleme programları için genellikle kaynakların bölünebilir durumda olduğu makro bölüşüm düzeyinde, iki potansiyel transplant alıcısının kısıtlılığı çekilen hayat kurtarıcı bir organa gereksinim duyması durumuna benzemeyecek biçimde tüm kaynakların en maliyet etkin programlara gitmesi yerine, en azından göreceli yararları göze batacak kadar birbirine benzemez değilse, bazı kaynaklar farklı alternatif programlara ayrılmalıdır.

7.3.4. Hakkaniyetle İlgili Çekinceler - Niceliksel Modelin İçinde ya da Dışında Kalan Alan

Genel olarak sağlık kaynaklarının, özel olarak da önleme programlarının önceliklendirmesinde en yaygın kullanılan niceliksel analiz aracı olan MEA ile ortaya çıkan birçok etik konuyu yukarıda ana hatlarıyla kısaca açıkladım. Genellikle MEA, hakkaniyet ya da adaletle ilgili sorunları ihmal eder ve etik olarak tartışılmalı birçok varsayım barındırır. Öyleyse biz bu etik sorunları da içeren alternatif niceliksel yöntem ya da alternatif etik varsayımlar geliştirme arayışına girmeli miyiz (Nord ve ark. 1999)? Bu birbiriyle çatışan düşüncelerin olduğu ve bir uzlaşımın olmadığı karmaşık bir konudur. Bazı araştırmacılar, kişi ödünleşmesi yöntemini kullanarak, örneğin en hasta olanların tedavi

almasını sağlamak için bireylerin toplu sağlık yararlarından ne kadar feda etmeye hazır olduklarını ortaya koymaya yönelik deneysel çalışmalar yapıyorlar. Yukarıda belirtildiği gibi bu, kötü durumda olanlara özel bir öncelik verme şeklinde hakkaniyet kaygısının bir yorumudur (Nord 1993). Günümüze kadar bu tür çalışmalar birçok açıdan sınırlıydı. Göreceli olarak küçük ve genellikle temsil etme gücü olmayan katılımcılara yer verirdi ve sonuçlarının geçerlik ve stabilitesi tam olarak ortaya konmazdı. Dahası, yukarıda tartışılan bazı hakkaniyet konuları üzerine benzer ampirik çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle halihazırda önceliklendirmede kullanılabilir niceliksel bir yöntemin hakkaniyet kaygılarının tümünü kapsayabilmesi için daha fazla araştırmaya gereksinim duyulmaktadır. Ancak bu hâlâ uzun erimli bir hedef olabilir. Niceliksel yaklaşım, birçok sağlık politikası bağlamında güçlü bir çekiciliğe ve etkiye sahiptir. Denebilir ki MEA'ne hakkaniyet konuları dahil eden niceliksel bir alternatif olmadan, MEA'nin faydacı maksimizasyon yaklaşımı, kaçınılmaz olarak orantısız bir etkiye sahip olacaktır ve hakkaniyet kaygılarına yeterli ilgi ve önem verilmeyecektir.

Bu düşüncelere karşın MEA'ne alternatif olarak hakkaniyetle ilgili özellikleri nicelikleştirme stratejisi peşinden koşmanın ciddi zorlukları devam edecektir (Daniels 1998). Bazıları, hakkaniyet ya da adaletle ilgili kaygıların ayrı ele alınarak, MEA'ni sadece alternatif önleme stratejilerinin ürettiği göreceli iyilik ya da sağlık yararlarının bir ölçüsü olarak bırakmanın kabul edilebilir olduğunu iddia ederler. Ancak bu saf ayrım pratikte çok ender gerçekleşir. Örneğin MEA içinde, ender de olsa, ekonomik olarak üretken yüksek ve orta sınıfları etkileyen hastalıklara, yoksulları etkileyen hastalıklardan daha fazla öncelik verilir. Yine de birçok hakkaniyet ya da hak etmeyle ilgili sorunu bir tarafa bırakarak, MEA büyük oranda iyinin, yararlılığın bir ölçüsü olarak kullanılabilir. Bu yaklaşım, hakkaniyetle ilgili çeşitli sıkıntıları karşılama yoluna gidilirse toplam iyiden ya da sağlık yararının ne ölçüde feda edilebileceğini netleştirme avantajına sahiptir.

Çeşitli hakkaniyet sorunlarını MEA'ne benzer niceliksel bir ölçüte dahil etme hedefiyle ilgili daha derinde yatan zorluk, sorgulanan hakkaniyet sorunlarının çoğu için ne genel toplum ne de ahlak felsefesi ve sağlık politikası alanında çalışanlar arasında bir uzlaşımın olmayışıdır. Örneğin 'adil oyun sırası' yaklaşımının uygulandığı gru-

bun üyeleri daha genç olduğunda ek yaşam yıllarına daha büyük sosyal değer verilmesi konusunda ya da insanların gereksinimlerinin karşılanmasına adil şans tanımak için MEA'den ne zaman ve ne kadar ayrılmamız konularında bir uzlaşısı yoktur. Kötü durumdakilere özel bir öncelik verilmesini sağlamak için bu eğer birisi olacaksa, kim olmalı ve ne kadar önceliğe sahip olmalı? Neredeyse, yukarıda sözü edilen bütün hakkaniyet sorunları gerçekten tartışmalıdır ve onları içerecek bir niceliksel ölçü onların her biri için kesin bir pozisyon almayı gerektirir. Eğer örneğin bazı çalışmalar toplumun önemli bir bölümünün sağlık yararlarını maksimize etmeyi tercih ettiğini gösterirken diğer önemli kesimin hasta olanlara özel öncelik verilmesinden yana olduklarını gösterdiği durumda niceliksel standarda hangi pozisyonu dahil etmeliyiz? Eğer biz bu farkı paylaşırsak ya da çatışan pozisyonlarının arasını bulursak kendimizi her iki grubun da desteklemeyeceği bir pozisyonda bulabiliriz.

Eğer bu zorluklara karşın hakkaniyetle ilgili kaygıları dikkate alan niceliksel ölçülerin kullanılması istenirse, hakkaniyet konularındaki etik uyumsuzlukları en azından kısmen başedebilmek için bir alternatif yol, bu konulardaki farklı durumlara duyarlılık analizleri uygulamaktır. Örneğin MEA'da sağlık yararları için indirim oranı uygulanmalı mı konusunda Dünya Sağlık Örgütü bazı çalışmalarında sağlık yararlarının indirim oranı uygulanmış ve uygulanmamış sonuçlarını karşılaştıran duyarlılık analizleri yapmaktadır. İlkesel olarak bu diğer hakkaniyet konuları için de olanaklıdır. Gerçi sınıanacak ilişkili alternatif pozisyonlar pek çok diğer hakkaniyet kaygılarıyla yeteri kadar tanımlanmamıştır ve duyarlılık analizindeki konuların ve alternatif pozisyonların sayısı arttıkça alternatif sonuç dizisi hatırı sayılır derecede artacaktır.

Hakkaniyet sorunlarını dikkate alan bir diğer temel seçenek, niceliksel ölçüyü en azından büyük oranda toplam iyilik ya da sağlık yararları için maliyet etkililik ölçüsü olarak bırakmak ve sonra politik sürecin ya da politika yapıcının ek hakkaniyet konularını dikkate almasına güvenmektir. Çok sık olarak, sağlık politikası seçimi için yapılan MEA'lerinde, politika yapıcıya MEA'nin hakkaniyet sorunlarını dikkate almadığı ve bu nedenle politika yapıcının bunu yapması gerektiği uyarısı sadece bir uyarı olarak bulunur. Ancak bu özgün durumların ne olduğu ve politika yapıcının bunlara nasıl yer vereceği konusunda eğer varsa da çok az yol gösterici olur. Bu tür durumlar-

da hakkaniyet konularına ya hiç ya da yetersiz yer verilmesi pek de şaşırtıcı olmayacaktır. Buna karşılık, politika yapıcının gereksindiği şey üzerinde düşünülen politika seçimiyle hangi özgün hakkaniyet sorunlarının ortaya çıktığı ve bunlar üzerinde akla yakın pozisyonların neler olduğu ve bu alternatifleri desteklemek için nedenler konusunda yol göstericiliktir.

Uygulamada, alternatif önleyici strateji ve programları önceliklendirmek için MEA gibi niceliksel yöntemlerin kullanılmasını sağlayanlar sıklıkla sağlık alanında politika yapıcılar olacaktır. Yukarıda tartışılan hakkaniyet sorunlarının çoğunda bir uzlaşmanın olmaması, önceliklendirmede politika yapıcıların kullandığı standartların adil olmasını sağlamak için, bu önceliklendirme seçimlerini yaparken adil işlemlere dayanmamız gerektiğini işaret etmektedir. Önleme programlarının uygun biçimde önceliklendirilmesi için gereken işlemleri tam olarak anlatmak bu bölümün sınırlarını aşar. Diğer konular yanı sıra bu işlemlerin ayrıntıları bu kararların alındığı özgül durumlara bağlı olarak değişecektir – örneğin, DSÖ benzeri bir organizasyonla uluslararası düzeyde, bir sağlık bakanlığında ülke düzeyinde, bölgesel sağlık otoritesiyle bölge düzeyinde, sosyal güvenlik kurumu düzeyinde ve devamında farklı düzeylerde... Fakat işlemlerin adil olması ve onlarla belirlenen özgül önceliklere geçerlik kazandırmak için Norman Daniels tarafından daha ileriye götürülen aşağıdaki koşulların sağlanması hakkında oldukça geniş bir düşünce birliği bulunur:

1. *Kamusalılık koşulu.* Süreç herkese açık/şeffaf olmalı ve belirlenen öncelikler halk için elverişli gerekçeler içermelidir.
2. *Uygunluk koşulu.* Bu kararlardan etkilenen paydaşlar gerekçelerin nedenlere, ilkelere ve önceliklendirme konusunda adil kararlar verilmesi için uygun gördükleri kanıtlara dayandığı konusunda düşünce birliğinde olmalıdır; toplumun ve paydaşların katılımı ve seslerinin duyulması kurumsal bağlamla uyumlu şekilde farklılık göstermelidir.
3. *Düzeltililebilirlik ve temyiz koşulu.* İşlem yeni kanıt ve itirazların ışığında verilmiş kararlara tekrar dönmeye, düzeltmeye ve kabul edilen politikalardan muaf tutulmak için yasal nedenleri olanları koruyacak temyiz işlemine izin vermelidir.

4. *Yaptırım ve düzenleme koşulu*: Önceki üç koşulun sağlandığını garanti eden bir mekanizma olmalıdır.

(Daniels 2004)

Bu koşulları karşılayan bir işlem en azından farklı çıkar ve hakkaniyet kavrayışlarına sahip bireylerin çıkarlarının ve görüşlerinin önceliklendirme sürecinde bazıları tercih edilse, bazıları tercih edilme bile adil olarak dikkate alındığının güvencesini verir.

7.4. Sonuç

Maliyet Etkililik Analizi, farklı önleme programlarını önceliklendirme için sağlık sektöründe kullanılan başat niceliksel yöntemdir, ancak onun hakkaniyet konusundaki kaygıları görmezden geldiği, büyük ölçüde, kabul edilen bir görüştür. MEA ile ortaya çıkan bazı temel hakkaniyet sorunlarını kısaca gözden geçirdik. Önleme programlarını önceliklendirmede yer alan halk sağlığı yöneticileri ve diğerleri basitçe en maliyet etkili programı seçmemeli, bunun yerine yukarıda tartışılan hakkaniyetle ilgili çeşitli kaygılarla maliyet etkililik kaygısını dengelemelidirler.

Hakkaniyet konusundaki farklı görüşleri birleştiren niceliksel yöntemlerin geliştirilebilirliği ya da geliştirilmesi gerekip gerekmediği tartışma konusudur ve biz bu işe girişmedeki bazı zorlukları ve çöncüleri tartıştık.

Halk Sağlığı Taleplerinin Kabul Edilebilir Sınırları

Mariëtte van den Hoven¹

8.1. Giriş

Batı ülkelerinde insanlar, halk sağlığı yönünden önleyici programlarla giderek daha sıklıkla karşı karşıya gelmektedirler. Bu etkinlikler, genel tarama ve bağışıklama programlarından, yaşam tarzı ve sağlıklı beslenme önerilerine kadar çeşitlilikler gösterir; örneğin bir alışveriş merkezinde kanınızdaki kolesterol düzeyinizi ölçtürebilirsiniz, fiziksel aktivite performansı ölçüm cihazı satın alabilirsiniz ya da çocuk sahibi olmaya karar vermişseniz olası genetik riskleriniz hakkında gebelik öncesi bilgi edinebilirsiniz. Halk sağlığı çağında, genellikle *her* bireyin bu öneri ve tavsiyelerden yararlanacağını basitçe varsaya-

¹ Bu bölümün kaleme alınmasında meslektaşlarım ve danışmanlarım Marcel Verweij'e ve Robert Heeger'e çok teşekkür ederim. Tezimi tamamlarken ve savlarımı geliştirirken, Utrecht Üniversitesi'nde Mayıs 2002'de yapılan Halk Sağlığı ve Etik Kuramı başlıklı sempozyum katılımcılarının tartışmalarından ve Temmuz 2004'te Cambridge Gonville ve Caius College'de gerçekleştirilen Uygulamalı Felsefe Topluluğu tarafından 'Halk Sağlığı, Etik Kuramı ve Kamu Yararı Çalıştay'ından çok yararlandım.

rız. Oysa gerçek böyle değildir. Rose, bir zamanlar ‘topluluğa büyük yarar sağlayan önleyici bir uygulamanın, katılım sağlayan her bir bireye sağlayacağı yararı az miktarda olabileceğine’ işaret etmiştir (Rose 1992).

Yine de halk sağlığı, bir toplumda tüm insanların sağlığını geliştirmek üzere yapılan ilk ve en önde gelen kolektif harekettir. Bu kolektif eylemlerin etkisi sayısal olarak ölçülür: Sigara bırakma kampanyaları toplumda sigara içenlerin sayısını azaltmayı, bağışıklama programları enfeksiyon hastalıklarının prevalansını kontrol etmeyi, meme kanseri taramaları meme kanseri olgularının sayısını azaltmayı amaçlar. Bununla birlikte, bu kolektif eylemlerin yerleşik hale gelmesi, çoğu zaman, tarama önerileri ve önleyici eylemlere nüfusun çoğunluğunun uyum sağlaması ile mümkün olmaktadır; nüfusun büyük bölümü aşlamayı reddederse kitle bağışıklığı gelişmez, tarama kampanyalarına sadece küçük bir oranda katılım olursa programlar başarısız olur.

Genellikle insanların uyum sağlayacakları varsayılr. Kişilerin kendi yararlarına olan bu kampanyalara istekle katılmaları beklenir. Bununla birlikte, tüm önleyici tedbirlerin düşünüldüğü kadar etkili olmasının garantisi yoktur; sözgelisi, birçok insan, sigara içmenin riskleri hakkındaki öğütlere kulaklarını tıkayabilir.

Sağlık önerilerine karşı gösterilen uyumsuzluk ve motivasyon eksikliği en çok tartışılan konulardandır; çoğu kez sigarayı bırakmada irade eksikliği dahil, bu insanların sağlığa ve yaşamdan zevk alma gibi diğer değerlere verdikleri farklı bir önceliğe kadar çeşitlenen açıklamalarla karşılaşırız. Şimdiye dek tüm bu tartışmalarda ihmal edilen belli bir yöne dikkat çekmek istiyorum. Uygulayıcı açısından bakıldığında bazı istemlerin *mantıksız* görülebileceğini ve bu durumun önleyici etkinliklere karşı uyumsuzluğun nedenini açıklayabileceğini ileri sürüyorum.

Halk sağlığı önlemleri bakımından bir istemin akla yatkınlığı neden bu kadar önemli olabilir ki? Bence bu, halk sağlığı önlemlerinin başarmayı hedeflediği genel iyilik haline kişilerin katkısından ne beklendiği ile büyük ölçüde ilgilidir. Halk sağlığının öne sürdüğü bazı ‘istemler’, insanlara yerine getirmeye niyetli olduklarının ötesinde zorlayıcı gelebilir ya da kişinin yaşama bakışı o kadar farklıdır ki çaba göstermek istemeyebilir. Örneğin ileride hastalanma olasılığını azaltmak için yaşam biçiminizi kökten değiştirmenizin beklendiği bir

durum olduğunu düşünün. Böyle durumlarda insanın alışkanlıklarını, beslenme biçimini, yaşam biçimini ve yaşadığı çevreyi değiştirme zor olabilir. Bu bağlamda kişinin sahip olduğu bakış açısının çok önemli olduğunu ve özellikle *kabul edilebilir* talepler söz konusu olduğunda, bizim halk sağlığı programları ile ilgili tartışmalarımızda buna daha fazla önem vermemiz gerektiğini savunacağım.

Bu kampanyalarla ilgili olarak insanlara aşırı yük getiren uç bir örnek düşünelim. Örneğin Çin, aşırı nüfusa bağlı devasa sorunları kontrol altında tutabilmek için 1980'lerin başından beri her ailede tek çocuk politikasını uyguluyor. Yenidoğan çocuk sayısında azalma gerçekten de ekonomiye nefes aldırabilir ve tüm nüfusun sağlığını ve refah düzeyini iyileştirebilir. Ancak uygulayanlar açısından bakıldığında bu politika, muhtemelen külfetli ve akıl almaz nitelikte aşırı bir önlem olarak değerlendirilebilir. Her şeyden önce bu politika insanların kişisel tercihleri ve yaşamları üzerinde sert etki yaratmış, âdeta bir ödül ve ceza sistemi gibi zorla uygulanmıştır. Eğer bu politikaya uyarınsanız bir sürü ödül alırsınız, birden çok sayıda çocuk yaparsanız cezalandırılırsınız.² Bu tek çocuk politikası genel olarak etkin özneler tarafından ağır bir yük, aşırı nüfusun yarattığı sorunları kontrol etmek için aşırı bir önlem olarak görülmüştür. Başka deyişle, halk sağlığını geliştirmek üzere alınması kabul edilebilir önlemleri değerlendirirken, çoğumuz bu tür aşırılıklara uymayı reddederiz, insanlardan beklentilerimizin sınırı olduğunu biliriz ve buna saygı duyarız. Bu bölümde, kabul edilebilirlik düşüncesiyle kişiye yükleyeceklerimizin sınırı olması düşüncesinin, halk sağlığı etiği ile olduğu ilgili olduğunu savunacağım. Ortaya koyduğum bu sorun, ahlâk felsefesinde, insanlara aşırı yüklenme konusunda sürmekte olan bir tartışma ile ilgilidir. Bu konu 'talepkârlık tartışması' olarak bilinir.

² Çin'de bu politikanın insanlara yasayla dayatılmadığını ama daha kurnazca davranılarak, sadece tek çocuk sahibi olmak isteyen insanlara teşvik ve cezalarla işlenen bir sistemle uygulandığına dikkat edelim (ç.n. Çin'de tek çocuk sahibi olma politikası artık yürürlükte değildir. bkz. <http://www.hurriyet.com.tr/cin-tek-cocuk-politikasina-son-verdi-40007507> -Erişim: 30.10.2015).

8.2. Etkin Öznelere Yöneltilen İstemlerin Sınırları

Bazı istemlerin insanlara kabul edilemez gelebileceği düşüncesi, etkin öznelerin her isteme tam olarak uymalarının beklenmemesi gerektiği düşüncesiyle, yaygın ve herkes tarafından kabul edilmiş bir görüşe dayanır. Tek çocuk politikası insanın çocuk doğurmak için özgür seçim yapabilmelerini tehlikeye soktuğu için içgüdüsel olarak reddedilmiştir. Aynı zamanda, tüm maaşımızı hayır kurumlarına bağışlamayı da reddedebiliriz çünkü bu eylem etkin özneleri kendi yaşamlarını belirleme yeteneğinden yoksun kılar. Yine de bu düşünceler doğrultusunda başkalarıyla aynı görüşte olmakla onları savunma gerekçelerimiz aynı şeyler değildir ve kuşkusuz çoğu etkin özne tabii ki halkın sağlığını iyileştirmek üzere çaba göstermesi gerektiğini hissettiği gibi dünyadaki yoksulluğu azaltmakla ilgili bazı ahlaki görevleri olduğunun da farkındadır. Yaygın olarak ağır bir bedeli olmayacaksa yardımda bulunmanın bir görev olduğuna inanılır. Bu durum, Peter Singer'ın ünlü *Yaşam Kurtarma Benzeşimi* ile ifade edilebilir. Buna göre, elbisenizin ıslanacağını bilerseniz dahi bunu göze alarak suya atlayıp havuzda boğulmakta olan çocuğu kurtarmak ahlaki bir ödevdir (Singer 1972).

Konuyu özetlersem, bazı istemleri mantıksız olarak değerlendirmek tüm ahlaki sorumluluk ve görevleri yadsıyacağımız anlamına gelmez, bunun yerine, etkin öznelerden bekleyeceğimiz özverilere bazı sınırlar konulmasını saygıyla karşılamak yerinde olur. İşte talepkârlık tartışmasının altında yatan temel düşünce budur. Bu tartışma, Bernard Williams ve diğer bazı düşünce insanlarının eylem yararcılığı kuramlarıyla ilgili olarak öne sürdükleri eleştirel yorumlardan kaynaklanır. Williams, eylem yararcılığı yaklaşımına bağlı kalmanın insanı yabancılaştıracağını ileri sürer; çünkü insanın sevdiklerine yabancılarla eşit ölçüde yakınlık göstermesini ummak (Williams, 1981) ya da etkin öznelerden kişisel çıkarları, planları ve bağlantılarından uzak durmalarını beklemek mantıklı değildir (Williams, 1973). Bazı planlar ve projeler bizim için çok önemlidir çünkü onlar bizim kimliğimizin parçasıdır. Bu nedenle, daha büyük ve bizden bağımsız bir yararın sağlanması için kişisel çıkarlarımızdan özveride bulunmamızın istenmesi bütünlüğümüzü tehdit edebilir. Bu ve benzeri eleştirel yorumlar, etik kuramların insanlara meşru biçimde yüklen-

bilecek bazı bedelleri sınırlandırmaya saygı göstermesi gerektiği konusundaki tartışmaların başlangıç noktasını oluşturmuştur.

Yine de bu durum tartışılmaz değildir. Bazı felsefeciler, aşırı talepkârlığın *etik kuramlara* meydan okuyan bir konu olmadığını savunurlar. Etik kuramların, temel olarak, ahlaki sorumluluklarımızın ideal düzeyde nasıl olacağını belirlemeye odaklandığına, insanların bu sorumlulukları birebir yaşama geçirip geçiremediğiyle ilgilenmediğine dikkat çekerler. Aynı zamanda, ideal bir dünyada yaşamadığımızı, yaşamda büyük mutsuzluk ve sefaletin de bulunduğuna işaret ederler. Bu dünyayı daha iyi bir duruma getirmek, etkin öznelerin muhtemelen büyük özveride bulunmasını gerektirecektir. Bundan dolayı, sorumluluklarımızın sınırlandırılmasını isteyen her girişim eleştirilebilir. Bazıları daha da ileriye giderek, kişilere yönelik istemlerin kabul edilebilir olması doğrultusundaki sağduyumuzdan kaynaklanan düşüncelerimizin, aslında tembelliğimiz için uydurduğumuz bir kılıf ya da burjuva ahlakımızın rahatlığının bir savunusu olduğunu iddia ederler (Murphy 2000: 15).

Bununla birlikte, böyle bir görüş, ‘sağduyu’ ahlaki bakış açısı tarafından reddedilmiştir. Sağduyu düşüncesini destekleyen ahlak kuramcıları, etkin öznelerden yapmalarını beklediğimiz özverilerin hesaba katılmasını ve ‘etkin özneye maliyetin’ ahlaki açıdan göz önünde tutulması gerektiğini ileri sürmektedir. *Ahlakın sınırları tartışması* (Kagan 1989) diye bilinen görüş, bu tür istemlerin çok maliyetli olabileceği ve etkin öznelerce kabul edilebilir karşılanmayacağı doğrultusunda dört farklı görüş ileri sürmektedir. Şimdi kısaca bunlara değineceğim.³ İlk olarak, bu sınırlardan bazılarının apaçık ortada olduğu ileri sürülmektedir: insanlardan bir ahlak kuralını çiğnemeleri beklenemez çünkü insanlardan aynı zamanda hem başkalarını öldürme ve zarar vermeye karşı kurallara uymaları hem de bir fırsat oluştuğunda bu kuralları bozmaları istenemez. Diğer görüşler de etken öznelere yükleyebileceğimiz maliyetin sınırlarına saygı göstermemiz gerektiğini desteklemektedir.

İkinci olarak, eğer ahlaki yükümlülükler zaman, para ve çaba yönünden insanlardan çok büyük özveride bulunmalarını istiyorsa bu da makul karşılanmaz. Çünkü bu tür istemler, insanların kendi

³ Bu gerekçeleri bir başka yazımda daha ayrıntılı ele aldım (van der Hoven 2006).

yaşamlarını sürme ve kendi yararlarını gözetme olanağını engeller. İnsanların kendi belirledikleri gelecek doğrultusunda yaşamlarını sürdürmesi, sadece seçme özgürlüğümüze ve özel yaşamımızın gizliliğine değer verdiğimiz için değil, aynı zamanda yaşamımızı kendi belirlediğimiz biçimde sürdürmeyi, kişiliğimizin, kimliğimizin, birey olarak bütünlüğümüzün bir parçası olarak kabul etmemizdendir (Williams 1981). Çin'deki tek çocuk politikası bireylerin seçme özgürlüğüne karşı kesin bir tehdittir. Üstelik, bunun gibi diğer zorlayıcı önlemlerin, kişiyi yaşam tarzını kökten değiştirmeye ve muhtemelen daha farklı bir sağlıklı çevrede yaşamaya zorlayabileceğini hayal edebiliriz. Bu durum, etkin özneler için aynı zamanda büyük bir sıkıntı kaynağı olabilir.

Üçüncü olarak, eğer insanlar, yakınlarına verdikleri önemin aynısını yabancılara vermeleri ya da daha büyük yararlar uğruna yakınlarına verdikleri önemden vazgeçmeleri doğrultusunda zorlandıklarında bu, onlar için katlanılmaz bir yük olur. İnsandan, hiç tanımadığı başka yabancılar yerine, neden karısının tarafını tuttuğunu açıklaması istenirse, Williams'ın meşhur deyişiyle, 'insanların bam teline basarsınız.'⁴ Birçok etkin özne suçluluk, kısıtlanmışlık duyguları olmaksızın doğal olarak sevdiklerine, yakınlarına öncelik verir. Tam tersine, anne babanın çocuklarına kol kanat germesinin, insanların sevgililerine, meslektaşlarına ve arkadaşlarına vakit ayırıp onlarla zaman geçirmesinin iyi olduğunu düşünürüz.

Örneğin kuş gribi etrafı kasıp kavururken ve ortada bağışıklığı sağlayıcı aşı yeterli miktarda yokken, aşı dağıtımından sorumlu kişilerin, nesnel ve tarafsız koşullarda dahi, kendi yakınlarına aşı temin edememesi ve sevdiklerinin bu olanaktan yoksun kalmalarının çok zor bir durum olduğunu hayal edebiliriz. Daha az zorlayıcı koşullarda dahi, insanların, yabancı bir hastaya bakmak üzere, hasta anne babalarını ya da hasta çocuklarını geride bırakmaları beklenemez. Öncelikle sevdiklerimizle ve yakınlarımızla ilgileneneğimiz çok açıktır, yabancı birine karşı aynı ilgi ve özeni göstermemiz beklenmesi ise çok zorlayıcı bir yükür.

Dördüncü olarak, insanlar, devamlı olarak bitmez tükenmez yükümlülüklerle ve istemlerle karşılaşacaklarsa bu, onlarda hayal kırıklığı yaratır ve giderek ahlaki sorumluluklarına olan duyarlıklarını

⁴ Williams (1981) bu örneği Fried'den (1970) ödünç almıştır.

kaybederler. Eğer etkin özne ‘okyanusta bir damla’ gibi görölüyorsa ya da bir an bile soluk alıp rahatlayamıyorsa bu, onun için sıkıntıcı verici duruma gelebilir ve artık kabul edilebilir olmaktan çıkar. Hastasının sağlığını iyileştirmek gibi genel sorumluluğu olan bir sağlık çalışanını düşünün, risk etkenleri ve sağlığı tehdit eden etkenler hakkında bilgiler arttıkça, asıl olarak tıbbi bakım vermek olan görevinin kapsamı, koruyucu sağlık hizmetlerine doğru genişleyecektir. Yaşlılarda gözlenen hareketsizlik ve yalnızlığa karşı onlara ek beslenme sağlama, bağışıklama ve bunun gibi sonsuz sayıda önlemi almayı hedefleyen koruyucu hizmetler, tüm bunları yerine getirerek yaşamayı önerme, olanaksız bir iş haline gelmiştir. Bir yolunu bulup, bu önlemler arasından seçim yapmamız gerektiğini kabul etmeli ve sağlık çalışanlarından, gerçekleştirilmesi olanaksız beklentilerimizi mutlaka yerine getirmelerini beklememeliyiz.

Bu dört sava dayanan sağduyu temelli ahlak anlayışı, kişiye sorumlulukları yüklemekten önce ciddiyetle değerlendirme yapmamızı savunur. Talepkârlığın, etkin öznelerin iyilik haline yönelik olumsuz sonuçlar bağlamında tasarlandığı geleneksel tartışmalara karşıt olarak bu anlayış, bizlerin insanların ödeyecekleri maliyetleri anlamamızı sağlayacak bir görüşü kabul etmeye zorlar. Bu görüşe göre, insanda hayal kırıklığı ya da ahlaken hatalı bir şey yaptığı duygusu yaratan bu müdahalelerin, sadece o kişinin iyilik halini etkilemekte olduğunu kabul edemeyiz. Bu müdahalelerin etkileri, insanın ahlaki kişiliği ve bütünlüğu üzerinde daha temel ve kapsamlı sonuçlar yaratır. Bu nedenle sağduyuya dayalı ahlak, bu talepkarlık tartışmasında, kişinin ödediği bedelin (1) ahlaka uygun olduğunun kabul edilmesini ve (2) salt o kişinin esenliği sorununu aşan bir nitelikte olduğunu savunur. Talepkarlık tartışmasının insanın iyiliğini etkileme üzerine odaklanması şaşırtıcı değildir çünkü bu tartışma, sonuçsalcı teorilerin, özellikle de eylem-yararlı görüşlerin eleştirisi olarak başlamıştır. Yine de sadece sonuca yönelik değerlendirme tarzının insanlardan aşırı istemlerde bulunduğunu, diğer etik perspektiflerin bu taleplerde bulunmadığını söylemek yanlıştır. Bu nedenle talepkarlık tartışmasında sağduyu iddiası diğer etik kuramları işin içine katarak destek bulur. ‘Kişiye yüklenen bedel’ noktasından hareketle, farklı etik kuramlarının, yukarıda sunduğum dört savı nasıl desteklediklerini göstereceğim. Bu en iyi bir olgu çalışmasıyla yapılabilir.

8.3. Bakımevinde Grip Aşılması

Grip aşısı ile bağışıklama, halk sağlığı kampanyalarının görkemli örneklerinden biridir. Sağlıklı erişkinler için grip, genellikle ağır bir hastalık değildir, ama yaşlılarda ciddi etkileri olur, hatta (erken) ölümlerle bile karşılaşılır⁵. Bu nedenle yaşlıların grip aşısı yaptırılmaları şiddetle önerilir. Bakımevi sakinleri genellikle yaşlılardır. Pek çok kurumda, sağlık durumları duyarlı olan yaşlıların her yıl aşılınması şiddetle önerilir. Ancak bu yaş grubunda aşının koruyuculuğu optimal düzeyde değildir, bağışıklamaya verilen yanıt sağlıklı kişilerle aynı düzeyde olmaz. Optimal korumayı garanti etmek için bu nedenle toplu korunma önlemlerine başvurulur, örneğin kitlesel bağışıklığın sağlanmasına çalışılır. Bu toplu koruma, sadece bakımevi sakinlerinin aşılınmasını değil, onlarla yakın temas halindeki kişileri de kapsar. Böylece sağlık çalışanlarının da aşı olmaları teşvik edilir. Araştırmalar, bakımevlerinde çalışan sağlık görevlilerinin aşılınması ile bu kurumlardaki grip insidansı arasında bir korelasyon olduğunu gösterdiğinden ve virüsün yayılmasında temel taşıyıcı olmalarının akla uygun olması nedeniyle, çalışanların bağışıklanmasından kuşkusuz olumlu sonuçlar bekleyebiliriz (Coles ve ark. 1992; Carman ve ark. 2000). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının bağışıklanması akla uygun bir beklentidir. Ancak bu tür beklentilerin uygulamaya geçirilme yolu çok önemlidir çünkü insanlara nazıkçe aşı yaptırılmalarını önermekle bunu onlara dayatmak arasında anlamlı fark vardır. İkincisinin aşırı talepkâr bir yol olduğunu savunuyorum. Sağlık çalışanlarının grip hastalığının önleminde özel sorumlulukları olduğu yönünde bazı gerekçeleri kabul ediyor olsak bile bunun yapılabilir bir istem olmadığı iddia edilebilir. Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları kurumun sakinlerini korumak üzere ek bir çaba harcamaya hazır olmaları görüşünü destekleyen iki sav öne süreceğim. Daha sonra tersini savunan bazı değerlendirmeleri de sunacağım. Bu tür isteklerin yine de aşırı talepkâr olarak görülebildiği düşüncesiyle tartışmayı sonuçlandıracağım.

⁵ Burada, özel influenza pandemi olaylarını kastetmiyorum.

8.3.1. Bir Topluluğa Karşı ve Bir Meslek Mensubu Olarak Sorumluluklar

Kitle bağışıklığının kolektif bir amaç olarak tasavvur edilebileceği göz önüne alındığında, birçok bakımevinin kitle bağışıklığı sağlamak için çaba sarf etmesi ilginçtir (Verweij ve van den Hoven 2005). Buradan hareketle, sağlık çalışanlarının hem bu topluluğun (korunması gereken kitle) bir parçası olmalarından dolayı hem de profesyonel konumları nedeniyle, o toplulukla olan özel bağları nedeniyle, aşılama tabi tutulmaları gerektiği ileri sürülebilir (van den Hoven ve Verweij 2003). Her iki savı da ele alacağım ve bunun, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda grip hastalığının önlenmesinde ek bir çaba göstermeye hazırlıklı olmaları beklentimizi desteklediğini göstereceğim.

Ele aldığımız topluluğun özelliklerine göre farklılıklar göstermekle birlikte, bir topluluğun üyesi olarak her bir üyenin farklı tipte sorumlulukları vardır. Örneğin Postema, toplu bir yarar söz konusu olduğunda sahip olduğumuz çıkarlarımız ile kesişen ve birbirine uyan benzer çıkarlarımızın ayrımını yapmamız gerektiğini savunur. Bu üç çıkarın farklı tipte sorumluluklara yol açtığını savunur (Postema 1987).

Birbirine uyan çıkarlar, geniş ve belirsiz sayıda tek tek bireylerin aynı türdeki belirli çıkarlarından oluşan demettir. Bu kolektif çıkarlar, aynı amaç için hareket etmezler, ama farklı amaçlar uğruna çıkar birliği oluştururlar. Ortak çıkara iyi bir örnek olarak terörist saldırı tehlikesi gösterilebilir çünkü insanların bu saldırılara karşı korunma ve zarar görmeme çıkarları ortaktır ama bir saldırı olduğunda kimin tam olarak etkileneceğini önceden kestirmek olanaksızdır. Bu saldırı, bir merkez garında, bir konserde ya da buna benzer toplu bir yerde bomba patlatarak yapılabilir. Bu tür bir olayda kimin zarar göreceğini önceden kestiremeyiz ama bu olayın oluşmasını önlemede herkesin birbirine uyan çıkarı vardır.

Bizim olayımıza gelince, bakımevlerinde grip hastalığına karşı toplu korumanın en azından birbirine uyan bir çıkar temeline dayanılabileceğini söyleyebiliriz. Çünkü bakımevi sakinleri ve çalışanlarının, tam olarak ayırt edilemeseler de kaçınılmaz olarak, daha geniş bir grubun üyeleri oldukları için gripten korunmada doğrudan çıkar-

ları, yararları olacaktır. Bu durum, kitle bağışıklığı sağlamak üzere kolektif çaba göstermeliyiz düşüncesini destekler.

Eğer bir topluluğun tüm üyeleri belli bir şeye ya da olaya karşı ortak bir çıkarı paylaşıyorlarsa o topluluk içindeki bireylerin kesişen çıkarları söz konusudur. Başka deyişle, bireysel bakış açısını aşan ve birbiriyle örtüşen çıkarlar söz konusudur. Barışın sağlanması, ekonomik krizlerin ya da sağlığı tehdit eden salgınların bertaraf edilmesi kesişen çıkarların tipik örnekleri olarak gösterilir. Kesişen çıkarlar, birbirine uyan çıkarların ötesinde güçlü bir kamusal vurguya sahiptir. Çünkü bu tip çıkarlarda, tüm bireyleri aynı hedefe yöneltir yarar vardır. Oysa birbirine uyan çıkarlar söz konusu olduğunda topluluk içinde kimin çıkar sağlayacağı belirgin değildir; bu, herhangi birimiz olabilir.

Bir grip salgını çıktığında tüm bakımevi bundan etkilenecektir. Hastalanan bakımevi sakinleri ek bir bakıma ihtiyaç duyacaklardır, hastalanarak işten uzak kalan elemanlar nedeniyle ek işgücüne ihtiyaç ortaya çıkabilecektir. Bu durum, görev yapan mevcut kadro üzerinde ciddi iş yükü ve baskı yaratacaktır. Bu nedenle, bir bakımevindeki gündelik, alışılmış toplu yaşam, grip salgınından büyük ölçüde etkilenecektir. Bu yüzden de sağlık çalışanlarının, grip salgınının önlenmesinde, sadece birbirine uyan değil, kesişen çıkarları vardır. Sonuçta bir salgın patlak verdiğinde, doğrudan doğruya etkileneceklerdir.

Postema, kolektif bir çıkara en iyi biçimde örnek olabilecek üçüncü bir kategori önerir. Eğer bir topluluğun üyeleri olarak kolektif bir yararı paylaşıyorsak bir şeye 'bizim' olarak bakarız ve *kim ve ne olduğumuz hakkındaki düşüncemizi ifade edebileceğimiz* bir ideal ya da çıkar tasarlarız. Bu kolektif yararın değerinin, etkin öznelere gerçek çıkarlarından bağımsız olduğunu gösterir, o gerçek ortak bir değerdir. Bir topluluğun üyesi olma ve kamusal simgeler, tipik kolektif yararlar arasındadır. Grip aşısı ile bağışıklamanın engellenmesini kolektif bir yarar olarak görmek zordur. Sadece bir kurum içinde salgınların önlenmesi ile birlikte belli bir yaşam biçiminin kurulması da bir ideal olarak gösteriliyorsa grip salgının önlenmesi kolektif yararı gerçekleştiren bir yol olarak nitelenebilecektir. Bu ideallerin bu tür kurumlarda yaygın olduğunu sanmıyorum.

Sağlık çalışanlarının grip salgınının patlak vermesini engellemede benzer ve çakışan çıkarları olduğu düşüncesine dayanarak, onlara özel bir çağrı yapılmasını savunabiliriz. Kimler olacağı tahmin

edilemez olsa da hem çok büyük bir yarar sağlama olasılığı hem de salgının önlenmesinden doğrudan yarar sağlayacak olmaları nedeniyle, insanların kolektif bir hareketi destekleyeceklerini öngörebiliriz. Böylece, kolektif hareketin üyeleri olmaları nedeniyle, sağlık çalışanları, gribi önlemede özel bir sorumluluk yüklenebilir.

İkinci olarak, sağlık çalışanlarına *sağlık mesleği hizmet sunucuları* oldukları için özel bir sorumluluk yüklenebilir. Bir sağlık mesleği çalışanı olarak hastanın sağlığı ve esenliği ilk gözetmeleri gereken değer olduğu için, onlardan bu değeri mesleklerinin gereği olarak destekleme sorumluluğu beklenir. Örneğin sağlık çalışanlarının, hastalarının sağlığı için optimal bakımı sağlayacak bilgi ve beceriye sahip olmalarını bekleriz. Bu durum onlardan hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmalarını, hastaları nasıl tedavi edeceklerini bilmelerini beklemenin ötesinde; enfeksiyonları önlemek üzere, onlardan, hizmet sunarken beyaz önlük giymeleri, hastalarını muayene etmeden ve ettikten sonra ellerini yıkamaları gibi yeterli ölçüde hijyenik önlem almalarını da bekleriz. Bu açıdan bakıldığında sağlık çalışanlarının bakımevi sakinleri arasında grip hastalığının yol açabileceği tehlikelerin ve sağlıklarını riske atabilecek faktörlerin, en azından, farkında olmalarını beklemek akla yatkın görünmektedir. Araştırmaların gösterdiği gibi, bir kurum içinde virüsü yayma olasılığı en yüksek olanlar o kurumun sağlık çalışanları ise bu durum, onların daha fazla önleyici önlem alması gerektiğini akla getirir. Onlardan en azından beklediğimiz, hastalandıkları zaman evde kalmalarıdır. Bakımevlerinde yayılan virüsü bertaraf etmenin en etkili yolu, önceden bağışıklanmayı, aşılanmayı kabul etmektir ve böylece sağlık çalışanlarından da aşı olmaları beklenebilir.

8.3.2. Bağışıklamanın Sağlık Çalışanlarına Bedeli

Bakımevlerindeki grip salgınının önlenmesinde sağlık çalışanlarından ek çaba göstermelerini bekliyoruz olmamızın iki nedenini göstermiş oldum. Bu bölümde, çalışanlardan istenen ya da onlara yüklenen böyle ek görevlerin, bazen akla aykırı ya da âdeta bir yük olarak algılanabileceği doğrultusundaki görüşleri ele alacağım.

Söz gelişi elleri yıkamayı da içeren güvenlik ve hijyenik önlemler alma gibi çeşitli özgün işlemleri de kapsayacak şekilde sağlık çalışanlarının enfeksiyonları önlemekle yükümlü olduklarından kuşku

duyulmasa da aşılamanın bu kapsama dahil olup olmadığı çok belirgin ve açık değildir. Gerçekten de aşılama ile el yıkama arasında açık bir fark olduğu savunulabilir çünkü aşılama insanın bedensel bütünlüğüne girişimsel bir müdahale gerektirirken, el yıkama işlemi böyle değildir. İnsanın bedensel bütünlüğü düşüncesi, herkesin kendi bedeni ile ilgili kararları birinci derecede kendisinin alması hakkına dayanır. Bu düşünce, açık onamı olmadan bir kişinin bedenine diğerlerinin zarar veremeyeceği anlamına gelir. Ayrıca bu, kişinin bedeninin mahremiyetine saygı duymamız gerektiğini de işaret eder; en basit haliyle bir diğer kişinin bedenine keyfi olarak müdahale edemez ya da ondan yararlanamayız. İşte, aşılama da, el yıkamadan farklı olarak, bedene çok daha girişimsel bir müdahaledir. Sağlık çalışanlarından, diğer insanları korumak üzere grip aşısı yaptırmaları istendiğinde, onlar, bunu ‘çok fazla’ olarak değerlendirebilirler.

Aşılamanın mesleki sorumluluklarının bir parçası olduğu kabul edildiğinde, bu kez, sağlık çalışanlarının özel yaşamlarını mesleki yaşamlarından ayıran sınırların gözden kaybolacağı düşüncesi ile buna karşı çıkılabilir. Bağışıklamayı evde bırakıp işe gelmek mümkün olmadığı gibi, aşılama istemi değerlendirilirken, gribe karşı bireysel kaygıların göz ardı edilmesi de mümkün değildir. Örneğin, sağlıklı erişkinlerde yaşamsal bir tehlike taşımadığı için grip olmayı önemsemeyen bir sağlık çalışanı, birden kendini hasta olma ihtimalini gerçekten azaltmak isteyip istemediği konusunda bir karar verme durumunda bulabilir.

Dahası, zorunlu aşılama politikasının sağlık çalışanlarına karşı saygısızlık olup olmadığını da hesaba katmak durumundayız. Çünkü bu işlemin, daha zayıf durumdaki başka insanları korumak üzere sağlık çalışanlarının bedenlerini ‘araçsallaştıran’ bir tarafı da vardır.

Odenen bedel bir anda bireyin ‘ötesine geçebilir. Zorunlu bağışıklama, meslek üzerinde öyle değişikliklere yol açar ki mesleğin uygulayıcısı sağlık çalışanları, değişen sorumluluklar ve istemlerin, mesleklerini olumsuz yönde değiştirdiğini düşünebilirler. İşe başladıklarında kendilerini içinde buldukları mesleki özellikler ile şimdiki durumda kendilerine yüklenen yeni sorumluluklar arasında bir uçurum olduğunu düşünebilirler. Bu tartışmayı somutlaştırmak için, sağlığın belirleyicileri hakkında artan bilginin, sağlığımızı pek çok yeni yolla koruma ve geliştirmemize olanak sağlamasını örnek verebiliriz. Sonuç olarak, birçok sağlık hizmeti uygulamasında odaklanı-

lan noktanın, bakım vermektan çıkararak koruyucu önlemler ve etkinliklere doğru kaydığını görüyoruz. Sağlık alışanlarının çoğunun kendilerini yeterli derecede donanımlı hissetmeyecekleri yeni etkinliklerin farklı sorumlulukları beraberinde getireceği gerçeği yanı sıra, yenilikçi hedeflerin sağlık çalışanlarını birçok yönden ve farklı biçimlerde harekete geçireceği açıktır. Sağlık çalışanlarından hastalıkların önlenmesi hedefine erişmek için ellerinden gelen her şeyi yapmaları beklendiğinde, enfeksiyonları önleme sorumluluklarının sınırsız ölçüde genişleyeceği kaygısına kapılabilirler. Üstelik bu çaba, doğrudan doğruya belli bir hastalığın baş göstermesini önlemekten ziyade, bir kimsenin hasta olma olasılığını bertaraf etmeye yönelik olabilir. Bakımevi sakinlerinin sağlığı ve esenliği sonsuz sayıda yollarla korunabileceğini aklımızda tuttuğumuzda; bakımevinde kalanların çoğunun yeterli beslenme ve sıvı almadıklarını ve dış ortama artık pek ıkamadıklarını göz önüne aldığımızda, bakımevi çalışanlarını aşılmakta ısrar etmek oldukça keyfi bir tavır gibi görülebilir. Eğer sözü edilen diğer konulara gereken önem gösterilmiyorsa orada görevli bir sağlık çalışanı aşılama için nasıl özendirilebilir?

8.4. Talepkârlık ve Kabul Edilebilir Ahlak

Gerek sağlık çalışanlarının zorunlu bağışıklamada özel sorumlulukları olduğunu savunan gerekse zorunlu aşılama politikalarını reddeden görüşlerin ikisi de aynı soruyu sorar - sağlık çalışanlarından kabul edebilecekleri talebimiz ne olabilir? Bir taraftan, bakımevi sakinlerinin sağlığı ve esenliğini sürdürmeleri ve grip salgınından uzak tutulmaları için sağlık çalışanlarının özel bir çaba harcamalarını beklediğimizi, öte taraftan da aşılama istemlerinin kişiye normalden fazla yük getirebildiği görüşünden kaçınmak istediğimizde zorunlu aşılmaya bazı sınırlar getirilmesi fikrine saygı gösterilebileceğini savunuyorum.

Sanırım, burada ele aldığım ve kişiye yük olarak nitelenebilecek zorunlu bağışıklama durumlarında, bunun da ötesinde, 'kişiye bedeli' de söz konusudur. Ahlaka uygun olan bu bedel bağışıklama taraftan diğer görüşlerden ağır basabilir hatta onları baskılayabilir. Böylesine bir 'bedel', temelde, iki koşulun yerine getirilmesine bağlıdır. İlk koşul, bu etkenlerin uygun görüşler olarak etik bir kuramsal

çerçevede tanınmaları ve kabul edilmeleridir. İkinci koşul ise bu tarz görüşlere aynı bakış açısı ile sağlanan statü ile ilgilidir. Bu bölümde etkin bir özneye potansiyel bir yük olarak düşünülen bir görüşün ahlaka uygun bir görüş olarak nasıl kabul edilip edilemeyeceğine dikkat çekeceğim. Bunu yaparken amacımı açıklamak için iki etik kuramdan yararlanacağım.

Eğer öne sürdüğüm iddia ikna edici ise ikinci bölümde kullandığım akla uygunlukla ilgili sağduyu düşüncelerini de destekleyecektir. Dahası, grip aşısı olgusunda sorumlulukla ilgili konuların rol oynadığı kabul edildiği takdirde akla uygun taleplerle ilgili düşüncelerimizin Çin'deki tek çocuk sahibi olma politikası ya da ölümcül virüsün yayılmasını zorlayıcı uygulamalarla engelleme gibi uç politikalarla sınırlı olmadığı da gösterilmiş olacaktır.⁶ Sonuçta bu tür politikaların ve önlemlerin uygulayanlar açısından akla uygun olması gerektiği anlamında birçok halk sağlığı kampanyası eleştiriye açık olmalıdır.

8.4.1. Eylem-Yararcılığı Kuramı

Eylem-yararcı görüş, benzeri refah yanlısı sonuçsalcı bir bakış ile değerlendirdiğimizde, eylemlerin sonuçları, ahlaka uygunluğun birincil normatif unsurudur. Bu bakış açısı ile bakıldığında bazı şeylerin uygulayana yük olarak gelebileceği kabul edilebilirse de neyin yük olarak algılandığı genellikle iyilik hali ile ilgili düşüncelerle sınırlıdır. Sonuç olarak, ikinci bölümde dile getirdiğim sağduyu ile ilgili görüşler sadece 'yük olan şeyler' iyilik hali ile bağlantılı olduğu ölçüde geçerlidir. Bu nedenle arkadaşına verilen özel vaatlerden vazgeçmesinin ya da sonsuz sorumlulukların yarattığı hayal kırıklıklarının mutlaka kişilerin iyilik hallerine moral bozucu etkilerinin olması gerekir. Aksi halde, bunların konu ile ilgisi kabul edilmez.

Ele aldığımız olaya gelince, insanın iyilik durumuna bu biçimde odaklanmamızın, zorunlu aşılama muhaliflerinin gündeme getirdikleri bazı hususları kabul etmemizi engellediğini görebiliyoruz. Uygulayanlar üzerindeki yük söz konusu olduğunda, bedenlerinin araç olarak kullanılmasına izin veren sağlık çalışanlarına saygı duyulmamasının ya da özel ve mesleki roller arasındaki sınırların belirsiz-

⁶ Bu bağlamda SARS ya da kuş gribinin insanlar üzerinde yarattığı tehdidi hatırlayalım.

leşmesinin ya da hiç kimsenin giderek artan yeni sorumluluklar nedeniyle huzurlu olamayacakları gerçeğinin konu ile ilgili görüşler olarak kabul edilmeleri kolay olmayacaktır. Gerçeğı söylemek gerekirse, basit olarak mantık terazisine koyduğumuzda sonuçlar açık olarak uygulayanlara yönelik etkilerin çok hafif olduğunu göstermektedir ve bu durumda bakımevinde kalanlara yönelik olası yararların göz ardı edilmesi mümkün değildir.

Hatta daha geniş kapsamlı bir sonuçsalcı görüşe sahip olup sınırlara saygı göstermeye istekli olsak, örneğın kişinin bedenini araç olarak görmekten kaçınısak bile tüm bu görüşlerin diğeri görüşleri engelleyebileceğini ya da susturabileceğini ve bu sayede sağlık çalışanlarının aşılmasının bakımevinde kalanlara sağladığı yararın üzerini örtebileceklerini kabul etmek zordur. Aslında sonuçsalcı biri, diğeri birçok düşünce arasından sadece bir tanesi olarak bu düşüncelerin her birini kabul etmeye eğilimlidir ve tüm düşüncelerin ölçülüp tartılması en iyi hükümü oluşturacaktır. Dolayısıyla, bakımevi sakinlerine yönelik beklenen yarar ciddi biçimde yüksekse, başka deyişle, çalışanların aşılmasından çok sayıda yaşlı yarar sağlayacaksa -eğer toplama yapma görüşünü kabul edersek- elbette etkin özne insanlar üzerindeki ağır yük önemsenecektir.⁷

Bu bakış açısı ile, etkin öznelerle yönelik yük olarak kabul edilebilecek görüşe çok dar olarak odaklanılmış olup, 'kişinin ödeyeceğı bedel'in ahlaki yanı üzerinde pek durulmadığını görebiliriz. Bu görüşte, böylesine bir 'bedel', var olan eleştirileri ortadan kaldıracak, doğrudan ahlaki bir normatif etken olarak değerlendirilemez.

8.4.2. Sözleşmeci Kuram

Bir başka etik kuram açısından baktığımızda bambaşka bir sonuca ulaşabiliriz. Scanlon, sözleşmeci yaklaşımın çerçevesini çizerken, insanların birbirlerine karşı yerine getirmekle yükümlü oldukları görevlerin aslında temel bir ahlaki konu olduğunu ortaya koymuştur (Scanlon 1998). Scanlon'a göre, eylemlerimizin yaratacağı sonuçlar üzerine odaklanmak yerine, yaşadığımız toplum içinde birbirimize

⁷ Toplama, birleştirme yaparak bireyler üzerinden yarar ve zarar hesaplamaya yoludur ve bu toplamın ahlaki bir ağırlık taşıdığını savunur. Sonuçsalcı yaklaşım tarafından sık kullanılan bu strateji, tartışmaya açıktır.

olan davranışlarımızı nasıl ahlaken haklı çıkarabileceğimiz üzerinde durmamız gerekir, çünkü diğerleriyle karşılıklı saygı ilişkisi içinde olmayı isteriz. Kimsenin akla uygun biçimde reddedemeyeceği ilkeler ve kuralları kabul etmemiz gerekir (Scanlon 1998: 33). Yapılan yordama sürecinde her birey için mantıklı biçimde kabul edilebilir bulunan davranış biçimi, belli bir kural ya da ilkenin yarattığı sonuca bağlıdır ve bu kabul edilebilir değilse, o ilkenin mantıklı bir şekilde reddine yol açar.

Sadece iyilik durumu düşüncesine odaklanan faydacı kuramla karşılaştırınca sözleşmeye dayalı kuramın diğer görüşlere çok daha açık olacağını bekleriz. Sözleşmecî kuramcılar kişinin yaşadığı hüsrân duygularına anlayış gösterebilir çünkü bir ahlaki varlık olarak insana sonu gelmez talepler yöneltilerek ona saygısızlık edildiğini düşünürler. Ya da bir varlık olarak insanın tüm kalbiyle desteklediği ahlaki kuralları çiğnemesini beklemenin ona saygısızlık olacağını savunurlar.

Grip aşısı olgusuna gelince, tablo aşağıdaki gibi açıklanabilir. Sözleşmecî görüş, insanın bedeninin âdeta araç olarak kullanılması anlamına geldiğini öne sürerek zorunlu bağışıklamaya itiraz edecektir çünkü bir insanın yararını sağlamak için diğerinden âdeta araç olarak yararlanmak ona saygısızlık etmek demektir. Benzer biçimde, insanın bedensel bütünlüğüne yönelik müdahalelere ve bir yığın birbirine eklenen sorumluluklarla yüklenmesine karşı daha duyarlı davranılması gerektiğini savunur. Üstelik sözleşmecî görüşün sadece tek bir olgudaki yargılarımıza odaklanmayı başkalarının araç olarak kullanılmasının yaygın bir eylem haline geldiği bir dünyanın kabul edilebilirliğini sorgulayarak, her seçimi genellediği göz önüne alındığında, bu tür görüşlerin konumuzla ilgisi daha da fazla anlaşılır.⁸ Bu durum kabul edilemez bulunup reddediliyorsa, o ilkenin uygulamadan toptan kalkması için yeterlidir.

O halde, sözleşmecî görüş, grip aşılması olgusunda nasıl bir sonuca varır? Yapılan her itirazı kabul ederek zorunlu bağışıklamayı reddedecek midir? Bu sonuca ancak tartışma sürecindeki tarafların hepsine eşit biçimde ağırlık verdikten sonra ulaşabiliriz. Yine de bakımevi sakinlerinin temel çıkarları tehlikedeyse, kendi yönlerinden bakıldığında, zorunlu aşılama politikasının reddedilmesine karşı çı-

⁸ Kumar (2001) sözleşmecî görüşün çerçevesini çizerken bunu sık sık vurgulamıştır.

kabirler. Konuyla ilgili verilere ve koşullara dayanarak hem sağlık çalışanlarının grip aşısının zorunlu tutulmasına karşı olmaları hem de bakımevi sakinlerinin gripten optimal korunma istemeleri kabul edilebilir, makul istemlerdir.

Farklı etik bakış aıların bu kısa özetinde, derinlemesine olmasa da sadece ana hatları ile, kabaca odak farkları ayırımı yapılmakta ve bu odağa göre hangi görüşlerin kabul edilmesi ve tanınmasına nasıl karar verileceği ele alınmaktadır. Bu ayırımların tamamen farklı bir tablo oluşturabileceğini belirtmeye çalıştım. Bu nedenle, insanlara yöneltilebilecek mantıklı isteklerin ne olabileceğini tartışırken hangi etik kuramlar çerçevesinde tartışmayı yürüteceğimiz sorusu kaçınılmazdır.

Ayrıca insanların kuramsal etik bakış aıların, akla uygun istemin ne olabileceği doğrultusundaki düşüncelerini etkileyeceğini de varsayabiliriz. Elimizdeki grip aşısı olayında gördüğümüz gibi yararcı bakış açısı savunucusunun, sözleşmeci kuramın savunucusuyla tamamen farklı görüşleri vardır. Bununla birlikte, sağduyu perspektifi ile belirtilen istekleri ciddiye almak istiyorsak ve sağduyulu davranma düşüncesinin toplumda geniş kabul görmüş düşünceler olduğunu anlıyorsak akla uygunluk ile ilgili sağduyu düşüncelerinden uzaklaşmamalı ve insanlara yk sayılan Şeylerin kapsamının genişleyebileceğini akılda tutmalıyız. Aksi halde insanların ahlaki sorumluluklarını yerine getirmede sahip oldukları motivasyon ve merakları riske girebilir.

8.5. Halk Sağlığı Tartışmalarında Uygunluk

Halk sağlığı programlarının gerçekleştirilmesi büyük lde insanların bireysel desteğine ve motivasyonuna bağlıdır. İnsanlara yöneltilen istemler arasında nelerin akla aykırı bulunacağı, nelerin ařırđ önlem olarak karşılanacağı hakkında ortak düşüncemiz vardır; hatta nüfus artışının yıkıcı sonuçları ile mücadele etmek için olsa bile bazı ařırđ önlemler külfetli oldukları için sezgisel olarak reddedilmiştir. Bununla birlikte oldukça basit ve çok tartışmalı olmayan gribe karşı bağışıklama, ařırđ olmayan durumlarda bile bir istemin kişi üzerinde yaratacağı ek yükün akla uygun olup olmadığı sorularının tartışılabil-diğini göstermektedir. İnsanlar bu mantık sınırının aşıldığını dşn-

yorlarsa ve belli bir istek onlar için fazladan bir külfet olarak geliyorsa bu durum, onların bu kurala gönüllü olarak uyum göstermelerini etkileyecektir. Üstelik eğer insanlara bu istem zorlama geliyorsa bu, onların motivasyonlarının düşük olduğunu göstermez, aslına bakılırsa, sağlık çalışanının bu kurala uymakta tereddüt göstermesinin ardında büyük özveriler olduğunu gösterir; bu düpedüz onların bakış açısından ‘çok fazla’dır. Böylece, halk sağlığı programları, istenen şeyin akla uygun olup olmadığını mutlaka göz önüne almalıdır.

Halk sağlığı etiği bakış açısı ile bakıldığında, akla uygun olma ölçütünün dikkate alınması konusunda ısrarlı olabiliriz. Bu düşünceyi destekleyen iki neden vardır. İlki, insanlara neyin mantıklı ve akla uygun olduğunu, neyin aşırı yük ve külfet sayılacağını sağduyuyla değerlendirirken birden çok farklı düşünceden yola çıkılmaktadır. Bu farklı düşünceler, farklı etik kuramlar tarafından ileri sürülen ve bilinen düşünceler olabilir. Yani olayı birden çok etik kuram perspektifinden çözümediğimizde, neyin yük ve külfet olarak görüleceği, kişinin benimsediği kuramsal çerçeveye göre değişiklik gösterebilir. Ancak tüm bu değerlendirmeler, ikinci bölümde açıkladığım sağduyu yaklaşımı ile ilgilidir. Bu durum bizi, ahlaki yükümlülüklerimiz ve sorumluluklarımızın getirdiği istemler konusunda bakış açımızı genişletmeye ve farklı görüşlerin ifade edilebilmesine izin vermeye sevk eder. Ele aldığımız, sağlık çalışanlarını grip aşısı ile zorunlu olarak bağışıklama olayının etik açıdan değerlendirilmesi de buna örnektir.

İkinci olarak, insanlara yapılan zorlama ahlaka uygun kabul ediliyorsa bu yük ve külfetlerin ahlaki değerlendirilmesini (yeniden) ele almamız gerekir. Örneğin kuralı uygulamanın ‘kişiye bedeli’ olduğu düşüncesinin, diğer düşünce ve görüşlere ağır basmasını kabul edecek miyiz? Eğer edeceksek halk sağlığı programlarının ve eylemlerinin etkilerinin ne olacağını önceden ciddi biçimde tartarak düşünmeliyiz. En azından gerçekleştirmeye çalıştığımız kolektif amaçlar dediğimiz hedeflerin tartışmasız kabul edilemeyeceğini bilmeliyiz; bunların kişiye getirdiği yük ve külfetleri, onları zorlayıcı yanlarını, yapacakları özverileri iyice tartmalıyız. Eğer bu yükler ve külfetler, sağduyulu olarak değerlendirildiğinde, teknik bir müdahalenin ya da kişinin sağlık ve iyiliğinin ötesine geçiyorlarsa onlar üzerinde ciddi etkiler yaratabileceği ihtimaline karşı çok daha fazla kuşkucu ve duyarlı olmalıyız.

9

Bulaşıcı Hastalıkların ve Genetik Bozuklukların Dikey Geçişi: Tıbbi ve Toplumsal Müdahaleler Tutarlı mı?

Jay A. Jacobson, Margaret P. Battin, Jeffrey R. Botkin, Leslie Francis, James O. Mason ve Charles B. Smith

Bulaşıcı hastalıklar, sadece ortaya çıkma nedenleri açısından değil, başkalarına yönelik oluşturdukları risk açısından da diğer hastalıklardan farklıdır. Kamu politikaları, hukuk ve etik, başkalarına zarar verme potansiyeli olan bireylerin özerkliğini ve tanı-tedavi seçeneklerini sınırlandırarak bu ayrımı onaylar. Örneğin tüberkülozlu hastalardan hastanede maske takmalarını isteyebiliriz. Günlük ilaçlarını doğrudan gözetim altında almaları için ısrar edebiliriz. Eğer tedaviyi reddederlerse, başkalarına bulaştırmayı önlemek için hareketlerini sınırlandırabiliriz. Benzer biçimde, SARS'lı hastaları izole ediyoruz ve bu hastalığa maruz kalanları karantinaya alıyoruz. Çocukların okula başlamadan önce çeşitli enfeksiyonlara karşı aşılınmalarını

isteyebiliyoruz. İçinde buldukları koşullar kendilerine daha fazla tehdit oluştursa bile bu durum diğer hastalara sağlanan hareket ve tıbbi seçim özgürlüğü ile karşıtlık oluşturmaktadır. Böylece, burada iki etik yaklaşım iş başındadır. İlki, diğerlerinin güvenliğini sağlayarak herkes için azami yararı sağlamak üzere bireysel özgürlüğü kısıtlayan, yararçı yaklaşım. İkincisi, hastalar ve toplum açısından yaratacağı sonuçlara bakmaksızın, ilkesel olarak kişi özerkliğini azami ölçüde vurgulayan deontolojik görüş. Bir hastalık başkaları için önemli risk oluşturuyorsa özerklik temelli yaklaşım genellikle gönüllü tedavi politikalarını destekler oysa yararçı yaklaşım zorunlu tedaviden yanadır.

Enfeksiyon hastalıkları insandan insana bulaşır. Bulaşma iki yönde olur. Birincisi, insanlar arasında doğrudan ya da dolaylı temasa oluşan yatay (horizontal) bulaş. İkincisi, anneden fetusa enfeksiyonun geçmesiyle oluşan dikey (vertikal) bulaş. Bu tür bulaşa sifilis ve HIV enfeksiyonlarını örnek gösterebiliriz. Dikey geçiş sadece enfeksiyonlar için değil, aynı zamanda genetik hastalıklar için de söz konusudur. Bu paylaşılan özellikler, bizleri sonraki kuşaklara geçebilecek farklı hastalıklar ve hastalık kategorileri hakkında nasıl düşündüğümüzü ve yanıt verdiğimizizi araştırmaya davet eder. Ancak, enfeksiyon hastalıkları ve genetik hastalıklar gibi dikey geçiş gösteren hastalıklara ilişkin geliştirilen politikalar tutarsız görünmektedir. Hastalık kategorileri, tedavileri ve tedavinin nasıl uygulanacağı hakkında ahlaka uygun farklılıklar olduğu takdirde bu düşünce ayrılığı yerinde olacaktır. Bu bölümde görünür biçimde tutarsız olan bu politikaları açıklayan ya da haklı çıkaran nedenleri anlamaya çalışacağız.

Enfeksiyon hastalıkları ve genetik bozuklukların pek çok örneğinde sifilis, gonore, hepatit B, rubella, kistik fibrozis, Huntington hastalığı, fenilketonüri, orak hücre anemisi, Tay-Sachs hastalığı ve benzeri nadir durumlarda hangi etik yaklaşımın en uygun olacağını keşfetme olanağı bulabilir ve tıbbi bakım, kamu politikaları, halk sağlığı hukukunun dikey geçiş riskine nasıl yanıt verdiğini anlayabiliriz. Bu bölümde, dikey olarak geçen enfeksiyona örnek olarak sifilis ve genetik bozukluklara örnek olarak kistik fibrozis hastalıklarına odaklanacağız. Sifilise ve kistik fibrozise odaklanmamızın üç nedeni vardır. İlk olarak, her ikisi de nispeten yaygın olarak görülür. İkincisi, klinik belirtileri, tanıları ve nedenleri hakkında uzun yıllardır tıbbi bilgiye sahibiz (Quetel ve Braddock 1992: Shal 1996). Üçüncü ola-

rak, bu emelerle ilgili hatırı sayılır lude üretilmiş kamu politikaları örneklerini, yazılı tavsiye metinlerini ve uygulama örnekleri incelemek mümkündür (Morabia ve Zhang 2004: Wilfond ve Thomson 2000). Biz bu iki hastalığı; klinik tablo, epidemiyoloji, morbidite ve mortalitelerine göre karşılaştıracalığız. Aynı zamanda, bu hastalıkların tanısı, tedavisi ve önlenmesi ile ilgili olanaklarımızı ve bu hastalıklara neden olan etkeni ya da geni belirlemek için sahip olmamız gereken araçları inceleyeceğiz. Bu hastalıkların her birine karşı mümkün olan tıbbi müdahaleleri ve halk sağlığı önlemlerini inceleyeceğiz ve bunların nasıl ve ne zaman kullanılacağını gözden geçireceğiz.

Enfeksiyon hastalıkları ve genetik hastalıkların dikey geçişine karşı yapılan müdahalelerde tutarsızlıklar olabileceğini düşündüğümüzden, bu hastalıkları toplumsal ve tarihsel bağlamda değerlendirip bir başka dikey geçişli hastalıkla, HIV enfeksiyonu ile karşılaştırarak söz konusu tutarsızlığın olası nedenlerini ve gerekçelerini araştıracalığız. Birçok tıp ve halk sağlığı etiği uzmanı, çocukların yanı sıra genetik bağı olan bireyleri de kapsaması nedeniyle, genetik hastalıkların özel bir biçimde ele alınmasını önerirler (National Institutes of Health 2000). Bir başka grup uzman ise genetik olan ve genetik olmayan testler arasında, ‘genetik ayrıcalık’ yaklaşımını haklı çıkaracak yeterli farkın olmadığını belirtirler (Green ve Botkin 2003). Hastalıkların dikey olarak geçişine odaklanırsak, genetik bozuklukların ayrımcı özelliği, bu dikey geçişin özel bir yaklaşımı hak edip etmediğini, ya da genetik hastalıklar (enfeksiyonlar gibi) hakkında özel ya da ayrıcalıklı yaklaşımları gerektiren başka nitelikleri olup olmadığını incelememize fırsat verir.

Tablo 9.1. Tanımlar

Enfeksiyon Hastalığı: Biyolojik bir ajan tarafından oluşturulan bir durum.

Bulaşıcı Enfeksiyon Hastalığı: Kişiden kişiye bulaşabilen bir biyolojik ajan tarafından oluşturulan bir durum.

Genetik Bozukluk: Genlerin ve çevresel faktörlerin birlikte etkisine bağlı, sağlıkla ilgili ya da fiziksel anormal durum.

Kalıtımsal Genetik Bozukluk (Genetik Hastalık): Zararlı genlerin anne babadan fetüse geçmesine bağlı, sağlıkla ilgili ya da fiziksel anormal durum.

Dikey Geçiş: Enfeksiyon hastalığının, patojen etkenin, genetik bozukluğun ya da zararlı genin bir kuşaktan diğerine geçişi. Bu olay her iki grup hastalık-

ta intrauterin dönemde gerçekleşebilir. Enfeksiyon hastalıkları, doğum sırasında kanla ya da sekresyonlarla temasa bağlı olarak ya da doğum sonrası dönemde anne sütüyle de geçebilir.

Taşıyıcı: Hastalığın hiçbir bulgusunu göstermeyen ama enfeksiyon etkenini bulunduran ve başkalarına taşıyabilen (ya da dikey olarak geçirebilen) kişi ya da belli bir çekinik özellikle ilgili bir geni taşıyan ve bu özelliği göstermeyen fakat bir başka taşıyıcı ile birleştiğinde bu özelliği gösteren çocukları olabilen kişi.

9.1. Sifilis

Sifilisin belirtileri, Hipokrat zamanından beri bilinir. Ancak bilinen ilk salgın, Kristof Kolomb'un mürettebatında bulunan ve Fransa Kralı 8. Charles'ın ordusuna katılan çok sayıda İspanyol denizciyi etkileyen 1494 Napoli salgınıdır (Tramont 2004). Bu olaydan kısa bir süre sonra insanlar sifilisle annelerin çocuklarının, doğum yoluyla, bu hastalıktan etkilendiklerini fark etmişlerdir. Konjenital sifilis, yeni doğanlar için ciddi, sakat bırakan, yaşamsal tehlikesi olan bir hastalıktır. Gebelik döneminde sifilisle enfekte olan çocukların yaklaşık yarısı, doğumdan hemen önce ya da sonra yaşamını yitirmektedir. Sağ kalan yenidoğanlar tedavi edilmezlerse, sifilisin erken ve geç dönem belirtilerini gösterirler. Erken dönem belirtiler; iritabilite, büyüme-gelişme geriliği ve neden gösterilemeyen ateştir. Bazı yenidoğanların ağızlarında, anüslerinde ve genital bölgelerinde döküntü ve lezyonlar gözlenir. Bu lezyonların bir kısmı erişkin sifilisinde genital bölgede görülen siğil benzeri belirtilerdir. Yenidoğanların küçük bir kısmında ve kıkırdak dokunun etkilenmesine bağlı olarak eyer burun deformitesi gözlenir. Özellikle üst kolda kemik lezyonları sıktır. Geç dönem belirtiler, kendini dış anomalileri, kemik değişiklikleri, nörolojik bulgular, körlük ve sağırlık olarak gösterir (US National Library and National Institute of Health 2004).

Yirminci yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde, doğurganlık çağındaki yaklaşık 1 milyon kadın sifilis ile enfekte durumdaydı. Konjenital sifilis, kendiliğinden düşük ve ölü doğumların en önemli nedeniydi. Sifilise bağlı olarak her yıl yirmi beş bin fetüs doğumdan önce ölürlen, her yıl altmış bin çocuk sifilisle olarak doğuyordu. Sifilisle kadınların çocukları yüzde kırk ile yüzde yüz ora-

nında sifilisle enfekte olmaktadır. Klinisyenler 1906 yılından beri, primer ve kutanöz lezyonlarda enfeksiyon etkenini (*Treponema pallidum*) saptamak için mikroskop kullanarak ve latent enfeksiyon ve ikinci evre ya da üçüncü evrede etkene karşı antikorları belirleyen serolojik testlerle, sifilisle enfekte kişileri belirleyebilmektedirler (Stoto ve ark. 1999: 26). Enfekte olanlar, eğer tedavi edilmezlerse, yıllarca etkenin taşıyıcısı olabilirler. Penisilin, 1940'lı yıllardan beri sifilisin tüm evrelerini tedavi etmede etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Yeterli tedavi almış sifilisli annelerin çocuklarında risk minimal düzeye inmiştir (Tramont 2005: 2781).

Sifilisin dikey geçişini önlemek ya da eğer hastalık geçmişse enfekte fetüse vereceği zararları en aza indirmek için birçok etkili strateji vardır. Bu stratejiler, evlilik öncesi kadın ve erkeklerin sifilis yönünden teste tabi tutulması, testin pozitif çıktığı durumlarda eşlerin birinin ya da her ikisinin de tedavi edilmesini içermektedir. Gebelelerin sifilis açısından test edilmeleri de bir diğer seçenektir. Gebelik dönemindeki kadınların tedavi edilmesi enfeksiyonun fetüse geçişini önler ve / ya da fetüsün tedavi edilmesini sağlar. Doğum sonrası ya da yenidoğan dönemindeki bebeklerin taranması sifilisi önlemez ancak enfekte bebeklerin erken tedavisi ile morbidite azaltılabilir (Walker ve Walker 2002).

9.2. Kistik Fibrozis

Kistik fibrozis sendromu Orta Çağ'dan beri bilinir. Ciltleri tuzlu olan bebeklerin, erken ölmeleri nedeniyle, 'büyülü' oldukları düşünülürdü. Bu sendrom, 1936'da Fanconi tarafından 'bronşektazili kistik fibrozis' olarak adlandırıldı. Löwe 1949'da, resesif genetik hastalık olarak tanımladı ve 1953'te daha duyarlı tanı için ter klorür testi geliştirildi. Bu test, klinik sendromun daha iyi tanımlanmasını sağladı. Kistik fibrozis belirtileri bebeklik ve çocuklukta ortaya çıkar. Tekrarlayan pnömoni atakları, gelişme geriliği ve pankreas yetmezliği ile karakterizedir. Kistik fibrozisli erkeklerin çoğu kısırdır. Kistik fibrozisli hastaların sadece % 40 kadarı 18 yaşından sonra yaşayabilir. Yetişkinliğe kadar yaşayanların yaşam süresi yaklaşık otuz ya da otuz üç yıldır. Ölüm nedeni genellikle pulmoner komplikasyonlardır (US Department of Energy, 2002).

Kistik fibrozis, Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz ırka mensup olanları etkileyen, en yaygın fatal kalıtsal hastalıktır. Orta ya da Kuzey Avrupa kökenli beyazlar arasında çok yaygındır. Klinik risk faktörleri ailede kistik fibrozis ya da açıklanamayan bebek ölümü öyküsüdür. Kistik fibrozis otozomal resesif bir hastalıktır. Bu yüzden çocuğun etkilenmesi için ebeveynlerin ikisinden de anormal gen almış olması gerekir. Amerikalılarda tek anormal gen taşıyıcılık oranı yirmide birdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 20 milyon taşıyıcı vardır. İki beyaz taşıyıcının evlenme ya da birleşme olasılığı yaklaşık 400'de 1 olur. Bu hastalık otozomal resesif genle aktarıldığından bu çiftlerin çocuklarının %50'si taşıyıcı olur, % 25'inin hiçbir anormal geni olmaz ve % 25'i her iki anormal geni de alır ve hastalık gelişir. Beyazlarda yıllık insidansı yaklaşık 600 doğumda bir ve tüm Amerika Birleşik Devletleri'nde 4000'de 1'dir (US Department of Energy 2002).

Kistik fibrozisin kesin tedavisi yoktur. Erken tanı ve tedavi, sağkalım süresini uzatabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir. Tedavi; antibiyotik, enzim, vitamin ve bronkodilatörleri içerir. Yeni tedaviler Dornaz (Pulmozyme) ile DNAz enzim replasmanını içerir. Genetik araştırmalar, hastalıktan etkilenen insanlara yapay normal gen ekleyerek hastalığı düzeltmeyi ummaktadır. Bu gen tedavisinin intranasal formu için klinik denemeler sürmektedir. Doğumdan önce hastalığın tedavi edilebilmesine olanak sağlayacak yöntemler üzerindeki araştırmalar umut verici görünmektedir (Littlewood 2002).

Kistik fibrozisten korunma stratejileri, taşıyıcıların saptanmasını ve bunların var olan doğurganlık seçeneklerini uygulamalarını kapsar. Taşıyıcılar, CFTR geni için kan testiyle saptanabilir. Bu test, evlilik öncesi taramalar sırasında yapılabilir. Bu noktada çiftler, kistik fibrozisli çocuk doğurmaktan korunmak için önlerindeki seçenekleri değerlendirebilirler. Eğer etkilenen fetüs için gebeliğin sonlandırılmasını düşünürlerse, koryonik villus biyopsisi ile, fetüsün prenatal tanısının yapılmasını seçebilirler. Çiftler *in vitro* fertilizasyon ve sağlam embriyonun selektif implantasyonunu tercih edebilirler. Taşıyıcı olmayan birinden alınan sperm ile, yapay dölleme yöntemini kullanabilirler. Bunlar yerine evlat edinmeyi tercih edebilirler.

9.3. Dikey Olarak Bulaşan bu İki Hastalık için Test Stratejileri

Prenatal sifilis testleri 1906'lardan beri vardır ancak zahmetli tedavi seçenekleri ve hastalıklı bireylerin damgalanması olasılığı nedeniyle yasalarla zorunlu tutulmuş değildir. Gerçekten, o dönemlerde sifilis kuşkusuyula test yapılması bile damgalayıcı olabiliyordu ve birçok hekim bu testi önermenin, kadınları rencide etmesi nedeniyle, bu konuda isteksiz davranıyorlardı. ABD'de Federal Hükümetin Sağlık Bakanı (US Surgeon General) Thomas Parran, 1936 yılında, evlilik öncesi ve doğum öncesi kan testlerini zorunlu kılan bir tarama programını onaylamıştır. 1945 yılı sonuna kadar, 36 eyalette prenatal sifilis tarama programı yasal hale geldi. Bu yasalar çerçevesinde doğum belgesinde, prenatal sifilis testinin yapıp yapılmadığı, yapılmamış ise neden yapılmadığı belirtilmek zorundaydı. Bazı kadınların ve hekimlerin, dinsel ya da başka gerekçelerle testi reddettikleri oluyordu. Bu yasaların kabul edilmesi, antibiyotik tedavisinin bulunmasından önceki dönemlerde olmasına karşın, vaka saptanması, temasın izini sürme ve o zaman eldeki güç uygulanan ve düşük etkili tedavi yöntemleri ile hastalığın dikey geçişinde hızlı bir azalma sağlamıştır. Belki de bu tarama programlarının en önemli katkısı testin rutin hale getirilmesiydi. Bu sayede, sifilis testi önerilerine karşı koyan hastalarını riske sokan hekimlerin direncini yenebildiler (Stoto ve ark. 1999).

Bu kontrol önlemleri öyle etkilidir ki pozitif sonuçların sıklığı çok düşük bulunduğu için 2004 yılı itibarıyla, en fazla beş eyalet evlilik öncesi taramalara devam etmektedir. Ancak, elli eyaletten kırk altısı gebe kadınlarda prenatal tarama programını sürdürmektedir. Eyaletlerin %76'sı erken tarama testini, %26'sı ise yüksek risk taşıyan kadınlar için daha sonraki ikinci testi zorunlu kılmıştır (Hollier ve ark. 2003). Testin zorunlu olduğu durumlarda, yazılı aydınlatılmış onam genellikle gerekli değildir. Otuz üç eyalet dinsel nedenlerle, on üç eyalet ise herhangi bir nedenle testin reddedilmesine izin vermiştir. Otuz üç eyalet dinsel gerekçelerle testlerden muafiyet isteğini kabul etmişler ve on üç eyalette herhangi bir nedenle testin yapılmasını reddedenlerin isteği kabul edilmişti. Faturalandırıldığı takdirde sigorta, genellikle testin maliyetini karşılamaktadır ancak birçok klinik test uygulamasını ücret talep etmeden yapmaktadır. Eyalet yasa-

ları, prenatal tarama testinin yapılması için gerekli altyapıyı destekleyerek, dolaylı olarak uygulamayı olumlu yönde etkilemektedir. Örneğin birçok eyaletin doğum öncesi tarama yasalarına göre testi yaptırmayanlar için hafif cezalar vardır, bazı eyaletler ise laboratuvar testlerini ya düşük ücretli ya da ücretsiz olarak sunmaktadırlar (General Accounting Office 2003).

Hekimlik uygulamaları sadece yasal zorunluluklardan değil, aynı zamanda meslek örgütlerinin önerilerinden de etkilenir. Doğum ve Jinekoloji Uzmanları Birliği-ACOG (The American College of Obstetrics and Gynecology) ve Pediatri Akademisi'nin güncel kılavuzları, her kadının, gebelik dönemindeki ilk başvurusunda sifilis muayenesi yaptırmasını, hastalık yönünden yüksek riskli olan kadınların ise gebeliğin 32–36. haftaları arasında yeniden taramadan geçirilmesini önerirler (American Academy of Pediatrics 2002).

Bu politikaların ve onlara olabildiğince uyum gösteren uygulamaların sonucunda, Amerika'da yeni sifilis vakası sayısı 2002'de 32.871'e inmiştir. Yeni primer ya da sekonder sifilis vakalarının insidansı yüz binde 2,4 olmuş, kadınlar arasında taşıyıcıların prevalansı ise yüz binde 1'e düşmüştür. Konjenital sifilis vakalarının toplam sayısı, her yüz bin canlı doğumda 11,2 sıklıkla, 451 olarak belirlenmiştir. Tüm konjenital sifilis olguları, 2001'de 492 olarak rapor edilen sayıya göre azalmıştır (CDC 2002b,2003.)

Hekimlerin önerilere ek olarak, sağlık meslek örgütleri sifilisin dikey bulaşını önlemek için kadınlara yol göstermekte ve önerilerde bulunmaktadır:

Eğer size sifilis bulaşmış olabileceğinden kuşkulaniyorsanız ve gebeymeniz ya da gebe olma olasılığınız varsa acilen sağlık hizmeti aldığınız kuruma başvurunuz. Güvenli cinsel ilişki enfeksiyondan korunmaya yardımcı olabilir. Eğer sifilis olduğunuzdan kuşkulaniyorsanız gebelik ya da doğum esnasında hastalığın fetüse bulaşması gibi sonuçları önlemek için derhal tıbbi yardım isteyiniz. Gebe anneler için doğum öncesi bakım çok önemlidir. Doğum öncesi değerlendirmeler sırasında, sifilis için kan testleri yapılır. Bu test, anneler arasında hastalığın bulaşmış olanlarını belirler ve tedavi olmalarını sağlayarak bebeklerine ve kendilerine yönelik risklerin azalmasını sağlar.

(US National Library of Medicine, National Institutes of Health 2004)

Kistik fibrozis hastalığına gelince, kullanılan teste bağlı olarak, bu hastaların aile bireylerinin taranmasıyla, taşıyıcıların %60–%90'ında kistik fibrozis geninin belirlenebileceğini biliyoruz. Benzer biçimde, Ulusal Sağlık Kurumu ailesinde kistik fibrozis olmayan beyaz hastalara test yapılırsa, uygulanan testin niteliğine bağlı kesinlik sınırlarıyla, taşıyıcıların çoğunluğunun belirlenebilmesini hedeflemiştir (National Institutes of Health 1997).

Kistik fibrozisle ilgili politikalar, sifilisle ilgili politikalarından önemli ölçüde farklıdır. Hiçbir eyalette kistik fibrozis için evlilik öncesi ya da doğum öncesi tarama zorunluluğu yoktur. ACOG bütün gebeler ve gebelik planlayan çiftler için taşıyıcı tarama testlerinden yararlanılmasını önerir (The American College of Obstetricians and Gynecologists 1997). Pek çok sağlık hizmeti sunucusu çiftlerin okuması için yazılı materyal dağıtmaktadır. Testle ilgilenenler, yapılacaklar konusunda bu sağlık hizmetini sunan kurumlarla görüşebilirler.

Ulusal Sağlık Kurumu, ortak bir görüş oluşturmak üzere 1997 yılında düzenledikleri konferansın sonuç raporunda, çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu raporda kistik fibrozis aile öyküsü olan ve eşi kistik fibrozisli olan kişilere, genetik test yaptırmaları önerilir. Gebelik planlayan çiftlere ve doğum öncesi dönemde kadınlara özellikle yüksek riskli gruplar için, kistik fibrozis genetik testi önerilmelidir. Buna karşılık, toplum geneline yaygın olacak şekilde kistik fibrozis testi yapılması tavsiye edilmez. Kistik fibrozis genetik testi, kistik fibrozis hakkında bilgi veren bir eğitimle başlamalıdır. Hastanın eğitim materyalini aldığından ve test yapılmadan önce, yanıtlanacak sorular üzerinde düşünme fırsatı verildiğinden emin olunmalıdır. Genetik test yapılacak bütün hastalardan, test için yazılı aydınlatılmış onam alınmalı, kültüre duyarlı eğitim materyali verilmeli, testin ve test sonuçlarının hasta tarafından anlaşıldığından emin olunmalıdır (National Institutes of Health 1997).

Genetik testin yapılması ve test sonuçlarının yorumlanması karmaşık bir süreçtir. Her ikisi de taşıyıcı olan eşler, gelecekteki çocuklarına yönelik riskler hakkında bir genetik danışmanla görüşmeyi göz önünde bulundurmalıdırlar. Genetik danışman, fetüste kistik fibrozis tanısının konulması ya da bu olasılığın dışlanmasını sağlayabilecek prenatal test seçeneğini (amniyosentez ya da koryon villus örneklemesini) açıklayabilir. Bir çiftin, kistik fibrozis taşıyıcılığı testi-

ni yaptırıp yaptırmaması kişisel tercihine bağlıdır. Çift, kistik fibrozis hakkında daha fazla şey öğrenip sağlık personeliyle test hakkında görüştüğünden sonra doğru olup olmadığına karar verebilir. Yenidoğanın kistik fibrozis açısından test edilmesi, hastalığın dikey olarak geçişini önlemez. Bununla birlikte, yenidoğanın genetik durumunun hızlı tanısı, ömrü uzatabilen ve kalitesini iyileştiren uygun tedaviye erişimi sağlayabilir. Bu test, dolaylı olarak, anne babaların, daha sonraki gebeliklerde hastalığın dikey geçişini, yani doğacak çocuklara ve ilerideki kuşaklara geçişini önleme yolunda karar almalarına da yarayabilir.

Ulusal Sağlık Kurumuna göre, kistik fibrozis tedavisinin doğrudan maliyeti, hasta başına yıllık kırk bin (40.000) dolardır. Dolaylı maliyetler ise yılda doksan bin (90.000) doları bulur. Buna göre, bir kistik fibrozisli hastanın doğumu ile ilgili doğrudan ve dolaylı maliyetlerin toplamı, %3 indirim oranı kullanılarak, cari değerlerle, kişi başına yaklaşık sekiz yüz bin (800.000) dolar anlamına gelir. Araştırmalar, Kuzey Avrupa kökenli beyazlar için belirlenen kistik fibrozis vakası başına tahmini maliyetlerin iki yüz elli bin (250.000) dolar ile bir milyon iki yüz elli bin (1.250.000) dolar arasında olduğunu göstermektedir (National Institutes of Health 1997). Bu maliyetlerin ahlaki açıdan uygun olup olmadığı tartışmalıdır ve devlet de dahil olmak üzere, sağlık sigortalarına, maliyeti azaltmak için tasarruf tedbirleri almaları için gerekçe sağlayabilirler. Eğer anne baba adaylarına mali açıdan bir sorumluluk yüklenirse bu maliyetlerin alacakları kararlarda etkisi olacaktır.

Eyaletler, henüz kistik fibrozisli doğumlarla ilgili gönüllü ya da tavsiyeye dayalı testin sonuçlarını rapor etmemiş olmakla birlikte, Kaliforniya'da büyük bir sağlık kuruluşunun son dönemde bir rapor yayımladığını biliyoruz. 'Ülkenin (gebeliğin erken döneminde) en büyük prenatal kistik fibrozis tarama programı, ilk dört yılda, iki bin üç kistik fibrozis gen mutasyonu taşıyıcısı belirlemiştir ve hastalık taşıması olası gebeliklerin yarısı doğumla sonuçlanmıştır' (Bates 2003).

9.4. Sifilis ve Kistik Fibrozisin Karşılaştırılması

Dikey geçişli olan bu iki hastalık; hastalığın şiddeti, potansiyel insidansı, vakaların ve taşıyıcıların belirlenebilmesi ve dikey geçiş olduktan sonra kesin tedavisinin olmayışı gibi yönleriyle benzerlikler taşıır ama önleme stratejileri açısından, aralarında önemli farklılıklar vardır. Sifilisin kuşaktan kuşağa dikey geçişi ucuz ve güvenilir bir ilaç olan penisilin kullanımı ile önlenir. Kistik fibrozisin dikey geçişinin önlenmesi sadece üremeye ilişkin seçeneklerle sağlanabilir. Ayrıca mevzuat, izlenen politikalar ve pratikteki uygulamalar yönünden de belirgin farklar söz konusudur. Sifilis, daha hafif seyredabilen bir hastalık olmasına karşın sifilisin dikey geçişini önlemek üzere kamu politikaları tarafından olanak ve güçlü destek sağlanmaktadır. Buna karşılık, kistik fibrozisten etkilenen hemen hemen bütün bebeklerin yaşam sürelerinin kısalmasına karşın kistik fibrozisin önlenmesinde politikalar ebeveynin seçimini vurgulamaktadır. Kistik fibrozis ortaya çıktığında,

bireysel hakların, genetik ve tıbbi mahremiyet haklarının korunması, ayrımcılığın ve damgalamanın önlenmesi için tüm önlemler alınmalıdır. Test edilen herkes için yeterli eğitim, uygun genetik test ve danışmanlık hizmetlerine yaygın ulaşımın güvence altına alınması amacıyla, kistik fibrozis taşıyıcılık testinin, bir zaman dilimi boyunca aşamalı olarak uygulanması esastır.

(National Institutes of Health 1997)

Geçmişte ve günümüzdeki sifilis tarama programları, gebelik öncesinde ya da prenatal dönemde yapılan paternalist, devlet zoruyla olan, herkesi kapsayan, test ve tedavi için hastanın onam verdiği varsayımına dayanan, yaygın biçimde uygulanan etkili testler olarak nitelenebilir. Kistik fibrozis tarama programları ise prenatal, postnatal dönemde yapılan, tercihe bağlı ve gönüllülikle uygulanan programlar olarak tanımlanabilir. Kistik fibrozis taraması; özerk, aydınlatılmış, gönüllü tercihler ve yansız danışmanlık hizmetini esas alırken sifilis testleri ise temelde, zorunluluk esasına dayanır.

9.5. Bu Farklılıkları Ne Açıklayabilir?

Genetik alanında tıbbi uygulama ve danışmanlık yapanların tarihsel, kültürel arka planı ve deneyimleri, halk sağlığı uzmanlığının birikiminden farklıdır. Bununla birlikte, söz konusu politika farklılıklarının belki de ahlaka daha uygun başka nedenleri olabilir. Sifilis için prenatal test uygulamaları hekim-hasta ilişkisinde paternalist yaklaşımın baskın olduğu dönemde başlamıştır. Kistik fibrozis taramaları ise hasta hakları ve özerkliğinin yükseldiği bir dönemde gelişmiştir. Sifilis için genel taramaya davetiye çıkaran ucuz, kolay ve etkili tedavi ve önleme yöntemleri vardır. Kistik fibrozisi önleme stratejileri olarak, gerek bazı üreme stratejilerinin maliyetli olması gerekse gebeliğin sonlandırılmasının tartışmalı doğası, yaygın olarak gönüllü test yapılması konusunda hükümetlerin gözünü korkutabilir. Sifiliste dikey geçişle bulaşma olasılığı %40 ila %100 arasında değişmekteyken (Bale 2002), bu oranın kistik fibroziste sadece %25 olması, kamuoyu baskısını ve bireylerin önleme için seçim yapmalarını azaltabilir. Eğer önleyici tedbirlerle kastedilen, sadece gebelikten kaçınma, bunun yerine yardımcı üreme teknolojilerini ya da gebeliğin sonlandırılmasını tercih etmek ise, bu stratejiler insanlara oldukça pahalı gelebilir ya da kişisel ya da dinsel inançlarına aykırı olabilir.

Bu tartışmada, halk sağlığı taramasının altı ilkesini gözden geçirmek ve bizim incelediğimiz bu iki hastalıkta nasıl uygulanabileceğini düşünmek yararlı olabilir. Bu ilkeler:

1. Hedefler belirlenmiş ve ulaşılabilir olmalıdır.
2. Doğal gidişi bilinmeli ve müdahale etkili olmalıdır.
3. Tarama testlerinin yalancı pozitifliği ya da negatifliği yüksek olmamalıdır.
4. Gerçek pozitiflerin tanı ve tedavileri yeterli olmalıdır.
5. Testler ve müdahaleler etkilenen topluluk için kabul edilebilir nitelikte olmalıdır.
6. Vaka bulmanın, tanı koymanın ve müdahalelerin maliyeti, sağlanan yarar ve diğer programlarla dengede olmalıdır.

(Wilson ve Jungner 1968; Stoto ve ark. 1999: 22–3)

Birinci ilke ile ilgili olarak hedef, bebeklerde konjenital sifilisin önlenmesi olarak görünüyor. Kistik fibrozis olgusunda da görünüşte benzer bir hedef mümkündür. Ancak bu hedef, sadece pahalı ve etik

açıdan sorunlu görünen üreme tercihleriyle başarılabilir. Bununla birlikte sifiliste hedef, hastalığın önlenmesi ya da var olan ve doğuma kadar anne rahminde gelişecek durumdaki fetüsün zarar görmesinin önüne geçilmesi biçiminde de ifade edilebilir. Ancak şu anda kistik fibrozis için ulaşılabilir hedef, fetüse zarar vermeyi önlemek değil, gebeliğin ya da etkilenmiş fetüsün gelişiminin önlenmesi ya da daha açık ifadeyle, etkilenmiş bebeğin doğumunun önlenmesi olarak ifade edilebilir. Etkilenen *bu* ocuğun kistik fibrozis olmadan doğması henüz mümkün deđildir¹. Bu iki amaç birbirinden çok farklıdır. Taramanın birinci nedeni fetüse zararı önlemek, ikinci nedeni ise doğumu önlemektir. Kistik fibroziste, bu farklı amaç için halkın ve hükümetin desteğini aynı düzeyde sağlamak olanaklı değildir. İkinci ve nc ilkeye gelince, her iki hastalık oldukça benzerdir. Ancak dördüncü ilkeye göre, her iki hastalık için olguların ve taşıyıcılık durumlarının yeterli tanısı vardır fakat sifilisin basit, ucuz ve etkili bir tedavisi varken, kistik fibroziste ilaç tedavisi daha az etkilidir. Beşinci ilkeyle ilişkili olarak, sifilis için basit, ucuz testler ve müdahaleler, gerek toplum genelinde ve gerekse etkilenen bireyler için oldukça kabul edilebilir niteliktedir. Beyaz ırkta, kistik fibrozis için bu testlerin ve müdahalelerin ulusal düzeyde ne kadar kabul edilebilir olduğunu söylemek halen zordur. Ancak, Teknoloji Değerlendirme Dairesi (Office of Technology Assessment) tarafından yaklaşık on yıl önce yapılan bir çalışmaya göre (Sifilis ya da kistik fibrozis hakkında özel bir soru içermiyordu), Amerikalıların %83', çocuklarının olası bir ölümcül genetik hastalığa sahip olabileceği söylendiğinde, ocuk sahibi olmadan önce, genetik test yaptıracağını belirtmiştir (National Institutes of Health 1997).

Altıncı ilkeyle ilgili olarak, sifilis için vaka ve taşıyıcı bulmanın maliyeti ve hastalığın dikey geçişini nleme müdahaleleri maliyet etkin olmakla birlikte, elbette bu durum hastalığın yaygınlığına bağlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz ırkta kistik fibrozis prevalansı gözönüne alınırsa hastalık ve taşıyıcı bulmak, hastalıkla

¹ 'özdeş olmama' (Non-identity) sorunu olarak adlandırılan bir tartışma için, bkz. Mc Mahan (2002: 8.2). Tarafsız açıdan bakıldığında, hastalıktan etkilenmemiş bir çocuğun doğması, etkilenmiş çocuğun doğmasından daha iyi olabilir. Örneğin bkz. Purdy (1999). Buna karşılık, hastalıktan etkilenen ocuk açısından, gebeliğin düşükle sonuçlanması daha iyi olmayabilir. Kistik fibrozisli doğmanın tek seçeneği hiç doğmamak değildir.

mücadelede maliyet-efektif bir yöntem olabilir. Ancak bu durum, bilgilendirilmiş anne babaların önemli bir bölümünün, hastalığı taşıyan bebeğin doğumundan kaçınmayı seçmelerine bağlıdır.

Böylece, nispeten agresif bir halk sağlığı stratejisine gerekçe oluşturan bu altı ilkeye göre, sifilis ve kistik fibrozis hakkındaki bilgilerimiz ve müdahale stratejilerimiz oldukça benzer ancak kesinlikle özdeş değildir. İki hastalık arasındaki önemli farklılıklar, ulaşılabilir özgün hedefler ve bunlara ulaşmak için kullanılan araçlarla ilgilidir. Bu durum, bu iki hastalıktan korunma konusunda kamu politikalarındaki değişiklikleri açıklayabilir ve belki de haklı çıkarabilir. Yarararı bir bakış açısıyla bakıldığında, etkilenen bebeklerin doğumunu önlemeye yönelik her iki stratejinin sağladığı yararlar benzerlik gösterdiği halde, kistik fibrozis için önleyici stratejilerin getirdiği yük hem fiili olarak hem algısal olarak oldukça farklıdır.

Görünürde ilkeleri referans almayan ikinci bir yaklaşım, uygulanmaya başlanan her politikanın zamanı ve toplumsal ortamıyla ilgilidir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem, sifilisin düşman olarak gösterilmesinin anlaşılır ve kolay olduğu, penisilin'in sihirli bir değnek gibi övüldüğü ve sifilisle savaşmak ve çocuklar başta olmak üzere, potansiyel kurbanları korumak amacıyla kalıcı bir kampanya için toplum desteğinin sağlandığı bir dönem olmuştur. O günlerdeki hastaları için neyin iyi olduğuna hekimlerin karar verdiği tıbbi karar verme biçimi, günümüzde paternalist yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Hastaların ve hatta evlenmek üzere olan çiftlerin, neredeyse evrensel bir kalıpla belirlenen zorunlu tarama, tedavi ve doğum öncesi (prenatal) koruyucu yaklaşım yöntemlerini kabul etmeleri, belki de şaşırtıcı değildir. Oysa günümüzde kistik fibrozis taşıyıcılarının ve fetal olguların saptanması için yaygın olarak kullanılacak araçların yanı sıra gebeliği başlatmak ya da sonlandırmak için yasal ve biyolojik yolların varlığı tıbbi paternalizm olarak anlaşılmaktadır. Aydınlatılmış onam kuramı ve hasta özerkliğine gösterilen güncel saygı tarafından temsil edilen insan hakları, tüketici hakları, kadın hakları, eşcinsel hakları ve hasta hakları tıbbi paternalizme meydan okuyarak onun yerini almıştır.

Bu nedenle toplumsal ortamdaki değişikliklere ve özellikle bireysel haklara ve seçimlere vurgu yapılması, farklı stratejileri açıklamada dikey geçişin bir biçiminin enfeksiyon, diğerinin genetik olmasından daha önemlidir. Seksenlerde HIV/AIDS'in ortaya çıkması bu

tezi incelememize olanak sağlar. Bu dehşet verici ve ölümcül kabul edilen hastalığın damgalayıcı doğası, dikey geçişin bilinmesi ve sayı- laştırılabilmesi, tedavinin olmaması ama en önemlisi dikey geçiş riskini azaltacak hatta önleyecek girişimlerin varlığı bize bu olanağı sağlar.

Tablo 9.2. Sifilis ve Kistik Fibrozis Arasındaki Karşıtlıklar

Sifilis	Kistik Fibrozis
Prenatal tanı paternalist dönemde başladı	Prenatal tanı özerklik çağında başladı
Ucuz ve etkili tedavisi var	Etkilenen fetüs için önleyici tedavisi yok
Tedavi görel olarak kolay	Üreme tedavisi stratejileri, pahalı ve etik açıdan tartışmalı olan gebeliğin sonlandırılması, gebelikten kaçınma ve yardımcı üreme teknikleri kullanarak seçici gebelik oluşmasını içerir
Dikey geçiş riski yüksektir (%40–100 arasında değişir)	Dikey geçiş riski %25'tir
Tarama programının hedefi fetüsün zarar görmesini önlemektir	Tarama programının hedefi, hastalığı taşıyan fetüsün doğmamasıdır
Olguların ve taşıyıcıların bulunması maliyet-etkindir	Bilgilendirilen ve aydınlatılan anne babaların önemli bölümünün, hastalıklı fetüsün doğmasını engelleyen stratejileri kabul etmesi durumunda, vakaların ve taşıyıcıların bulunması maliyet-etkin olabilir

Bu dikey geçişli hastalığın önlenmesi için geliştirilen halk sağlığı politikaları, sifilise karşı geliştirilenlerden çok kistik fibrozis için geliştirilenlere benzemektedir. HIV ile enfekte yenidoğanların insidansı (100'de 0,1-2), sifilisten (100.000'de 10-100) daha çok olmasına karşın HIV için evlilik öncesi ya da doğum öncesi tarama zorunluluğu yoktur (Saah 1996; CDC 2002c). Doğum öncesi tarama önerilecekse hasta açısından kesinlikle gönüllülüğe dayalı yapılmalıdır ve kesinlikle aydınlatılmış onamın alınmış olması gerekir. Çoğu zaman bu işlevi

gerçekleştirmek için istihdam edilmiş, bazı açılardan genetik danışmanlara benzer özel eğitilmiş danışmanlar vardır. Benzer şekilde, HIV ile enfekte kadınlarda, gebelik başlamadan önce ve sonra, kistik fibrozis te olduğu gibi bir dizi üreme seçeneği vardır. Bu seçeneklerin hiçbiri zorunlu değildir çünkü uygulanan politikanın gücü zorunluluk ve baskı olmamasında yatar. Ancak sifilisteki gibi, ilaçlar gebelik öncesi ve/ya da sırasında HIV'in anneden bebeğe bulaşmasını önleyebilir. Gebelere zorunlu test yapılması ve antiviral tedavi programına alınmaları daha önceki dönemin belalı bulaşıcı hastalığı sifilisin dikey olarak bulaşmasının yönetilmesindeki politikaları andırır. Bununla birlikte, günümüzde hiçbir politika insanlara böyle bir tedaviyi zorla dayatamaz.

9.6. Dikey olarak Bulaşan Hastalıklara Yaklaşım Politikalarındaki Tutarsızlıklar

Böylelikle, dikey geçişli hastalığa yönelik politik yaklaşımımızda hastalığın genel sınıflaması ve önleyici müdahalenin doğasına bağlı tutarsızlıkların yanı sıra dikey yolla bulaşan iki hastalık olan sifilis ve HIV enfeksiyonu hakkındaki yaklaşımlarımız açısından da belirgin tutarsızlıklar olduğu görülmektedir. Bu tutarsızlıklar hastalıkların epidemiyolojisi, tedavisi ve korunmasındaki farklılıklardan çok, tarihsel bağlam, halkın beklentileri ve dinsel ve toplumsal geleneklerle ilgili olabilir.

Eğer araştırmalar kistik fibrozis açısından homozigot olan bir fetusun uterus içinde güvenli ve etkili tedavisini sağlarsa (bu olasıdır) benzer hastalıklara benzer politikalar uygulayıp uygulamayacağımızı incelemek için anlamlı başka bir yol açılmış olacaktır.

Dikey olarak bulaşan HIV'in önlenmesine, daha önce sifilise yaklaştığımız gibi yaklaşp yaklaşmayacağımızı ya da sifilis için oldukça paternalist olan yaklaşımımızı, hasta haklarına ve özellikle kadın haklarına saygılı olacak şekilde değiştirip değiştirmeyeceğimizi düşünmek bugün bile çok yakın olasılık olmayabilir. İkincisini yaparsak yani HIV'in dikey geçişini önlemek üzere yürütülen zorunlu test ve taramaları haklar kuramıyla bağdaştırmaya çalışırsak bu durum, dikey geçişlilik gösteren sifilisin eliminasyonunda gebelikle ilişkili ve diğer

agresif koruyucu stratejilerin önemli ölçüde başarı kazanmasına bağlı olacaktır.

Ancak HIV için yürütölen tıbbi müdahalelerdeki değişim, halk sağlığı politikalarındaki farklılıkların akla uygun hale getirilmesine ya da giderilmesine yardımcı olabilir. HIV enfeksiyonu için sifiliste olduğu gibi güvenilir, ucuz ve etkili olan penisilin benzeri bir şeyin elimizde olmadığını kabul etmeliyiz. Bununla birlikte, en azından, tedavi edici bir ilaç ya da etkili bir aşı en azından hayal edilebilir. Bunların herhangi birinin gerçekleşmesi durumunda, *sifiliste olduğu gibi*, daha agresif halk sağlığı politikalarını öngören, test ve tedaviyi zorunlu tutmayan fakat yaygın katılımı ve daha geniş çapta gönüllölüğü özendiren politikalar üretildiğini görmeyi bekleyebiliriz. İçinde bulunduğumuz hasta özerkliği çağında ise zamanı gelinceye kadar, daha önceki dönemlerden kalma paternalist stratejilerin toplumsal ve etik açıdan ‘büyükbalık’ yapmalarına tanıklık ediyor olacağız.

Bir Kamu Yararı Olarak Toplumsal Korunma: Aşılama ve Başkalarına Karşı Yükümlülüklerimiz

Angus Dawson¹

Pek çok bulaşıcı hastalık, bu hastalıktan etkilenen kişiler için ciddi zarara, hatta ölüme neden olabilir. Buna karşılık, bu hastalıklardan birçoğu aşılama ile önlenir. Gelişmiş ülkelerde, rutin çocukluk çağı aşılama politikaları, söz konusu hastalıkların görülme sıklığının

¹ Bu bölümdeki görüşlerin eski biçimlerini gözden geçiren aşağıdaki katılımcılara teşekkür ederim: Hollanda Uygulamalı Felsefe Araştırma Okulu ve Hollanda Bilimsel Araştırma Kurumu tarafından desteklenen ve Hollanda /Bilhoven'de gerçekleştirilen Halk Sağlığı ve Etik Teori semineri (Mayıs 2002); İsveç Gothenburg Üniversitesi'nde yapılan Aşılama Etiği Semineri (Mayıs 2003); Hollanda Utrecht Üniversitesi'nde yapılan Yüksek Lisans Programı Uygulamalı Etik Semineri (Mart 2004); ve Manchester Üniversitesi Felsefe Bölümü Semineri (Mayıs 2004). Çok yararlı yorumları için de özellikle Marcel Verweij, Frans Brom, Yash Paul, Harry Lesser, Sorin Baiasu ve Daniel Hill'e teşekkür ederim.

düşürülmesinde başarılı olmuştur.² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer kuruluşlar, bu kazanımların gelişmekte olan ülkeleri kapsayacak şekilde genişletilmesini sağlamaktadırlar (WHO 2002c). Buna karşılık, her yıl, başta çocuklar olmak üzere pek çok kişi, aşı ile önenebilecek hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu konuyla ilgili pek çok etik sorunun olduğunu iddia edebilirim. Ama, bu bölümün odak noktası, hastalığın bulaşmasını önlemek için önceden aşılama olanağının olduğu bulaşıcı hastalıklar olacaktır. En azından bazı hastalıklar için aşılama yoluyla toplu korunmanın mümkün olmasının, önemli bir kamu yararını beraberinde getirdiği düşüncesini savunacağım. Bu özgün kamu yararının ortaya çıkarılması ve sürdürülmesi o denli önemli (en azından bazı hastalıklarla ilgili olarak) olacaktır ki, bazı aşılama programlarına katılım sağlamanın ahlaki bir yükümlülük olmasına gerekçe olarak gösterilebilir. Buna karşılık, bir nüfusta toplumsal korunma düzeyine erişildiği durumlarda, bu şekilde katkıda bulunma yükümlülüğünün çok daha zayıf olacağı görüşündeyim. Gerçekten, toplumsal korunma sağlanmasıyla birlikte, insanların bu tür aşılama programlarına katılmamayı tercih etmeleri için makul gerekçeleri olabilir. Böyle bir toplumsal korunmanın olduğu bir topluma ait olmak size yarar sağlasa bile, aşılama yükümlülüğünüz olduğunu savunmanın (en azından standart liberal görüşle) oldukça zor görüldüğünü ileri sürüyorum. Daha açık ifade etmem gerekirse, ne başkalarına zarar vermeyeyle ilgili düşüncelerin, ne de bedavacılık savlarının, böyle bir yükümlülüğü haklı çıkarmak için kullanılabileceği düşüncesindeyim. Bu çıkarımlar hem yararlı hem de sonuç odaklı gerekçelerce desteklenebilir.

Hemen başlangıçta belirtmem gerekir ki bu bölümdeki tartışmaların sınırını ahlaki yükümlülükler tarafından bize dayatılan gereksinimlerle ilgili görüşler oluşturmaktadır. Yasa yoluyla hangi yükümlülüklerin dayatılması gerektiği konusunu tartışmıyorum. Bu, ahlaki bir yükümlülük var olduğunda ve herhangi bir birey bunu ihmal ettiğinde, bunu (belki başkaları tarafından onaylanmama ya da başkalarının olumsuz yorumları hariç olmak üzere) herhangi bir dış yaptırımın izlemeyeceği anlamına gelmektedir. Bunun, para ya da hapis cezasını gerektiren, yasal bir yükümlülüğü ihlal etmenin sonuç-

² Örneğin, bkz. Ulmer ve Liu (2002) içindeki tablolara ve tartışmalara ve Salisbury ve Begg'de (1996: çeşitli yerlerinde) sunulmuş olan, Birleşik Krallık salgın hastalıklar ile ilgili laboratuvar raporlarının kayıtları.

enfekte bir bireyin, söz konusu hastalığı ilgili toplum içinde başkalarına bulaştırma olasılığının daha düşük olması sayesinde toplumu korur. Bu durum, toplumsal korunmanın var olduğu yerlerde, enfekte kişilerle hastalığın bulaşıcı evresinde temas eden diğer bireylerin çok büyük bir çoğunluğunun hastalığa karşı bağışık olmasından kaynaklanır. Bunun sonucu olarak, hastalığın söz konusu toplumda varlığını sürdürmesi olasılığı daha düşük olup, salgın oluşma olasılığı da daha azdır. Farklı hastalıklarda toplumsal korunma için farklı aşılama yüzdelerinin gerekli olmasının nedeni de budur. Genel olarak konuşmak gerekirse, hastalık ne kadar bulaşıcı ve kuluçka dönemi ne kadar uzunsa, toplumsal korunma için aşılama gereken nüfus yüzdesi de o kadar yüksektir. Paul tarafından dile getirilen anlamda toplumsal bağışıklık, kimi ilginç etik sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir ⁵. Buna karşılık, benim bu makalede ilgilendiğim konu toplumsal korunma olacaktır.⁶

Bu nedenlerle, bulaşıcı bir hastalığa karşı yapılan aşılama, sadece bireylerin kendisi için olası yararlar sağlayan bir eylem değil, aynı zamanda, nüfusta toplumsal korunma var olduğunda bu durumdan (nedeni ne olursa olsun), aşılama yapılmamış ve aşılama karşın yeterli bağışıklık yanıtını vermeyen bireyler de dahil olmak üzere, herkes yararlandığı için, toplu bir yarara yönelik katkı olarak görülebilir. Bu iki olumlu sonuç hakkında akla gelen şeylerden biri, bunun hem özel (ya da bireysel) bir yarar hem bir kamu yararı (ya da toplu yarar) olmasıdır. Özel yarar, yalnızca ilgili kişiye yarar sağlarken, kamu yararı bir gruba ya da nüfusun bütün üyelerine yarar sağlamaktadır. Toplumsal korunmanın bir toplum yararını paylaşmasından dolayı, böyle bir durumun bir kamu yararı olduğunu sanabiliriz.

⁵ Örneğin, aşılama politikamızın geliştirilmesinde bu tür ikincil sonuçları dikkate almalı mıyız? Eğer almalıysak, bu bazı aşı tiplerine bir itiraz mıdır? Örneğin, herhangi birisinin aşı yaptırmaya diyelim ki dini sebeplerle bir itirazı varsa, bu tür ikincil 'aşılama' bir sorun arz eder mi?

⁶ Burada değinmeyeceğim bir başka konu da, ilgili 'kitleyi' saptarken neyin ilgili olarak sayılabileceğidir. Bunu küresel bakış açısıyla ele almaktan çok, bir yerel ya da ulusal toplumu koruma isteği olarak görebiliriz. Bu kesinlikle ulus devletler için ortak bir stratejidir.

Klosko tarafından yapılan tanımdan yola çıkarak, genel olarak kamu yararını niteleyen iki ana özellik olduğunu düşünebiliriz: dışlanamazlık ve çok sayıda kişinin işbirliğine bağlılık (Klosko 1987). ‘Dışlanamaz yarar’, ilgili yarardan kaynaklanan kazanımlardan söz konusu yararın oluşturulmasına katkıda bulunmamış kişiler dahil olmak üzere, kimsenin dışlanmadığı yararlardır.⁷ Toplumsal korunma için de durum böyledir: aşılanmamış kişiler, toplumdaki yüksek bağışıklıktan yararlanır. Buna ek olarak, toplumsal korunma ancak işbirliği ile yerine getirilebilen bir çabayla sağlanabilir; çünkü kendi başına hareket eden tek bir birey tarafından oluşturulamaz, elde edilemez ya da kontrol edilemez. Ben kamu yararıyla ilgili Klosko tarafından önerilen bu iki görüşe, aynı zamanda Rawls (1971) tarafından ortaya atılan bir başka görüşü eklemek istiyorum. Rawls, kamu yararlarının aynı zamanda bölünemez olması gerektiğini belirtir: yani, bir grup ya da toplumun üyeleri arasında dağıtılmak üzere bireysel ya da özel yararları indirgenemez ya da bölünemezler. Görüldüğü gibi, eşit kolektif yararın ancak kolektif eylemin sonucu olarak ortaya çıkabilmesi anlamında, bu toplumsal korunma için geçerlidir. Dolayısıyla, var olduğu yerlerde toplumsal korunma, bölünemez ve dışlanamaz olduğu ve bir grubun işbirliği halindeki eylemlerine bağlı bulunduğu için, kamu yararı olarak görülebilir.⁸

Her bir hastalık ve potansiyel aşıyla ilgili deneysel olgular, aşılamalarla ilgili etik savların çoğunu değiştirebilir ve bu durum kimi örnekleri göz önüne almak yoluyla gösterilebilir. Diferi bir üst solu-

⁷ Bu durumda dışlanabilir yarar, katılımcıların birlikte oluşturdukları ve sadece kendilerinin sahip oldukları yararlar. Örnek olarak özel üyelere açık üyelikle oluşturulan bir kütüphane ya da bir özel sağlık sigortası planı verilebilir. Bu tür durumlarda, katkıda bulunan üyeler kendi davranışlarından kimlerin yararlandığını kontrol ederler. Buna karşın, ilgili toplumun tamamı da, kişisel olarak yararlanıp yararlanmayacakları ya da sürdürülmesi gerekip gerekmediği hakkındaki görüşleri ne olursa olsun, bir kamu yararının varlığından ve sürdürülebilmesinden yararlanırlar.

⁸ Kamu yararlarının özelliklerinin daha anlamlı bir listesi Cullity gibi birçok yazar tarafından oluşturulmuştur (1995). Bununla birlikte, burada verilen tanımlama bu bölümdeki tartışmanın gereksinimleri için yeterlidir.

num yolu ya da deri enfeksiyonudur. Tedavi edilmediği takdirde genellikle öldürücüdür. Hastalık, 1940'lı yıllardan bu yana sürdürülen rutin çocukluk dönemi aşılmasının sonucu olarak artık o kadar nadir rastlanır hale gelmiştir ki (Salisbury ve Begg 1996: 68), dünyanın pek çok yerinde toplum bilincinden silinmiştir; buna karşılık eski Sovyetler Birliği'nde yakın tarihli ciddi salgınlar yaşanmıştır (Garrett 2001). Çocuk felci, başarılı bir aşılama kampanyası sonucu dünya genelinde artık son derece nadir rastlanan hastalıklara bir başka örnektir. Bu hastalık kalıcı felce ve ölüme yol açabilir. Difteri ve çocuk felcine yönelik aşılama programlarında olduğu gibi, bulaşıcı hastalıklara yönelik aşılama programlarının çoğu, potansiyel olarak hem özel hem de kamu yararı sağlarlar. Buna karşılık, durum her zaman böyle değildir. Örneğin, kimi aşılama programları, katılan tüm taraflar için özel bir yarar sağlamaz. Özel olmaktan çok kamu yararı sağlanmasına belirgin bir vurguda bulunan aşı programlarına iyi bir örnek kızamıkçığa karşı çocukluk çağı aşılmasıdır. Bu hastalık, gebelik sırasında fetüs üzerindeki etkileri dışında, yakalanan kişilerin çoğu için hafif bir hastalıktır. Hastalık gebelerin doğan çocuklarında kalıcı duysal ve bilişsel hasara neden olabilir. Söz konusu hastalık için, toplumsal korunma oluşturarak doğmamış bebeklerin korunması sağlanabilecekte tüm çocukların aşılması için bir gerekçe vardır diyebiliriz. Aşı olmuş bireyler aşılanmadan sıfır (ya da çok düşük) özel yarar elde edeceklerdir. Böyle bir politikanın, kuşkusuz ki ilgili toplumdaki herkes için, söz konusu hastalıktan zarar gören çocuk, erkek kardeş ve kız kardeş vb. sayısını azaltma yönünden (ve hepimiz için, hastalanan kişilere bakım için harcanan maliyetleri kısma yoluyla) katkıları vardır. Benim vurgulamak istediğim konu, bunun birincil olarak, birey odaklı bir yarardan çok, bir toplum yararı üretme amaçlı bir politika olmasıdır. Buna karşılık, diğer bazı rutin aşılama, potansiyel olarak zararlı, hatta ölümcül olabilen, ancak kesinlikle bulaşıcı olmayan hastalıklara yöneliktir. Böyle bir hastalığa en iyi örnek tetanozdur. Tetanoz aşılması yalnızca özel yarar sağlar. Bunun nedeni, insanlar arasında bulaşıcılığı olmadığından ve hastalığa neden olan bakteriler çevrede yaygın olarak bulunduğundan, bu hastalık için bir toplumsal korunmaya erişmenin mümkün olmamasıdır.

Dolayısıyla, bir kişi, aşılama programlarından en azından bazılarına katılarak, hem özel hem de kamu yararından, kendine düşen payı elde edebilir. Aşılanmayan kişiler de, kendileri aşılanarak katkı

sağlamamalarına rağmen kamu yararından çıkar elde etmektedirler. Bu olguların en azından bazılarında, bunun nedeni, ilgili kişinin aşılınmaması için belirli bir tıbbi neden olması, aşının içinde yer alan bileşenlerden birine ya da daha fazlasına alerjilerinin bulunması yahut henüz yaşlarının tutmaması nedeniyle aşı olmama durumudur. Kimi başka olgularda, bunun nedeni, söz konusu kişilerin ilgili sağlık birimlerine kayıtlı olmamaları ya da takvimde aşı için belirlenmiş tarihlerde başka bir yerde (hatta bir başka ülkede) bulunmaları nedeniyle aşığı kaçırmış olmalarıdır. Böyle durumlar kasıtlı olmayan aşılınmama olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, aşılınmama durumunun, bireyin (ya da çocuklardan söz ediyorsak anne babaların) yetkin bir seçiminin sonucu olarak, kasıtlı olması da olasıdır.⁹ Bu bölümde, bu durumdaki bir bireyin aşılama bağlamında diğer insanlara karşı ahlaki yükümlülüklerini değerlendirmek istiyorum.¹⁰ Yükümlülüklerimizi, toplum korunmasının var olup olmadığına bağlı olarak ayırmamız gerektiğini öne süreceğim. Araştırılacak genel konu, bireyin bir aşılama programına dahil olmak istememesi durumunda, aşı yaptırma yönünde ahlaki bir yükümlülüğümüz olduğunu iddia etmenin hangi ölçülerde anlamlı olduğudur. Bu gibi olaylarda bu tarz yükümlülüklerin geçerli olarak dayatılabileceğini ileri süren iki olası görüşü ele alacağım. İlk görüş, başkalarına zarar vermeme yönündeki temel yükümlülükle ilgiliyken, ikincisi adalet düşüncesi üzerine kuruludur ve aşılamalara katılmamanın bedavacılığın bir biçimi olarak görülmesi gerektiğini ileri sürer.

⁹ Bazı anne babalar dini, ideolojik ya da 'risk' ile ilgili gerekçelere dayalı olarak kendi çocukları için aşılamaı açık bir şekilde reddederlerken, çocukların aşılınmaması ile ilgili en azından bazı olgular sosyal ve ekonomik etmenlere bağlıdır (Dare 1998).

¹⁰ Başkalarının adına aşılama programından vazgeçmeyi seçen üçüncü şahıslar (örneğin anne babalar) hakkında düşündüğümüz zaman, sorunlar farklılık gösterecektir. Biz, her ne kadar durum her zaman böyle olmasa da, anne babaların çocuk için en iyi olanı güvenceye almaya teşebbüs edeceklerini düşünme eğilimi gösteriyoruz. Bu bölümdeki tartışma üzerine daha açık bir odaklanma adına, bu tür olgulardan ortaya çıkan sorunlar burada büyük ölçüde göz ardı edilecektir. Bununla birlikte, çocukluk aşılamaı ile ilgili 'en iyi yararın' tartışması için bkz. Dawson (2005).

10.2. Başkalarına Zarar Verme

Pek çok yazar, belirli eylemleri yerine getirmemenin önemli bir nedeni olarak, başkalarına zarar vermeyi göz önüne almıştır. Ele almamız gereken ilk konu, yükümlülük olduğu varsayılan bu davranış biçimini biraz daha detaylandırmaktır. Burada birkaç farklı seçenek bulunmaktadır. Bunlardan en belirginini, herkesçe sevilen ahlaki zarar vermeme ilkesine başvurmaktır (Beauchamp ve Childress 2001). Bu ilke genel olarak dar anlamda yorumlanır: Ahlaki olarak başkalarına zarar vermememiz gerekir. Özünde bu yaklaşım bizim zarara yol açan bir davranışta bulunmamamızı gerektirir. ‘Zarar’ kavramının neleri içerdiğini tam olarak saptamak şaşırtıcı bir biçimde zordur (Feinberg 1973). Burada, zararın tam niteliği hakkında, belirli vaka dizilerinde zararın belirgin olduğunu söylemenin dışında herhangi bir tartışmaya girmeyeceğim: Acıya sebep olmak, sakatlık ya da ölüme sebep olmak, vb. gibi.

Zarar vermeme tartışmasının büyük bir kısmı, kasıtlı olarak oluşturulan zarara odaklanır. Buna karşılık, zarar bir eylemi yapmanın sonucu olarak oluşabileceği gibi, bir eylemi yapmamanın sonucunda da oluşabilir. Eğer bir zararı önleyebilecek ya da ortadan kaldıracak şekilde hareket etmem mümkünse, bu yönde bir ahlaki yükümlülüğüm var mıdır? Eğer böyle bir yükümlülük varsa, bu bir zarar vermeme yükümlülüğü müdür? İlk önce ikinci soruyu ele alalım. Bir kez daha, konu tartışmaya açıktır. Zarar vermeme ve yarar sağlama arasında keskin(ce) bir ayırım yapmak isteyenler, ikisini ayırt edebileceğimizi ve zararı önleme ya da ortadan kaldırma yükümlülüğünün, bir zarar vermeme yükümlülüğü değil, bir yarar sağlama yükümlülüğü olduğunu savunurlar.¹¹ Böyle bir görüşün savunucuları, daha sonra, zarar vermeme yükümlülüklerinin tür olarak yarar sağlama yükümlülüklerinden farklı olduğunu ve yarar sağlama yükümlülüğüne göre öncelikli olduklarını belirtebilirler.¹²

¹¹ Örneğin, Beauchamp ve Childress bu tür bir ayırımı savunmaktadırlar (2001: 113—16).

¹² Bir kez daha, bu konu hakkında farklı görüşler olabilir. Bu ilkelerin doğada *prima facie* (ilk bakışta) görünebilir nitelikte olduğunu, zarar vermemenin sadece bazı zamanlarda öncelikli olduğu savunanlar olduğu gibi, bazıları kusursuz ve kusurlu görevleri ayıran geleneksel çizgiye vurgu yapıp-

Başka görüş sahipleri ise, zarar vermeme, zararı önleme ve zararı ortadan kaldırma yükümlülüklerinin, tek bir ilkenin yönleri olduğunu ileri sürer (Frankena 1973).¹³ Bu konuda herhangi bir tartışmaya girmeyeceğim, çünkü benim savım bu konuyla ilgili değil. Buna karşılık, bu kısım, zarara neden olma, zararı önleme ya da ortadan kaldırmada yetersiz olma ve zarar riskini azaltmayı başaramamakla ilgili yükümlülükler odaklanıyor. Bu sınıfa giren durumlardan, başkalarına zarar vermeme yükümlülüğü kapsamındaki durumlar olarak söz edeceğim. Bu yükümlülüklerin zarar vermeme ilkelelerinden mi yoksa yarar sağlama ilkelerinden mi kaynaklandığı konusunda tarafsız kalıp, bu ilgili yükümlülükler grubundan, basitçe, 'başkalarına zarar ilkesi' (BZI) olarak söz edebileceğimize inanıyorum. Bu ilke daha sonra, en azından kimi durumlarda aşılı olmaya yönelik ahlaki bir yükümlülüğün var olduğunu belirtmek için kullanılacaktır.¹⁴

Başkalarına zarar ilkesi, kuşkusuz, Mill (1859) ve Feinberg (1973, 1984, 1986) gibi klasik liberaller tarafından desteklenen ve savunulan başkalarına zarar verme ilkesi ile de bağlantılıdır. Bununla birlikte, her ne kadar yasal ve ahlaki yaklaşımlar arasında belirgin bir ilişki olsa da, onların ilgisi, kendi başlarına zarar vermeme ve yarar sağlama ahlaki yükümlülüklerinden çok, devlet gücünün meşru sınırlarına yöneliktir. Adı geçen liberaller, önerilen eylem başka bireylere zarar verecekse bireyin özgürlüğünün meşru bir biçimde diğerleri tarafından kısıtlanabileceğini ileri sürerler. Bir bireyin kendi yaşamına zarar vermesini önlemek için yapılan bir müdahale ile, kişinin üçüncü şahıslara zarar vermesini önlemek için yapılan müdahale arasında

rak zarar vermemenin genel olarak (ya da her zaman) yarar sağlama üzerinde önceliğe sahip olacağını ileri sürebilirler.

¹³ Benim bu konudaki düşüncelerim Beauchamp ve Childress'ten çok Frankena'dan yanadır.

¹⁴ Aslında, en azından bazı hastalıklarla ilgili olarak, potansiyel zarar bu tür aşılımlar için hukuki zorunluluğu haklı çıkaracak kadar büyük olabilir. Bununla birlikte, bu bölümde yalnızca bir bireyin aşılı olmak için ahlaki zorunluluğu ile ilgileniyorum. Her türlü hukuki yükümlülüklerin tartışması başka bir zamana bırakılmalıdır.

ayrım yaparlar. İki paternalist bir davranış biçimi olabilir (ve dolayısıyla yanlıştır), ikincisiye başkalarına zarar ilkesi yoluyla gerekçelendirilebilir (ve dolayısıyla haklıdır). Bu bölümde odaklanılan konu, önceden belirtildiği üzere, Mill ve Feinberg'in ilgilendiği yasal yükümlülüklerden çok, 'başkalarına zarar verme' durumu hakkındaki düşüncelerle ilgili ahlaki yükümlülüklerdir. Bir sonraki kısımda, BZİ'nin aşılama ile ilgili ahlaki yükümlülüklerimiz konusuyla nasıl ilişkili olabileceğinin üzerinde duracağım.

10.3. Başkalarına Zarar Verme Tartışması ve Aşılama

Peki, BZİ bulaşıcı hastalıklara yönelik aşılama hakkında genel bir tartışma bağlamında nasıl geçerli olabilir? Bir tartışma aşağıda belirtilen biçimde yapılandırılabilir:

1. Zarara neden olan bulaşıcı hastalıklar (gözardı edilemeyecek düzeyden fazla), kasıtlı olmayan eylemler yoluyla başkalarına bulaştırılabilir.
2. Bu tarz bir zarar riski, tüm olası kaynak bireylerin önceden aşılama yoluyla azaltılabilir (ilgili bir aşının var olduğu durumlarda).
3. Eylemlerimiz ve eylemsizliklerimizle başkalarına zarar vermeye yönelik genel bir ahlaki yükümlülüğümüz vardır.
4. Madde 1 ve Madde 2 göz önünde bulundurulduğunda, bir birey, (ciddi) bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama yoluyla, başkalarına (önemli ölçüde) zarar verme riskini, azaltabilir.

Sonuç: Madde 3 ve Madde 4 göz önünde bulundurulduğunda, (ciddi) bulaşıcı hastalıklara karşı (var olması durumunda) aşı yaptırmamız bizim için ahlaki bir yükümlülüktür.

Başkalarına zarar ilkesi savunucularının (ister zarar vermeme, ister yarar sağlama kavramlarına başvursunlar), ciddi bir bulaşıcı hastalığa karşı aşı yaptırmayı reddetmenin, kendilerini gönüllü olarak bu riske atmamış olan başkalarının zarar görme riskini arttırabileceği için, bu tartışmayı destekleme olasılıklarının yüksek olduğunu varsa-

yıyorum. Anlatmak istediğim, bu görüşe göre, eğer etkilenen bireylerin gördükleri zarar, bireylerin *kendilerinin* aşı olmamayı tercih etmelerinden kaynaklanıyorsa, birey için BZİ'den kaynaklanan bir yükümlülüğün söz konusu olmayabileceğidir. Bununla birlikte, bulaşıcı hastalıklardan etkilenme olasılığı olan kişilerin hepsi bu kategoriye girmemektedir; kayda değer sayıda kişi, bu riske kendilerini gönüllü olarak atmamış olsalar da, hastalığın olası kurbanları arasındadır ve böyle bir durumda artan bir zarar görme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla, kendinizi difteri ya da çocuk felci gibi, etkin bir aşının var olduğu bir bulaşıcı hastalığa karşı aşılatmamanız halinde, eylemsizliğiniz sonucunda riske attığınız yalnızca kendi sağlığınız olmadığı ileri sürülebilir. Bu, aşılınmama kararının, sonuçlarından doğrudan etkilenecek kişinin yalnızca siz olacağınız, kan vermenin reddi gibi bir durum olmadığı anlamına gelmektedir. Aşılama durumunda, sizin eyleminiz, başka 'masum' kişilerin zarar görme riskini arttırmaktadır ve dolayısıyla, başkalarına zarar ilkesinin geçerli olduğu ve bunun sonucu olarak, söz konusu olası zararı engellemeye yönelik kabul edilebilir bir önlem olarak ilgili hastalıklara karşı aşı yaptırmakla yükümlü olduğunuz savunulabilir. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılınmama durumuyla tetanoza karşı aşılınmama durumu arasında bir farklılık vardır. Tetanoz aşısı ile ilgili kararın üçüncü kişilere bir etkisi yoktur. Hastalığa yakalanmış herhangi bir (tam bilgilendirilmiş) aşı yaptırmamış birey, yalnızca kendisini söz konusu zarara uğrama riskine sokmuştur ve artık zarar oluştuğunda (eğer oluşursa) eylemlerinin sonuçlarını kabul etmek zorundadır.

Yine de, BZİ'nin bu tür bir olguda uygulanmaması gerektiğini ileri sürmenin bir dizi kabul edilebilir dayanağı vardır. Birincisi, BZİ'nin yalnızca zararın (veya zarar riskinin) kasıtlı olarak oluşturulduğu durumlar için geçerli olduğunun savunulmasıdır. Kasten aşı yaptırılmamış olursa dahi, etkilenen tarafın zarar görmesi planlanmamış olduğundan buradaki sorun bu olmayabilir. Yine de BZİ'nin geçerli olabileceği diğer olası durumlara monte edilebilirliği söz konusu olduğundan, bu savın ne kadar idare edebileceği açık değildir. Örneğin, sizin zarar görme riskinizi bilerek arttırdığım, ancak herhangi bir zarar verme niyetinde olmadığım, yalnızca hobilerimden (örneğin, metal heykeller yapmak) ötürü evimdeki yangın riskini arttırmam ve sizin evinizin benim evime komşu olması nedeniyle ortaya çıkan durumda, BZİ'nin uygulanması kabul edilebilir. Size

zarar vermek niyetinde değilim, ama eylemlerim sonucunda daha büyük bir zarar riski altındasınız. Daha sonra, bu tür öngörülebilir bir zararı önlemek için makul önlemler alma zorunluluğunda olduğum öne sürülebilir. Aşıyla önlenebilir bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda (özellikle hastalık ciddi zarar ya da ölüme neden olabilecek bir hastalık ve etkili bir aşısı varsa), ilgili aşılama için amaçlanmayan zararı önlemek için akla uygun bir yöntem olduğu pekala savunulabilir. Dolayısıyla, BZİ, başkalarına zarar vermeme yükümlülüğünün yanı sıra zarar riskini azaltma yükümlülüğünü de benzer biçimde zorunlu kılar.¹⁵

Başkalarına zarar ilkesinin bu olguda uygulanamayacağını savunmak için kullanılacak ikinci uygun gerekçe, herhangi bir bireyin aşılamayla ilgili kararıyla bağlantılı eylemsizliğine bağlı olarak, herhangi bir olası ciddi hasar oluşması riskinin, BZİ'nin uygulanması için kayda değer sayılmayacak kadar düşük (ya da uzak) bir olasılık olduğunu öne sürmektir. Buna karşılık, söz konusu olguyla ilgili bu öneriye, belirli bulaşıcı hastalık türleri son derece zararlı (nitekim potansiyel olarak ölümcül) olduğundan, eylemlerinizi ya da eylemsizliklerinizden zarar doğma riski küçük olsa dahi (bilhassa sizin tarafınızdan gerçekleştirilmesi gereken eylem ufak bir eylemse ve yalnızca yan etkilerinin sonucuyla ilgili ufak bir risk taşıyorsa) başkalarına zarar ilkesinin geçerli olduğunu savunmak için yeterli gerekçe olduğu öne sürülerek yanıt verilebilir. Her ne kadar kimi risk türleri son derece küçük olsa da, oluşmaları halinde verebilecekleri zararlar son derece büyük olduğundan, bunlar için kapsamlı önlemlerin alındığından emin olmak isteriz. Örneğin, bir uçakta uçmaktan kaynakla-

¹⁵ Kasıtlı olmayan bir zarar riskini arttırmaya yönelik eylemde bulunanın katkılarını göz önüne almanın önemini kabul etmek için başka gerekçeler de olabilir. Bunun bir örneği bir bireyin tatildeyken ya da iş gezisindeyken, geziden önce gerekli bir aşıyı yaptırmamasının ardından bir hastalığa yakalandığı ve geri dönmesini izleyen süreçte hastalığı kendi ülkesindeki aşı yaptırmamış insanlara kasıtlı olmadan bulaştırdığı bir durum olacaktır. Yabancı bir ülkedeki hastalık riskinin önceden bilindiği ve etkin bir aşının kullanımda olduğu bu tür bir durumda, başkalarına zarar ilkesinin uygulanması mümkündür.

nan zarar riski düşük olsa da, bu risklerin olabildiğince düşük düzeyde tutulmasına yönelik çaba göstermek ve bunu güvence altına almak için yürürlükte olan mekanizmalar ve süreçler vardır. Eğer zararlar ilgili diğer riskleri azaltabiliyorsam ve bunun bir birey olarak bana maliyeti çok yüksek değilse, bu hususta yükümlülüğüm olduğumu belirtmem akla uygundur.

Üçüncü olası itiraz, bu durumda eylemler ve ihmaller arasında ahlaki açıdan bir ayrımın söz konusu olduğunu ileri sürmektir.¹⁶ Burada düşünce, BZİ'nin, ihmallerin değil, yalnızca eylemlerin sonuçları için geçerli olduğu şeklinde olabilir. Buna karşılık, böyle bir yanıt inandırıcı gözükmemektedir, zira başkalarında zarar oluşması, tüm ihmal çeşitlerinin açık ve doğrudan bir sonucu olarak kendini gösterebilmektedir. Eğer bakımı yapılmayan bir demiryolunda yolculuk ediyorsanız, bir ihmal nedeniyle daha yüksek bir zarar riski altındasınız demektir. Demiryolu şirketi, zarar meydana geldiğinde savunma olarak, eylemler/ihmaller ayrımına inandırıcı bir biçimde bel bağlayamaz. Bu görüşte, ilke, başkalarına zarar verilmesi durumunun, kabul edilebilir bir biçimde bir ihmalin sonucu olarak öngörülebildiği haller için geçerli olacaktır. Bu, hem demiryolu bakımı durumunda, hem aşı olmama halinde açık bir şekilde geçerlidir. Her iki ihmal, başkalarına zarar riskini öngörülebilir bir biçimde arttırmaktadır.

O zaman, BZİ'nin, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama senaryosu için uygulanabileceğini varsayalım. Şimdi bunun bir nüfusta, toplumsal korunmanın var olup olmadığı tartışması için ne fark yaratabileceğini değerlendirebiliriz. Toplumsal korunma var olmadığı zaman, *benim* aşı yaptırmayı ihmal etmemin bir sonucu olarak başkalarına hiçbir zarar gelmeyeceği ileri sürülebilir, çünkü bu tür bir karar aşılammamış nüfusu artırırken, bu toplum korunmasının olmayışına neden olan karar verici eylem değildir. Bu elbette ki gerçektir. Öte yandan, herhangi bir aşılama programındaki katılımcıların sayısı ne kadar düşükse, toplumsal korunmadan o kadar uzak oluruz ve bu nedenle, her ne kadar son derece düşük bir biçimde olsa da, benim ihmalin başkalarına zarar vermesi riskinin artmasına katkıda bulu-

¹⁶ Aşılarda ilgili davranışların/ihmallerin tartışması için Pare (1998)'ye bakınız.

nur.¹⁷ Başkalarına zarar ilkesi, eylemlerimizin sonucu olarak başkalarına zarar vermeme gibi bir genel sorumluluğumuzun olduğunu ileri sürerken, ben bunun aynı zamanda, başkaları için öngörülen riski aşılama yoluyla azaltmak için (en azından toplumsal korunmanın olmaması durumunda) bir eylem gerçekleştirebilecek durumda olduğumuzda, bunu yapmaya zorunlu olabileceğimizi ifade etmek için de kullanılabileceğini ileri sürdüm.

10.4. Toplumsal Korunmanın Var Olması ve Ek Yarar Olmaması Savı

Eğer yukarıdaki iddia akla yatkın ise; bireyler, başkalarının onların ihmaline bağlı olarak zarar görme riski altına girmelerini önlemek için kendilerini aşılatırma gibi bir ahlaki yükümlülüğe sahip olabilirler (en azından toplumsal korunmanın olmadığı durumda). Buna karşın, toplumsal korunmanın zaten açık bir şekilde var olduğu durumda, başkalarına zarar verme düşüncesinin aşı olma yükümlülüğünü gerekçelendirmek için nasıl kullanılabileceğini anlamak zordur. Çünkü genel olarak, toplumsal korunmanın zaten var olduğu durumlarda benim aşı yaptırmama yönündeki bireysel kararım sebebiyle üçüncü şahıslara bir ek zarar riski olmayacaktır.¹⁸ Bu sorunun üstesinden benim 'ek yarar olmaması' (EYO) iddiası olarak adlandıracağım bir yaklaşımı göz önüne alarak gelebiliriz. Toplumsal ko-

¹⁷ Elbette ki, toplumsal korunma elde edildikten sonra bile, bireyin aşı yaptırmamasının onun başkalarına zarar verme riskini arttıracak ileri sürülebilir. Bu doğrudur. Bununla birlikte, herhangi bir bireyin bu tür bir zarara katkıda bulunma olasılığı, toplumsal korunmanın olmadığı durumlarda çok daha fazladır, çünkü toplumsal korunma var olduğunda, salgın hastalık riski önemli ölçüde düşmektedir.

¹⁸ Bunun en azından iki istisnası bulunmaktadır. Birincisi, eğer bir nedenden dolayı aşılanmamış olmaları nedeniyle hastalığa yakalanacaklarını bildiğim kişilere hastalığı kasten bulaştırmaya çalıştığımda söz konusudur. İkincisi bir hastalığın bir topluma yabancı bir ülkeden umursamaz ama kasıtlı olmayan bir şekilde girişi ile ilgilidir. Aynı zamanda bkz. dipnot 20.

runmanın yararlarının dışlanılamaz nitelikte olmasının yaşamsal öneme sahip olması nedeniyle bu görüş, toplumsal korunma düşüncesine bir kamu yararı olarak yaklaşır. İddia, toplumsal korunmada olduğu gibi, başkalarının eylemlerinin sonucu oluşan yarardan zaten bir pay almış durumdaysanız, bir şeylere katkıda bulunmaktan cayma olasılığınız olduğu gerçeğine dayanır. Daha önce öngörüldüğü gibi, aşılammış olanlar -ister bir cayma seçeneği yoluyla isterse de kendi kontrollerinin dışındaki koşullara bağlı olarak (bir aşının bir ya da daha fazla bileşenine karşı bir alerji vb. gibi)- da dahil olmak üzere, ilgili toplum içerisindeki tüm bireyler toplumsal korunmanın varlığından yararlanırlar. EYO, toplumsal korunma olduğunda, aşılamanız sonucunda başkalarına ek bir yarar sağlanmayacağı yanı sıra, eğer aşılama sonucunda yan etki gelişme olasılığı varsa, aşılamanın birey olarak size olası ek maliyetler getireceğini vurgulayarak, aşılama yükümlülüğüne karşı bir görüşü destekler. Her ne kadar, kendinizi aşı yoluyla korumanın akılcı bir davranış olabileceğini düşünmek mümkün olsa da, söz konusu risklerin dengesi göz önünde bulundurulduğunda, EYO, (toplum geneli için toplu korumanın söz konusu olduğu ve sizin aşı yaptırmamayı seçtiğiniz durumlarda) aşı yaptırmaya yönelik ahlaki bir sorumluluğunuz olduğunu savunmanın akla uygun görünmediğini düşündürmektedir.

Ek yarar olmaması (EYO) görüşü, aşağıda belirtilen biçimde özetlenebilir:

1. Aşı programlarının önemli yararlarından biri, toplumsal korunmanın oluşabilmesi için nüfusun yalnızca yeterli bir kesiminin aşılandığı durumlarda hissedilir.
2. Herhangi bir bireyin, bir eylemle ilintili herhangi bir riske girmesine yönelik olarak, ilgili eylemden elde edilecek ek bir yarar yoksa, herhangi bir yükümlülük söz konusu olmaz.
3. Bir toplumda toplumsal korunmanın var olduğu durumlarda, aşılamanın getireceği (başkalarına yönelik zarar azaltma) ek bir yarar yoktur.
4. Buna ek olarak, toplumsal korunma bir kez sağlandıktan sonra, aşılamanın, aşılanan birey için neden olabileceği zarara yönelik her türlü olası risk, başkaları için herhangi bir yarar söz konusu olmaksızın göze alınmış olur.

Sonuç: Bu öncüller göz önüne alındığında, bu gibi durumlarda, aşı yaptırmak için ahlaki bir yükümlülük olmadığı güçlü bir biçimde iddia edilebilir.

Pek çok kişi EYO'ya içgüdüsel bir sempati duyacaktır. Buna karşılık, sonuçsalıcı bir akıl yürütmeye başvurulduğunda, bu söyleme, belirli bir ek kuramsal destek verilebilir. Toplumsal korunmayı sağlama çabasında bulunmanın neden olacağı yararlar çok büyüktür. Nitekim, daha önce belirtildiği üzere, bu sonuç, önemli bir kamu yararına sahip olunmasını sağlamaktadır. Buna karşılık, ilgili nüfusta bir kez toplumsal korunma sağlandıktan sonra, aşılmanmaya yönelik ahlaki yükümlülük düşüncesinin anlamlı olup olmadığı açık değildir. Bu pozisyon, iki olası sonuç odaklı gerekçe ile desteklenebilir: Bunlardan birincisi pratik gerekçe olup, ikincisi zarar azaltma düşüncesine dayalıdır. İlk yanıt ya da pratik gerekçe, her ne kadar bu durum kesin bir biçimde adaletsizlik üretse de, herkes aynı olası zararlara uğramaz. Yalnızca bu risklerle ilgili eşitlik elde etmek için herhangi bir zorlama peşinde koşmanın, kamu yararının varlığından dolayı, yersiz bir çaba olacağı ileri sürülebilir. Zarar azaltma temelli ikinci tartışma, belki daha güçlüdür ve toplumsal korunma var olduğundan (ve söz konusu aşılmalara, yukarıda tartışıldığı üzere, başkalarının göreceği zararı azaltmakta yarar sağlamadığından), eğer aşılardan *herhangi* bir zarar doğma olasılığı varsa, daha yüksek aşı oranlarını tutturma çabasının yanlış olacağını savunmaktadır. Nitekim, aşılmanın zarar-yarar profilinin bu gibi durumlarda değişim gösterdiği ve herhangi bir kimsenin, bu gibi durumlarda aşılmanı reddettiği için mahkum edilmesinin etik dışı hale geleceği ileri sürülebilir.

Kuşkusuz, var olan bağışıklık düzeyleri kuramsal toplumsal korunmayı sağlamak için yeterli olsa da, bir toplumda aşılma oranlarının olabildiğince yükseğe çıkarılması ya da yüksek düzeyinin korunması arayışının lehinde olan güçlü yararçı gerekçeler olacaktır. Bunun iki ana nedeni vardır. Birincisi, isteseler (ya da küçük çocuklar söz konusuysa, anne babalar istese) dahi aşılmanmayan (ya da aşılmanmayan) küçük ama kayda değer bir grup her zaman var olacaktır. İkincisi, ilgili amaç için çok fazla sayıda farklı bireyin çaba göstermesi gerektiğinden, herhangi bir nüfusta toplumsal korunmaya ulaşmanın ve bunu korumanın, son derece zor olduğu gerçeği hesaba katılmalıdır. Bu zorluk, dünyadaki ülkelerin çoğunda olduğu gibi, geziler ve göç yoluyla nüfus içe ve dışa doğru hareket ediyorsa, daha da arta-

caktır. Bu iki nedenin bir sonucu olarak, herhangi bir nüfus içinde, toplumsal korunmayı tehdit etmeksizin, tahammül edilebilecek, kasıtlı olarak aşılınmamış birey sayısı düşünüldüğünden daha küçük olabilir. Genel olarak bakıldığında, toplumdaki bağışlılık düzeyi ne kadar yüksekse, o kadar iyidir. Dolayısıyla, toplumsal korunmayı oluşturmak isteyen herkes, asla gerçekleştirilemeyeceğinin bilincinde olmakla birlikte, toplumun yüzde yüzünün aşılınmasını hedeflemelidir.

Sonuç olarak, benim ihmalinin yol açtığı olası zarar artışı nedeniyle, en azından toplumsal korunmanın söz konusu olmadığı bazı bulaşıcı hastalıklar için; BZİ, aşılama başkalarını önemseyen bir ahlaki yükümlülüğün oluşturulması amacıyla kullanılabilir. Buna karşılık, kitlesel korunmanın var olduğu durumlarda, benim ihmalem yoluyla herhangi bir ek zarar riski ortaya çıkmayacaktır. Bu, toplumsal korunmanın var olduğu durumlarda aşılınmaya yönelik bir yükümlülüğün olduğunu tartışmak isteyen kişilerin, başarılı olmak için BZİ'den daha fazlasına gereksinim duyacakları anlamına gelir. Bir olasılık, bir sonraki bölümde ele alacağım, yükümlülüğün kesin karşılıklılığı düşüncesine başvurmaktır.

10.5 Bedavacı Bir Görüş Olarak Ek Yarar Olmaması

Yükümlülüğün kesin karşılıklılığı düşüncesi, aşılma ile ilgili bir tür 'bedavacılık' görüşü oluşturulabileceği düşüncesinden hareketle, EYO için daha ilkeli bir karşılığı olanaklı kılar.¹⁹ Bu tür tartışmalar, bireylerin bir topluluğa, gruba ya da topluma katılmaktan yarar elde ettikleri durumlarda, bu yararı elde etmek için gerekli çabalara yeterli ölçüde katılması gerektiğini ileri sürmektedir.²⁰ Aşılama ile ilgili be-

¹⁹ Elbette ki bedavacılık tartışmalarının ardındaki varsayımlar sorgulanabilir. Örneğin, insanların her durumda kendi çıkarları doğrultusunda harekete geçtiklerinin kesin olmadığı ileri sürülebildiği gibi; gerçek dünyada, bedavacı durumların varlığını elimizdeki ampirik kanıtların desteklediğini ileri sürmek de kesin değildir. Bu konuların tartışması için bkz. Asch ve Gigliotti (1991).

²⁰ Bununla birlikte, aşılama olgusuna bedavacılık görüşlerinin dolambaçsız bir biçimde uygulanmasının, benzer bir görüşün vergi konusuna uygulan-

davacılık görüşünü betimlemede toplumsal korunmanın, bir kamu yararı olabileceğini düşünürken uygulamanın dışlanılamaz ve bölünmez bir kamu yararı olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Bu görüşe göre, hepimizin o yarara katkıda bulunmaya zorunlu olmamız gerekmektedir (toplumsal korunmayı oluşturmak için bunu yapmaya gerçekten gereksinimimiz olsun ya da olmasın). Bu tür bir görüş iki ayrı zeminde savunulabilir. Birincisi Hart'ın (1955) çalışmasından elde edilmiştir ve karşılıklı olarak bağlayıcı yükümlülüklerle odaklanır. Kant'a (1788) ait olan ikincisi, bir ahlaki topluluğun üyeliğinden kaynaklanan karşılıklı yükümlülüklerle odaklanır.

Hart'ın karşılıklı kısıtlama prensibine göre 'Bazı kişiler kurallara uygun olarak herhangi bir ortaklık yürüttükleri ve böylece özgürlüklerini kısıtladıkları zaman, bu kısıtlamalara boyun eğenlerin, gerektiği zaman, bu durumdan yararlanmış olanlardan da benzer bir boyun eğme beklemeye hakları vardır' (1955: 185). Hart'ın makalesi ahlaki yükümlülüklerin doğasından çok, politik yükümlülüklerin doğası üzerine odaklanmaktadır. Bununla birlikte onun görüşü, karşılaştırma yoluyla, birçoğumuzun çekici bulacağı ahlaki yükümlülüklerin kabataslak bir açıklamasını yapmak için kullanılabilir. Bu görüşe göre, bir grubun eylemlerinden yarar elde eden herhangi birinin ahlaki olarak aynı eylemi yapması gerekmektedir. Paylaşılmış bir yararın tadını çıkarmak her türlü potansiyel yükleri paylaşmayı gerektirir. Aşılama olgusunda, toplumsal korunma ile kamu yararı oluştuğunda, herkes bu durumdan yararlanır; öyleyse herkes ilgili hastalık için aşılama eşit şekilde katkıda bulunmak zorundadır. Bunun sebebi, toplumsal korunma ile ilgili yararı sürdürmenin en iyi yolunun bu olması değildir (sonuç odaklı bir gerekçe), eylemlerinden yararlanmış olduğunuz başkalarına size geçmişte nasıl davranmışlarsa (bir karşılıklılık gerekçesi) aynı biçimde davranmanın ahlaki olarak önemli sayılmasıdır. Önemli nokta, daha önceden onam vermiş ya da kabul etmiş olsak da olmasak da, bu görüşün, bizim bunu yalnızca yararda bir pay sahibi olmamızı göz önüne alarak başkalarına borçlu olduğumuzu ileri sürmesidir. Biz, bu şekilde katkıda bulun-

masından daha az akla yatkın olduğunu ileri sürmek mümkündür. Bunun nedeni aşılama olgusundaki katılımcı bireye yönelik (aşının yan etkilerinden kaynaklanan) bariz risklerin varlığıdır. Vergilendirme olgusunda bu açık bir şekilde değildir. Bu riskler ve yararlar hakkındaki her türlü değerlendirmede önemli farklılık yaratabilir.

mak zorunda kalmaya karşı çıksak bile, katılım yükümlülüğümüzden kaçınamayız.²¹

Benzer sonuçlarla Kant'a göre bir yaklaşım oluşturmak da mümkündür.²² Burada vurgulama, eyleme kılavuz olması için önerdiğim ahlak ilkesinin evrenselleştirilebilir olması gerektiği düşüncesi üzerinedir. Eğer bir ilke olarak 'katılmayacağım ancak yarar elde edeceğim' dersem, bu açık bir şekilde evrenselleştirilebilir bir durum değildir, çünkü toplumsal korunmanın varoluşunun altını oyacaktır. Kant'ın koşulsuz buyruğu (1788), kendi görüşlerini benimseyen herkese, bireysel eylemin toplumun veya nüfusun tamamına yönelik etkilerinin olacağını düşünmelerini önerir. Eğer benim önerdiğim eylem evrenselleştirilemiyorsa, bu durumda ahlaki bir eylem olamaz. Kant, ahlaki yükümlülüğün toplumsal boyutunu, koşulsuz buyruğun üçüncü kesin ifadesinde ve 'erekların krallığı' (kingdom of ends) olarak bilinen konuşmasında açık bir şekilde vurgular.

Hem Hart'ın hem de Kant'ın açıklamaları, herkesin yararlanıp yararlanmayacağı açık olmasa bile, belirli bir davranışı yerine getirmemizin ahlaki olarak talep edilebilir olduğunu ileri sürmektedir, çünkü bu görüşlere göre, ahlaki doğruluk yarar ile ilgili konularda

²¹ Benzer bir tartışma Rawls (1971: 267—8) tarafından, hiç kimsenin dezavantajlı olmaması için herkesin devletin kurallarına bağlı olmasının gerektiğini ileri sürmek için kullanılmıştır. Nozick (1974) herhangi bir birey için, kendisi bireysel olarak bir yükümlülüğe onay vermedikçe bir yükümlülüğe bağlı olmanın yanlış olduğunu önererek bu görüşe karşı çıkar. Bir kere daha bu tartışma politik yükümlülüklerle ilintili olduğundan dikkatli olmalıyız. Bununla birlikte, benzer bir ahlaki olguyu göz önüne alarak bu tür bir Nozick taraftarı görüşün, toplumsal korunma gibi şeylerin dışlanamaz kamusal yararlar olduğu gerçeğini göz ardı edip etmeyeceği üzerinde düşünebiliriz. Bu bireysel onamın bu tür bir bağlamda daha az önemli olduğu anlamına gelebilir, çünkü tüm yararlananların, katılım göstermeyen üyelerin bile yararlanacakları yararın oluşturulmasını önceden kabul etmelerine gerek olmayacaktır. Kamu yararları ve adalet konularının tartışması için aynı zamanda bkz. Arneson (1982).

²² Bununla birlikte, Kant çiçek aşısını eleştirmekte ve onun potansiyel olarak öz benliğe karşı olan bir görevi engellediğini savunmaktadır. bkz. Kant (1797:6,424). Bu bilgiye dikkatimi Harry Lesser çekti.

belirlenmez. Genel olarak, birçokları bu durumda bir aşı yaptırma yükümlülüğü olduğu sonucuna ulaşmada güçlük çekseler de, bu tür bir görüşü destekleyeceklerdir. Bununla birlikte, her iki açıklamaya, kişilerin bu tür bir biçimsel adalet ya da karşılıklılık gereksinimi adına gereksiz bir zarar görme riskiyle karşı karşıya kalmalarının gerçekten de doğru olmadığı temelinde karşı çıkılabilir. Birçok insanın sezgileri burada bir şeylerin yanlış olduğu yönünde olacaktır. Bu kaygının temelinde, doğal olarak, zarar riskleri de dahil olmak üzere bazı şeylerin adil olarak dağıtılması gerekenler olmadığı düşüncesi olabilir. Tartışma, başka durumlarda mantıksız olarak değerlendirilebilecek olguların, örneğin radyoaktif maddelerin uygun miktarlarda evlere dağıtılarak radyasyon hasarı riskinin eşitlenmesinin savunulmasına kadar uzanabilir. Bu anlaşılabilir görünmektedir. Bu tartışmadan çıkarılacak akla uygun sonuç, başkalarına zarar verme ile ilgili ahlaki yükümlülüklerimizin değerlendirilmesinde eylem sonucu oluşan yararın yaşamsal önemi olduğudur.²³

‘Bedavacılık’ konusunda bir başka görüş oluşturmak için yeniden BZİ’ne başvurulabilir. Toplumsal korunma oluştuğunda eylemsizliğin sonucunda üçüncü kişilere herhangi bir zarar geleceğini ileri sürmek mantıksız görünmektedir. Bu, BZİ’nin geçerli olmadığı anlamına gelmektedir. Aslında, tek olası zarar riski bireylerin kendilerine yöneliktir (var olan aşılama ve her türlü olası yan etkiler yoluyla) ve bu tür durumlarda, aşılama reddetmek, bu düşüncenin açıkça öncelik kazanmasına bağlı olarak, bireylerin özerkliklerine saygı gereği ve başkalarına zarar vermenin söz konusu olmadığı ortamlarda bireyin kendisine kalmıştır. Elbette ki birey toplumsal korunmanın var olduğu nüfusta gönüllü olarak aşılabilir, ancak ben, aşılama programına katılmak istemeyen yetkin bir bireyin hangi ahlaki yükümlülükleri olabileceğini araştırıyorum.

Dolayısıyla, bu bölümdeki tartışma, EYO’nun bir görüş olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Olası zarar ve yararları değerlendiren sonuca odaklı akıl yürütme yoluyla desteklenebildiği gibi, biçimsel ‘karşılıklılık’ ya da ‘adalet’ kavramlarından etkilenmiyor gibi görünmektedir. Parçası olduğumuz grubun üyeleri olarak yükümlü-

²³ Elbette ki, burada kastedilen karşılıklı yükümlülükler ya da benzer biçimde koşulsuz buyruğa karşı bir düşünce değildir. Bu bağlamda sadece bu iki yaklaşımın, bedavacı deneme ve önlemenin iki yolu olduğunu ileri sürmek istedim.

lüklerimiz olabilir, buna karşılık, (grubun diğer üyelerine) yararın söz konusu olmadığı ve (birey için) kimi risklerin bulunduğu durumlarda, bu yükümlülüklerin karşılıklı eylem yükümlülüğünü zorunlu kılan yükümlülükler olması gerekmez. Eylemlerimin ve ihmallerimin başkaları için doğuracağı sonuçları hesaba katmam gerekir, buna karşılık, yalnızca diğer kişiler söz konusu eylemi daha önce gerçekleştirdi diye (söz konusu önceki eylemlerden yarar sağlamış olsam da) herhangi bir eylemi yapmaya yönelik herhangi bir zorunluluğum yoktur. Nitekim, daha önce belirtildiği üzere, eylemin zarar-yarar profilindeki değişim göz önünde bulundurulduğunda, yarar görececek bir üçüncü kişinin yokluğunda, bireyin eylemi yapmaya yönelik ahlaki yükümlülüğünün olduğunu ileri sürmek ahlaki açıdan yanlıştır. Toplumsal korunma, gerçekten önemli bir kamu yararıdır. Buna karşılık, kimsenin buna zarar verecek herhangi bir eylemde bulunmaması gerekli olsa da, (toplumsal korunmanın var olduğu durumlarda) buna katkı sağlamaya yönelik bir eylem yapmak için (en azından liberal görüşle) herhangi bir ahlaki yükümlülüğümüz yoktur.

10.6. Sonuçlar

Kamu yararının korunması ya da toplumsal korunma, en azından kimi bulaşıcı hastalıklar için aşılınmaya yönelik bir ahlaki yükümlülüğün varlığını doğrulayacak kadar önemli kabul edilebilir. Toplumsal korunmanın var olmadığı durumlarda, başkalarına zarar verme görüşü, aşılınma yükümlülüğünü gerekçelendirmek için (toplumun karşı karşıya olduğu zarar riskini azaltmaya yönelik bir katkı olarak) kullanılabilir. Buna karşılık, toplumsal korunmanın var olduğu pek çok durumda, bu tür bir ahlaki yükümlülük, başkalarına zarar verme ya da bedavacılık görüşlerine başvuru olarak gerekçelendirilemez. Böyle bir durumda, ek yarar yokluğu görüşü, seçmek istiyorsa bireyin aşılınmama kararına gerekçe oluşturabilir. Buna karşılık, toplumsal korunma var olsa da, kuşkusuz ki bireyler istemeleri halinde, böyle bir aşılama programına katılmakta serbesttirler. Öyle ki, her ne kadar bu bölümde, bir bireyin aşılınmamayı seçmesi durumunda, aşı olmasına yönelik bir ahlaki yükümlülüğün söz konusu olduğunu gösteren herhangi bir gerekçe olup olmadığını araştırmama karşılık, bir toplumda, belirli bir hastalığa yönelik toplumsal korunma var olsa bile

aşılamaları savunmak için güçlü pratik sebepler olduğunun bilincinde olmalıyız.²⁴ Toplumsal korunma, o denli önemli bir kamusal yarardır ki, kimi durumlarda, toplumsal korunmayı sürdürmek için harekete yönelik herhangi bir biçimsel ahlaki yükümlülük olmadığı savunulabilse bile, sanki böyle bir yükümlülük varmış gibi davranmalıyız. Bir toplum içinde, belirli bir hastalık için toplumsal korunma varken bile aşılamaları teşvik etmek için güçlü gerekçeler olduğunun farkında olmalıyız. Toplumsal korunma o kadar önemli bir kamu yararı sağlar ki, bazı durumlarda biçimsel olarak, korunmayı sürdürme zorunda olmadığımız halde, bizim öyleymiş gibi davranmamız gerektiği ileri sürülebilir.

²⁴ Bu yükümlülükleri destekleyen başka ahlaki görüşler de doğal olarak bulunabilir, ancak bu bölümde geleneksel liberal çerçeveden kaynaklananları inceliyorum.

Tütünden Caydırma: Paternalist Olmayan Bir Tartışma

Marcel Verweij¹

11.1. Giriş

Akademik felsefecilerin çoğunlukla mutsuz kişiler olduklarını düşünün. Bu insanlar, bir yandan sistematik düşünmeyi, felsefeyi öğretmeyi ve felsefi makaleler yazmayı çok severler. Öte yandan insanın içine düştüğü ikilemler hakkındaki bilgileri onları diğer insanlardan daha mutsuz kılar. Üstelik akademik kadroların sayısı oldukça sınırlıdır. Bazıları oldukça ünlü ve başarılı olsa da felsefecilerin çoğu sınırlı bir başarı elde ederek zor bir yaşam sürerler. Bir lokantada garson olarak kariyerinize başlangıç yapmanızın daha iyi olduğunu düşündüğümü varsayalım. Bunu daha önce de tartışmış olalım. Kariyerini-

¹ Savımı geliştirirken Bruce Jennings, Angus Dawson, Frans Brom, Richard Ashcroft ve Mariëtte van den Hoven gibi birçok meslektaşımınla yaptığım tartışmalardan yararlandım. Ayrıca, Uygulamalı Felsefe Topluluğu'nun Temmuz 2004'te, Cambridge-Gonville ve Caius Kolej'de yapılan 'Halk Sağlığı, Etik Teori ve Kamu Yararı' seminerine katılanların yürüttükleri tartışmalar için de teşekkür ederim.

ze bir garson olarak başlamanın felsefe öğretmekten daha eğlenceli olacağı ve olasılıkla daha çok başarı kazanacağınız konusunda aynı düşüncede olmamıza karşın yine de akademik felsefeci olarak yaşamınızı sürdürmek ve öyle kalmak istiyorsunuz. Şimdi ben felsefeyle uğraşmayı daha zor hale getirip garsonluğu daha çekici kılarak yaşamınızı renklendirmeyi deniyorum. Eğer bu strateji başarılı olursa, yani bir garson olmayı tercih edecek kadar felsefeci olmaktan nefret edip yaşamınızı değiştirmek isteyerek gerçekten bir garson olursanız, büyük olasılıkla, daha iyisini yapmış olursunuz. Çoğu felsefecinin arzulayıp ta gerçekleştiremedikleri (örneğin, Cambridge’de ders vermek gibi) hevesleri arkada bırakmış olursunuz. Onun yerine muhtemelen çoğu garson tarafından paylaşılan, gerçekleşmesi çok daha kolay olan istekleriniz olacaktır. Peki bu nasıl olacak? Tamam, o zaman, şimdi size garson olmanın zevkli yanlarını ve felsefecilerin üstesinden gelmek zorunda oldukları güçlükleri anlatayim. Garsonların ücretlerini artırıp sizin maaşınızı azaltabiliriz. Ayrıca akademik dergilerin sayısını düşürmek ve makalelerinizin basılma olasılığını azaltmak işe yarayacaktır. Aynı zamanda, mesleğinizi değiştirme tercihinizi desteklemek üzere size çeşitli kurslar önereceğiz. Sizi felsefeden caydırma politikası ne kadar müdahaleci olursa başarı şansı o kadar artacaktır.

Yine de çoğumuzun böylesine bir stratejiyi yersiz paternalist bir müdahale olarak göreceğini tahmin ediyorum çünkü bu politika *kendi iyiliğinizi* için size *kendi* tercihlerinizi değiştirmeyi dayatıyor. Felsefe yapma tercihlerinizi ve olanaklarınızı etkilemeye çalışan bu müdahaleci politika, inandırıcı olmaktan çok dayatmacı görünüyor.

Bu biçimde ‘yardım’ edilebilecek birçok mutsuz felsefeci olduğu gerçeği ve hala bu bahtsız yazgıyı izleyerek felsefeci olmayı düşünen birçok gencin düşüncesinin bu tür bir *kamu* politikası tarafından değiştirilebilecek olması, bu yersiz paternalizm suçlamasının tersini kanıtlayamayacaktır diye düşünüyorum. Böylesine ‘kamusal’ düzeyde bir felsefeden caydırma politikası, ikna etmekten çok kişiye müdahale içerdiğinden bireysel politika kadar paternalist özelliktedir. Üstelik özellikle böyle bir yöntemle insanların seçimlerini etkilemeyi amaçlayan bir hükümetin politikalarından kuşku duyarız. Aynı araçlarla -aynı yararları sağlayarak- daha çok insana uygulanıyor olması, bu politikanın haklı çıkarılması anlamına gelmez (onu daha az paternalist yapmaz).

Bu bölüm, sadece mutsuz felsefeciler üzerine değil, tütün kullanımının sağlığa zararları hakkındadır. Sigara içmenin insan sağlığına zarar verdiği, hem içenler hem de pasif içiciler, yani dumanı soluyan kişiler için bir gerçektir. Tütün politikaları üçüncü kişileri sigaradan korumayı amaçlar ve böylesi politikalar, etiğin zarar vermeme ilkesinden yeterli destek alır. Gelgelelim tütün politikaları *insanları sigara içmekten caydırmayı* da amaçlar. İlkinin çoğunlukla göz ardı edeceğim ve insanı tütün içmekten caydırma politikalarına odaklanacağım. Asıl söylemek istediğim, tütünden caydırma politikalarının da tıpkı benim kurmaca felsefeden caydırma politikamla aynı paternalist olmayan eleştiriye açık olduğudur. Bu sorunu çözmek için, tütünden caydırmanın bir kamu yararı olduğunu ve bu tür bir politikanın bireysel içicilerin sağlık yararlarının sınırlarını aştığını savunacağım.

11.2. Tütünden Caydırma: İnsanların Tercihlerini Değiştirmek

Diğer birçok ülkede olduğu gibi, Hollanda da insanları tütünden caymalarını hedefleyen birçok önlemi yaşama geçirmiştir². Sigara reklamları yasaklanmıştır; kamusal ve yarı-kamusal alanlarda sigara içmeye izin verilmez; çalışanların '*sigara-içilmeyen*' işyerinde çalışma hakkı vardır, çalışma mekânlarında sigara içilmeyen ortam düzenlenmesi yapılması bir zorunluluktur. Bu durum bakımevlerinde ve ruh sağlığı hastanelerinde tartışmalı sigara yasağı uygulamalarına yol açmış olup barlarda ve lokantalarda planlı bir sigara içme yasağını harekete geçirmiştir. Dahası tütün ürünlerinin satıldığı yerler kısıtlı

² 'Tütünden caydırma politikası' ile kişilerin davranış biçimlerini değiştirmek yoluyla sigara içenlerin sayısını azaltmayı amaçlayan politikaları kastediyorum. Örneğin hükümet kuruluşları ve sağlık çalışanları bilgilendirme kampanyaları, çalışanların motive edilmesi ya da tütün ürünlerine ulaşım ve satın alma olanaklarının kısıtlanması hatta sigara içmenin yasaklanması yollarını kullanarak tütün kullanımından caydırmaya çalışabilirler. Yasaklama çoğunlukla tütün kullanımından caydırma biçimi sayılmaz ama pasif içiciliğe karşı üçüncü tarafları korumak amacıyla alınan bir önlem olarak görülebilir.

olup; ürünlerinin vergileri yüksektir, (16 yaşından küçük) gençlere sigara satışı yasaktır, sigarayı bırakmak isteyen kişiler için eğitim programları vardır. Ayrıca, sigara içmenin risklerini vurgulayan bir sürü 'kamu spotu' çekilmiştir ve son zamanlarda, bu medyalarda sigarayı bırakmanın 'havalı' bir hareket olduğu bile vurgulanmaktadır.

Görünür bir biçimde, gelecek on yıl içinde sigara içenlerin sayısında ciddi bir düşüş olursa bu, bir başarı sayılacaktır. Her şeyden önce, sigara içmek çok değer verdiğimiz sağlığımız için en önde gelen tehditlerden biridir. Tütün kullanımı akciğer kanseri, iskemik kalp hastalığı ve kronik hava yolları tıkanıklığının başlıca nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Önleme Ulusal Merkezinin verilerine göre, sigara içmek, 1995 -1999 yılları arasında, her yıl 440.000 erken ölüme neden olmuştur³.

Sigaranın sağlığa zararlı olduğunun çok iyi bilinmesine ve halka yaygın ve sık biçimde duyuruluyor olmasına karşın görünen o ki insanlar sigara içmeyi sürdürüyorlar ya da sigara içmeye başlıyorlar. Bunun bir nedeni, sigara tiryakilerinin birçoğunun nikotin bağımlısı olması ve bu yüzden sigarayı bırakmak için yaptıkları girişimlerde başarısız olmalarıdır. Bir diğer önemli neden ise insanların sağlıklarını tehdit eden etkenlere düpedüz önem vermemeleri ya da sigara içmenin hastalığa ya da erken ölümlere neden olacağı olasılığını kabul etmemeleridir.

Tütünden caydırma politikaları bu tutumların değişmesini amaçlar. Kampanyalar, sigara içenlerin isteklerine, dayanma güçlerine, sigarasız seçeneklere, sigaranın cazibesine karşı koymaya odaklanır. Amaç, sigara içenlerin sigara içme seçeneğine direnmelerini, reddetmelerini ya da önemsememelerini sağlamak, sigara içmeyenlerin de sigaraya başlamak için istek duymalarını engellemektir. İnsanları istek ve tercihlerinin bazılarında vazgeçirmeye çalışmak, tartışmalı bir konudur.⁴ Her şeyden önce, demokratik toplumlarda hükü-

³ *Morbidity and Morality Weekly Report (Haftalık Morbidite ve Mortalite Raporu)* (2002), 51(14): 300-3.

⁴ Bu tür politik amaçlar, çoğulcu bir demokratik toplumda sorunlar yaratır, çünkü Brian Barry'nin (1965: 38ff) mükemmelliği önemseyen etkenler olarak adlandırdığı kavramın güçlü bir versiyonu ile örtüşürler. Liberal politikalar, isteği önemseyen ilkelere dayalı olabilirler. Bu ilkeler, insanların bir toplumda dile getirdikleri gerçek isteklerinden kaynaklanır ve politikaları

metler insanları ciddiye almalıdır ve bu, onların tutumlarını, değerlerini, tercihlerini önemsemeyi kapsamalıdır. Kısacası, insanların tutumlarını değiştirmeyi amaçlayan politikalar, güçlü bir dayanak gerektirir. Üstelik kişiyi tütünden caydırma, onu akılcı yoldan ikna etmenin ötesinde çaba göstermeyi gerektirir. Yaşamın çeşitli alanlarında uygulanan çeşitli girişimlerin ve programların (örneğin kitle iletişim araçlarındaki yayınlar, ürünlerin üstündeki yazılı uyarılar, tütün ürünlerini satın alma ve kullanma olanaklarının sınırlandırılması, vergi politikaları gibi önlemler) kapsayıcılığı ve yaygınlığı, onların bir dereceye kadar yönlendirici olduklarını ve basit biçimde, doğaları gereği, ikna edici olmadıklarını akla getirmektedir.

Bu nedenlerden ötürü tütün kullanımını azaltmakta ve bunun sonucunda tütün kullanımına bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürmekte etkili olsalar dahi, tütünden caydırma politikalarının ahlaken tam olarak haklı çıkarılabildiğini söylemek zordur. Her şeyden önce sigara içenler arasındaki morbidite ve mortalite, kişilerin kendi seçim ve tercihlerinin sonucu olarak görülebilir. Kendi sağlıkları adına insanları tercihlerini değiştirmeye zorlamak son derece güçlü bir paternalist müdahaledir ve bu nedenle haklı bulunması zordur. Tütün politikalarının sağladığı yararlar basit olarak sigara içmekten vazgeçirilmeye çalışılanların elde edebilecekleri yararlarla eşit olsa bile, paternalist olma niteliğinden dolayı tütünden caydırma politikaları eleştiriye açıktır. İnsanlara böyle müdahalelerde bulunmak, ancak örneğin kişiler çok da gönüllü olmadan nikotin bağımlısı haline gelmişlerse haklı olabilir. Birçok ağır sigara bağımlısı için durum kesinlikle böyledir. Yine de bunu genel bir kural haline getirmek, tüm

isteklerinin doyumuna olan etkilerini belirleyerek değerlendirir (Bu değerlendirme, faydacı kuramda olduğu gibi toplu istek-doyuma odaklanabileceği gibi insanların isteklerini karşılamak için sahip oldukları olanakların dağılımına da odaklanabilir). Mükemmelliği önemseyen etkenler insanların doğuştan gelen isteklerinden farklıdır. Politika olarak insanların isteklerini başlangıç noktası olarak almak ama kişinin kendi istekleri arasında diğer değerlendirmelere yer vermek ılımlı bir mükemmelliği önemseyen yaklaşımdır. Bunun bir adım ötesi, bazı istekleri hiç göz önüne almayıp dışarıda tutmaktır. Kişilerin gerçek isteklerinden bağımsız etkenlerin göz önüne alınması, mükemmelliği önemseyen ilkenin çok güçlü bir ifadesini oluşturur.

sigara kullanıcılarının aslında istekleri dışında bu işi yaptıklarını iddia etmek ve buradan hareketle paternalist bir yaklaşımla tutumlarını değiştirmeye çalışmayı savunmak zordur. Bu bağımlılık konusunu ve gönüllülük esasını birkaç kez tartışacağım ama paternalizmi eleştirmek üzere tuttuğum yol farklı olacak.

Halk sağlığı programlarında konunun kamusal kaygılarla gündeme getirildiği belirtilirse, örneğin sigarayı bırakmanın sadece o kişinin sağlığına değil, toplumun da yararına olduğu açıklanırsa haksız paternalizm suçlamasının da önüne geçilmiş olur.

11.3. Başkalarına Zarar Vermek

Demokratik bir çoğulcu toplumda tütün politikaları hakkındaki en güçlü argüman, tütün ürünlerinin zararlı olduğu gerçeği ile ilgilidir. İnsanları başkalarının verdiği zarardan korumak, özgürlükçü bir toplumun temel kaygılarından biridir ve politik ve etik kuramda sözleşmecî gerekçelerle desteklenir. Bu gerçekten de kamusal bir kaygıdır, toplumdaki her bireyi bağlayıcıdır ve toplumu oluşturan her birey zararı önleyici politikaların sağladığı güvenlikten yararlanır. Zarar ilkesi, bireysel özgürlüklere sınır getirilmesini haklı çıkarmak amacıyla başvurulabilecek (hatta düzenli olarak başvurulacak) çok güçlü bir savdır (Mill:1859, Feinberg:1984).

Zarar ilkesi, tütün politikalarının çeşitli unsurlarıyla bağlantılı görülebilir. Pasif içicilik, sigara içmeyen kişilere zarar verebilir. Bu yüzden pasif içicileri ‘sigara içenlerden’ korumak üzere yürütülen programlar ve getirilen sınırlamalar, başkalarına zarar ilkesine dayanabilir. Bu ilke, yine de tütün kullanımından caydırma politikaları ile doğrudan bağlantılı değildir. Bu konuları tartışmadan önce, zarar vermeme ilkesinin daha basit olası bir uygulamasına başvuracağım.

11.3.1. Satış Yasası

Başkalarına zarar ilkesi, yalnızca sigara içicilerinin davranışları için değil aynı zamanda perakendecilerin ve sigara şirketlerinin eylemleri için de geçerlidir. Bu kurumlar hem zararlı hem de bağımlılık yaratan ürünler satmakta ve pazarlamaktadırlar. Açıkçası, eğer bir şirket benzer özellikte zararlı ve bağımlılık yaratan yeni bir tüketim ürünü

geliştirmiş olsaydı Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Gıda ve İlaç Kurumu gibi hükümet kuruluşlarının bu ürünün serbest piyasaya verilmemesi doğrultusunda karar vermeleri için güçlü kanıtlar hazır demektir. Eroin ya da kokain benzeri uyuşturucuların uğradığı akıbetle, bir analogi kurulabilir. Bazı ülkelerde yasaklanan uyuşturucular, tütünden daha az zararlı ve daha az bağımlılık yapan maddelerdir. Güçlü yaptırımlar ile desteklenen uyuşturucu yasağı, yalnızca uyuşturucu bağımlılarına yönelik paternalist girişimleri değil aynı zamanda üretici ve satıcılara yönelik cezai kovuşturmayı da kapsar. Bu nedenle tütün kullanımının önüne geçmenin en köktenci yolu, tütün satışının tütünden yasaklanmasıdır. Geçmişte de gündeme gelen bu önerilerin zarar ilkesi ile savunulması mümkündür⁵. Açıkçası, sigara içmek yüzyıllardır yerleşmiş bir alışkanlık olduğundan tütün ürünlerine yasak getirmek, çeşitli sorunlara yol açabilir. Sigara içmeyi yasaklamak oldukça zordur ve eğer yurt dışında serbest ise ülke içinde bu yasağı sürdürmek boşuna olacaktır.

Yine de yanıtlanması gereken bir temel soru daha var. Sigara içenlerin tütün şirketlerinin piyasaya sunduğu zararlı ürünler tarafından zarara uğratıldıkları iddiası doğru mudur? Özgürlükçü bakış açısıyla değerlendirdiğimizde, eğer kişiler aldıkları ürünlerin risklerini kendi istekleriyle kabul ediyorlarsa üretici ya da satıcılar, zararlı ürünler sattıkları için suçlanamaz. *Volenti non fit injura*: Eğer insanlar bileerek ve isteyerek riskli davranışlar gösteriyorlarsa o zaman (hem ahlaki yönden hem de yasal olarak) bir zarar söz konusu değildir. Bu durumda insanların, sigara üreticilerinin ve satıcılarının zararlı uygulamalarının kurbanı olduklarından söz edilemez. Diğer bir deyişle, tütün ürünü satın alma ve sigara içme alışkanlıklarından birinci derecede sorumlu olan kullanıcıysa başkalarına zarar ilkesi, tütün ürünlerinin satışını yasaklamak için gerekçe oluşturmaz.

Günümüzde birçok sigara tiryakisi nikotin bağımlısıdır ve bu nedenle sigarayı bırakma çabalarının başarı oranı düşüktür. Böyle olunca nikotin bağımlılığının sigara içmeyi gönüllü olmayan (ya da en azından yeterince gönüllü olmayan) bir eylem haline getirmesi mümkündür.⁶ Bu dayanak, zarar ilkesinin uygulanmasını destekler ya da

⁵ Robert Goodin (1989), tezgâh üstü sigara satışının yasaklanmasının gerekçelendirilebileceğini savunmaktadır

⁶ Şimdi tütün ürünlerinin serbest piyasada satışının sınırlandırılmasına -ve bu müdahalelerin sigara satıcıların ve üreticilerinin özgürlüklerini kısıtlama-

daha net söylemek gerekirse, gönüllülük kavramını devreden çıkarır. Gönüllü olmama dayanağının nereye kadar geçerli olduğu bütünüyle açık değildir. Var olan uygulamalar ve politikalar -en azından Hollanda'da- yetişkin sigara tiryakilerinin yeterince sorumlu tutulduklarını göstermektedir: Politik tartışmalarda, tütün satışı yasağı pek yer almaz. Sigaradan vazgeçirme önlemleri için de durum aynıdır; sigarayı bırakmak her bir bireyin kendi sorumluluğunda görülür.⁷ Bu bölümde nikotin bağımlılığının -analizimin ilerleyen evrelerinde sık sık gündeme gelecek olmasına karşın, zorunlu olarak sigara içmenin gönüllü olmayan nitelikte olduğunun kabul edilmesini gerektirip gerektirmediği sorusunu yanıtlamaya çalışmayacağım. Şimdilik başkalarına zarar ilkesinin sigara satışının yasaklanmasına destek olabileceğini, ancak bu görüşün sigara içmenin yeterince gönüllü olmadığı öncülünden destek aldığını söylemekle yetineceğim. Bu bölüm, tütünün yasaklanmasına değil, tütün içmekten caydırmanın toplumsal gerekçelerine odaklanacaktır.

11.3.2. Pasif İçiciliği Önlemek

Pasif içiciliğin riskleri, başkalarına zarar ilkesine dikkat çekmek için ideal bir zemin sağlar. ABD'de Hastalık Kontrol Merkezi verilerine göre, yılda 440.000 olan sigaraya bağlı ölümler arasında 35.000'inin pasif içiciler olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle sigara içmeyenleri, içenlerin yol açtığı risklerden korumak için güçlü nedenler vardır. Birçok Batı ülkesinde bu amaçla (örneğin barlar, çalışma alanları, spor alanları gibi) kamusal alanlarda ve yarı kamusal alanlarda her geçen gün sigara kullanımına daha fazla sınırlandırmalar getirilmektedir. Sigara içmeyenlerin 'pasif içicilik' nedeniyle zarara uğrayacakları yerlerde sigara içilmesinin yasaklanması, zarar ilkesi ile yeterince desteklenir.

sına- odaklanmama karşın bu sav, aynı zamanda sigara içenlere karşı *paternalist* bir politika güdülmesini destekler.

⁷ Bu son ifade Hollanda'da temel sağlık sigortası paketine eklenmesi önerilen nikotin yerine koyma tedavisine karşı bir görüş olarak açıkça ifade edilmişti. Tweede Kamer der Staten Generaal (Hollanda Parlamentosu Temsilciler Meclisi) (2000), TK 30 – 2628, 30 November.

Yine de başkalarına zarar verilmesini önlemeyi amaçlamak, insanları sigara içmekten caydırma amacından farklıdır. Başkalarına zarar ilkesi, tütün şirketleri ve diğer kişiler tarafından verilecek zararlara karşı kişileri koruyan politikaları destekler ancak bu kişilerin kendilerinin sağlıksız davranışlarına karşı bir koruma sağlamaz. En azından bunu doğrudan yapamaz.

İnsanları başkalarından kaynaklanan zararlardan koruma amacının, tütünden caydırma politikalarını destekleyebileceği dolaylı bir yol daha vardır. Pasif içiciliğin yarattığı sağlık sorunlarını anlamak için anne babaların aktif olarak sigara içtiği aile ortamını ömek gösterebiliriz. Küçük çocuklar yetişkinlere göre pasif içiciliğin zararlı etkilerine daha açık olabilirler. Anne babanın yoğun biçimde sigara içmesi çocuklarının sağlığına zarar veriyorsa o zaman bu çocukları anne babalarının yol açtığı zararlı alışkanlıktan korumamız için yeterli neden vardır. Üstelik sigara içilen bir ortamda yaşamak, tetiklemese bile, en hafifinden, çocuğun sigaraya başlamasını kolaylaştıracaktır. Hollanda Sağlık Konseyi, pasif içiciliğin etkileri hakkında hazırlanan yeni bir raporunda, tütün kullanımını sınırlandıran politikaların, evlerdeki sigara içimine etki etmekten uzak olduğunu ortaya koymuştur (Health Council of the Netherlands 2003). Yine de zarar ilkesi, hükümetlerin anne babanın sigara içme davranışına müdahale etmesini destekleyebilir. Bununla birlikte böyle bir önlem ciddi engellerle karşılaşacaktır.

Öncelikle, bu tür önlemler, anne babaların ve ailelerin mahrem alanına müdahale anlamına gelir. Kuramsal olarak bakıldığında, zarar ilkesine odaklanmak özellikle kişisel özgürlükler ve mahremiyete sınırlar getirdiğinden bu tür girişimlerin gerekçelendirilmesi mümkündür. Bir bakıma, kamusal alan ile özel hayat arasındaki sınırlar, zararın önlenmesi ilkesine benzer düşüncelerle çizilir: Özel alanda gerçekleşiyorsa çocuk istismarının kamunun müdahalesinden muaf tutulması olanaklı değildir çünkü zarardan korunmak artık toplumsal bir sorundur. Yine de gerekçelendirme için zararın önlenmesi ilkesinin kullanılmasının yerinde olduğunu kabul etmek yeterli değildir. Anne baba ile çocuk arasında girmek, aralarındaki ilişkiye (ve tabii hem anne baba hem de çocuğa) de zarar verebilir. Bu nedenle, karşı görüşler karşısında çocukları zarardan koruma düşüncesinin daha ağır basmasını sağlamak için çocukları bekleyen tehlikeler açık ve somut olmalıdır. Ve şu durumun sorgulanması gerekebilir: Pasif

içiciliğin zararlı etkileri, çocuğun sigara içimine maruz kaldığı uzun bir süre içinde zamanla ortaya çıkar⁸. Sigara içen anne babanın ciddi tehdit içeren belirgin bir eylemi yoktur: zarar, tek bir eylemden çok, alışkanlığa yüklenebilir. Bu durum, özel yaşamda sigara içmeyi yasaklamak için yukarıda söz edilmiş olan yasaklamalara daha pragmatik gerekçeler sağlar. Özel yaşam bütünüyle açık olmadıkça çocukların yaşadığı çevrede sigara içmenin yasaklanması uygulaması güç ve zorlayıcıdır.

Yine de anne babalarının sigara içmesinden zarar gören çocukları korumak, daha az sert ve daha doğrudan yollarla sağlanabilir. Ailenin özel yaşamına müdahaleyi gerekçelendirmenin zor olduğunu ileri sürenler olduğunda, zararı önlemenin en iyi yolu, anne babaları sigaradan vazgeçirmek olabilir. Ebeler, normal olarak, hamile kadınları, sigara içmenin çocuklarına zarar vereceğini doğrultusunda uyarırlar. Hollanda Sağlık Konseyi, çocuk sağlığı alanında çalışanların standart görev tanımı içinde, pasif içiciliğin tehlikelerine karşı anne babaların uyarılmasının da bulunmasını önerir. 1998 yılında Hollanda Tütün Risklerine Karşı Bilgilendirme Kurumu, ayrıca 'Sigara içmek mi? Etrafta çocuk varsa Hayır' isimli büyük bir kampanya başlatmıştı. Bir animasyon çizgi filmde, yeni doğan bir bebeğin babası, büyükbabanın eve puro ile girmesini yasaklar. Açıkçası filmde asıl mesaj, bu bebeklerin dedelerine değil, bizzat anne babalara yöneliktir. Büyükbabanın arada bir içtiği puro, bebeğin annesinin devamlı içtiği yoğun sigara yanında hiç kalır. Bu kampanyadaki en ilginç öğe filmin belirgin ahlaki niteliğidir. Mesaj şöyledir: Anne babaların, başkalarına (ve daha önemlisi birbirlerine), etraflarında çocuk varsa sigara içmenin kötü bir şey olduğunu söylemeleri doğrudur. Söz konusu kitle iletişim kampanyasının geniş bir kitleye erişiyor olması gerçeği bu ahlakçılık⁹ biçimini güçlendirmiştir, sağlık çalışanları ve

⁸ Zarar bazı durumlarda doğrudan doğruya ve kısa dönemde ortaya çıkabilir, örneğin hamilelik sırasında sigara içmek fetüsün büyümesini ve sağlığını olumsuz etkiler; doğacak çocuğa zarar verir.

⁹ 'Ahlakçılık' terimi bazen olumsuz anlamlar içerebilir ama benim kastettiğim bu değil. Ahlaki duygular uyandırmak ve insanları belli ahlaki görüşler ışığında davranmaya özendirmek, birçok yerde haklı çıkarılabilir. Bu olguda savunulup savunulmayacağı veya etik sorunlar doğurup doğurmayacağı ayrı bir konudur.

anne babalar arasındaki tartışmanın özel alanından öteye geçilir. Bu durum insanları (anne babaları ve diğerlerini) çocukların çevresinde sigara içilmemesinin ahlaki bir sorumluluk olduğu tutum ve inancını geliştirmeye sevk eder. Aşağıda sağlığı geliştirmenin, yalnızca bireysel davranışı değil aynı zamanda toplumsal normları da etkileyen özelliğine döneceğim. Şimdilik başkalarına zarar ilkesinin, tütünden caydırma politikalarının bazı özelliklerini (ve kamusal alanda sigara içilmesinin yasaklanmasını) destekleyici olduğu sonucuna varılması yeterlidir ancak tütün ürünlerinin kullanımının engellenmesine doğrudan doğruya destek sağlamamaktadır. Bununla birlikte, zarar ilkesinin, sigarayı bıraktırma politikalarına destek verebileceği dolaylı bir yol vardır: Özel yaşam bağlamında başkalarına zarar vermemenin en iyi yolu, insanların kendilerinin sigara içmekten caymalarındır.

11.4. Ekonomik Maliyetler ve Halk Sağlığında Sonuçsalcı Bakış Açıları

İlk izlenime göre, insanları sigaradan caydırmak için en akla yatkın görüş, tütün politikalarının yararlarını ve maliyetlerini tartarak değerlendirdiği için sonuçsalcı yaklaşımdır. Sigara içmenin başkalarının sağlığına doğrudan zararlı etkilerini (her şeyden önce bu etkiler özgürlük kısıtlayıcı politikalar için yeterli olabilir) gözden kaçırsak bile bu olgunun toplum geneline olumsuz etkisi vardır. Sigara içmek, kanser, kalp-damar hastalıkları ve diğer hastalıkların en önde gelen nedenidir. Hastalanan sigara tiryakileri tıbbi bakıma gereksinim duyar ve birçok Batı ülkesinde, toplumun geneli açısından, böylesine bakımın ciddi maliyeti vardır. Eğer maliyetler bu kadar fazla ise, maliyetleri azaltmak üzere, toplumun sigarayı bıraktırma için güçlü bir nedeni var demektir: Maliyet ve yarar bilançosu, sigara içen insan sayısının azaltılmasında başarılı olan politikalara bahane olacaktır.¹⁰

¹⁰ Sigara içmenin sağlık hizmeti giderleri adalet sorunlarını da beraberinde getirir. (Wilkinson 1999)

11.4.1. Maliyetler Argümanında Sorgulanması Gereken Öncüller

Epidemiyoloji ve sağlık ekonomisi üzerine araştırmalar, bu savın ampirik öncüllerinin sorgulanabilir olduğunu göstermiştir. Barendregt ve arkadaşlarının araştırmasına göre (1997), bir toplumda sigara içenlerin sayısında ciddi bir azalma olunca sağlık harcamaları, ilk başta hızlı bir düşüş gösterecek ama uzun vadede maliyetler esaslı biçimde artacaktır. Bunun çok iyi bilinen bir açıklaması vardır: En yüksek tıbbi bakım maliyeti ileri yaştaki hasta grubunda ortaya çıkar. Genellikle sigara içenler (sigara içmeyenlere göre) uzun yaşamazlar, ileri yaşları göremezler. Kabaca söylemek gerekirse sigara içen kişiler, genellikle, ileri yaşta görülen hastalıklara yakalanmadan önce ölmekte, sigara içmeyenlere göre daha kısa yaşamaktadırlar. Yani basit bir finansal kâr maliyet analizi, tütünden caydırmayı özendirici politikaları ilk bakışta desteklemeyebilir (Warner 2000).

Bununla birlikte maliyet ve yararlar odaklanmanın, tütün politikalarını ve daha genel anlamda sağlık politikalarını değerlendirmede belirleyici olması gerektiği düşünülmemelidir. Eğer bu iddialar belirleyici olacaklarsa insanların sigaraya başlamasını teşvik etmek için Barendregt'inkiler benzeri araştırmaların belirleyici olabileceği ileri sürülebilir. Üstelik, büyük olasılıkla, birçok hayat kurtarıcı önlem, uzun sürede sağlık hizmet maliyetini artıracaktır. Temel sorun, bu bakış açısının, bütün yararları parasal terimlere indirgemesidir. Bu indirgeme sonuçsalıcı bir bakış açısı içinde, doğal olarak, gerekli değildir. Tütünden caydırmanın temel yararları arasında en etkili olan, insanların hastalısız yaşam beklentilerinin artışıdır. Bu önlemlerin değeri, yalnızca toplumsal (sağlık hizmeti) harcamalarının maliyetinin azalması ya da yükselmesi ile değil, öncelikle yaşamın ve tüm insanların sağlığının değerinin önemsenmesiyle belirlenmelidir. Sigara içenler de içmeyenler gibi doğal sağlıklı bir ömür yaşamayı zamansız bir ölüme tercih edeceklerdir. Daha uzun ve sağlıklı bir yaşam, onlara, mutlu olmak, yaşam tercihlerinin ve ideallerinin gerçekleştiğini görmek için daha fazla fırsat verecektir.

11.4.2. Tercih Faydacı Bir Bakış Açısı

Şimdi, sigara içenlerin yaşamlarına verdikleri değer göz önüne alındığında ve onların zamansız hastalık ya da erken ölümlerle mahrum olabilecekleri zevkler ve deneyimler hesaba katıldığında, sonuçsalıcı görüşü savunanların sigara bırakmaya karşı çıkmaları daha az anlaşılır olmaktadır.

İnsanların zevklerini ve deneyimlerini hesaba katarak, (sigara içme benzeri) bazı zevklerini diğer zevklerle nasıl kıyasladıklarını ve değerlendirdiklerini anlamamanın en inandırıcı yollarından birisi tercih yararcılığıdır. Eğer bütün insanların normal bir ömür sürüp sağlıklı kalmayı ve hasta olmamayı istediklerini varsayarsak tütünden caymayı özendiren politikaların tercihe dayalı yararcılık görüşü tarafından desteklenebileceği ileri sürülebilir. Başarılı bir politika böylece toplam tercihlerin doyumunda bir artışa neden olacaktır, sadece sağlıkla ilgili tercihler daha iyi doyuma ulaşmayacak, ortalama yaşam beklentisi arttığında insanlar (daha uzun olan) ömürlerinde başka doyumların da gerçekleşmesini görme olanağını elde edeceklerdir. Bununla birlikte, söz konusu yararcı strateji iki soruna yol açar.

Birincisi, sigarayı bırakırma gerçekten tercih doyumunu sağlasa da bunu insanların tercih sıralamalarında değişiklik isteyerek yapar ya da en azından belirli isteklere (yani sigaradan keyif alma isteğine) daha az ağırlık verir. Amaç, insanların sigara içmek için tercih aşamasına gelmelerini önlemek, sigara içmeyi reddetmelerini sağlamak ya da tercihlerini daha sağlıklı bir ömür sürmekten yana kullanmalarını sağlamaktır. Tercih doyumunun bu biçimde desteklenmesine tercih yararcılığının ne ölçüde hak vereceği çok açık değildir.¹¹ Ayrıca böyle bir kuram, eğer insanların tercihlerini *değiştirme* girişimlerine sınırlama getiremiyorsa sorunludur. Öyle ki bu sınırlama en sonunda normatif gerekçelere bir başvuru olarak da değerlendirilebilir. Yine de önceden bilgilendirmek ya da (en azından) akla uygun, rasyonel olması

¹¹ Bu tür önlemlerin *akılcı* tercihlere ya da akılcı tercihlerin yokluğunda iyi düşünülmüş tercihlere odaklanan, tercih temelli bir yararcı açıklaması olabilir. Yine de böyle bir açıklama kapsamında sigara içme tercihinin her zaman dışarıda bırakılacak olması a priori olarak belli değildir.

koşulu gibi, yapılan tercihlere bazı sınırlamalar getirmek zorunlu olabilir.

Konunun bağımlılık cephesi buradan itibaren konuya dâhil olacaktır. Eğer sigara içenler, bu tercihlerini büyük ölçüde istekleri dışında yerine getiriyorlarsa o zaman yararçı yaklaşım açısından bu tercihlerin dikkate alınmaması için iyi nedenler var demektir. Her şeyden önce, istem dışı arzuların doyurulmasını desteklemek iyi değildir. Öyleyse sigara içme ile ilgili tercihlerin genellikle istem dışı olduğunu kabul edersek sigaradan vazgeçirmeyi özendiren politikalara yararçılık kuramından güçlü bir argüman geliştirebiliriz. Bu öncülü kabul etmek, aynı zamanda, çok daha sert tütün politikalarına da destek sağlayacaktır. Önceki bölümde, eğer sigara içme tercihi ve tabii ki tütün ürünlerini satın alma seçimi, büyük ölçüde istem dışı eylemlerse, tütünün zararlı etkileriyle birlikte ele alındığında bu durumun tütün ürünlerinin satışının tümüyle yasaklanması yönünde güçlü bir destek sağladığını ileri sürmüştüm.

Şimdi, açıkça görülüyor ki düzenli olarak sigara içen çoğu insan için sigarayı bırakmak çok zordur. Birçok kez denediği halde başarısız kalan çok kişi vardır. Bununla birlikte birçokları basit olarak bırakmak istemez ve diğer bir kısım ise denediği zaman sigarayı bırakabilir. Sigara içme tercihinin yeterince istem dışı veya özerk olmayan biçimde gerçekleşiyor olması, bu tercihleri yararçı değerlendirmenin dışında tutmak için gerekçe sağlayacağı genellemesinin güvenli bir biçimde desteklenmesi konusunda kuşkuvarım var. Sigarayı bırakmanın çok zor olması genellemesinin öncül olarak kabulü daha kolaydır. Olasılıkla, bu tür bir öncül, yararçı akıl yürütme kapsamından sigara içme tercihlerinin dışlanmasını gerekçelendirmede çok zayıf kalacaktır. Gelecek bölümde, bu zayıf tezin, aslında, tütünden caydırma politikalarına gerekçe sağlamada çok önemli olduğunu savunacağım.

11.4.3. Kamu Yararı için Bir Kanıt Gereksinimi

Yararçı iddiaya yöneltilen ikinci soru, sigara bırakma konusundaki bir kamu politikasının gerekçelendirilmesinde, faydacı argümanın (tercih temelli) nereye kadar yeterli olduğu konusunda bazı kuşkuları gündeme getirir. Bu kitaptaki çeşitli bölümlerde, ‘toplum sağlığı’nın, insanların tek tek bireysel düzeyde sağlığının toplamından çok daha

fazla bir içeriği olduğu savunulmuştu. Bir başka deyişle söylersek, sigarayı bırakmak, sadece sigarayı bırakan tüm kişilerin yararına olmayacaktır, aynı zamanda dışsal yararları da -bu açıdan bir kamu yararı- söz konusudur. Maliyetle ilgili sav gerçekten kamusal bir argümandır çünkü sadece sigara içenlerin kendilerine yönelik etkilere değil, sigara içmenin dış etkilerine (sağlık harcamalarına, tüm yurttaşlar tarafından ödenen harcamalara) odaklanmıştır. Şimdiye kadar tartıştıklarımız, kişilerin özel yaşamlarındaki tercihlerinin ve tutumlarının ve tutumlarının kendi sağlıklarına olan etkilerinin aslında nasıl toplumsal bir sorun olduğu konusunu yeterince aydınlatmıyor. Bu yüzden, sigara bırakmayı özendiren politikalar morbidite ve mortalitede ciddi düşüğe yol açsalar bile, bunun nasıl bir halk sağlığı müdahalesi olarak değerlendirilmesi gerektiği çok açık değildir.

Sigara bıraktırmanın, hedef gruptaki sigarayı bırakanların sağlık yararını aşan, daha önemli yararları olduğu doğrultusunda bir sav ileri sürülemediği takdirde yararlı yaklaşım başarısız olacaktır.

11.5. Kamu Yararı Olarak Tütünden Caydırma

Şimdiye kadar ortaya çıkan duruma göre, halk sağlığının akla yakın iki benzer etik yaklaşımı, zarar ilkesi ile sonuçsalcılık yaklaşımı, sigarayı bıraktırma politikalarını desteklemekte yeterli olamamıştır. İlki, belirli yasaklayıcı önlemleri desteklese de sigara bırakmaya (en azından doğrudan bir yol dışında) destek sağlayamaz. Yararlı argüman ise tümüyle tatmin edici değildir çünkü kamu politikaları için kamusal bir kanıt olmayı başaramamıştır ve gönüllülükle ilgili herkes tarafından kabul edilebilecek güçlü varsayımlar gerektirmektedir.

Bu bölümde kamusal açıdan kabul edilebilir ve yararlı bir başka yaklaşımı olduğunu ileri süreceğim. Öncelikle, görünüşe göre hedef grubun üyelerinin özel yararlarını destekliyor olmasından dolayı yararlı argümanın sorunlu olabileceğini ileri sürmüştüm. Öte yandan, birçok başarılı halk sağlığı girişimi, bireylerin özel yaşamlarına, en azından doğrudan doğruya müdahale etmez. Bu girişimler tek tek tanımlanmamış insanlardan oluşan büyük grubun sağlığına yönelik etkenlere müdahaleyi amaçlar. Bu risk etkenleri kişilerin biyolojik yaşamı ve davranışları ile ilgili değildir; onlar toplumun daha büyük bölümünün fiziksel ya da toplumsal çevresinin parçasıdır. Bu neden-

le, eğer bu ‘dışarıdan gelen’ risklerin bazıları azaltılırsa bu durum herkesin yararına olacaktır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü buna iyi bir örnektir. Tehlikeli virüslerin yayılmasını etkili biçimde azaltan önlemler, herkesin sağlıklı yaşam şansını arttırmaktadır. Böylesine bir azaltma, net olarak kamu yararı anlamına gelir: Kolektif bir eylemdir; ortak iyiden kimse dışlanmaz, bölünmez.¹² Elde edilen yararlar kolektif eyleme katılan insanlarla sınırlı değildir. Diğer bir deyişle, elde edilen yararlar, kolektif eyleme katılmış olsunlar ya da olmasınlar herkesindir. Şimdi tütünden caydırma politikalarının amaçları, yani sigara içenlerin eskisine göre azalması, bu anlamda bir kamu yararı olarak kabul edilebilir mi? Başarılı bir tütünden caydırma politikası, tütün ürünleri kullanımında azalmaya yol açacaktır; böylece sigara içmeye başlayanlar azalacak ve daha fazla kişi sigarayı bırakacaktır. Sigara içme sıklığı azalacaktır. Eğer bu sonuç kamu yararı olarak nitelenebilirse, o zaman ortaya çıkan yarar ‘herkese açık’tır; sadece ‘bu politikaya uyup’ sigaradan cayanlarla sınırlı değildir. Başka deyişle, sigaradan caydırmayı kamu yararı olarak görmek, izlenen politika sonucunda elde edilecek yararın, sigarayı bırakanlar veya sigara içme davranışını sınırlayanlar ya da sigaraya başlamamayı tercih edenler tarafından elde edilecek yarardan daha fazla olması demektir. Gerçekten de tütünden caydırmanın böyle dış etkileri var mıdır? Sigara içmek ‘bulaşıcıdır’ demekten çok, sigara içme eyleminin, önemli toplumsal belirleyenleri olduğu açıktır. Bunun tütünden caydırmayı bir kamu yararı olarak anlamamıza yardım edeceğini ileri süreceğim.

11.5.1. Toplumsal Risk Etmeni Olarak Sigara İçme

Öncelikle gençlerin sigaraya başlayıp başlamamaları, büyük ölçüde, içinde yaşadıkları aile ve benzeri diğer toplumsal grupların normlarına bağlıdır. Kişi ne kadar sigara içen bir aile ya da toplumsal grup içinde yaşıyorsa sigara içmeyi normal ve tartışma gerektirmeyen bir davranış olarak düşünecek ve bu durum, onun sigaraya başlama eşiğini aşağı çekecektir. Bu nedenle, ergenlerin sigaraya başlamasında içinde buldukları çevredeki sigara içme sıklığının önemli bir belirleyici etken olduğu açıkça görülmektedir. Hatta akranların sigara içmeyi teşvik edici baskısı söz konusu olduğu gibi, en azından birçok

¹² Bölüm 1 ile karşılaştırm.

kişi diğerlerinin peşinden gitmeye heveslidir. Bu ifade, gençlerin sigara içme davranışının istem dışı ya da özerkliğe aykırı olduğu anlamına gelmez; basit biçimde, sigara içilmesiyle ilgili normların, aynı zamanda sigaraya heveslenmeye katkıda bulunan önemli bir etken olarak görülmesiyle ilgili bir önermedir.

İkinci olarak, birçok insan sigara içmeyi toplumsal bir etkinlik olarak algılar, diğerleri ile birlikte olunca sigara içmenin daha hoş ve olağan olduğu düşüncesi vardır. Üstelik sigara içmenin toplumda genellikle olumlu bir imgesi vardır - en azından sigara içenler böyle zannederler. Bazı insanların (sigara içiciler?) genellikle sigara içmeyenlerle değil içenlerle bir arada olmanın daha zevkli olduğunu söyledikleri, bilinmeyen bir şey değildir. Yani bazı durumlarda sigara içmek, sadece alışlagelik bir davranış değil, aynı zamanda -sağlıkla ilgili yapılan tüm uyarılara karşın- olumlu değer yüklenmiş bir davranıştır. Sigara içme ile ilgili grup davranışları, çoğunlukla, bunu hoş gösteren, olumluyan görüntülerle ve tutumlarla destek bulur.

Üçüncü olarak, insan sigara içen kişilerle birlikte yaşarken sigarayı bırakması çok zordur. Böylesine yaşarken, sigarayı bırakmak çok güçlü bir motivasyon gerektirir: Yanınızdaki arkadaşınızın ya da herhangi bir kişinin sigara yaktığı her sefer, siz de bir sigara içmek ya da yeniden sigaraya başlamak için bir fırsat bulmuş (arzu duymuş) olursunuz. Sigara içenlerin çoğu, bırakmakta zorlanırlar, diğerlerinin sigara içmeyi sürdürdüğü bir ortam, sigarayı bırakmayı çok daha zorlaştırır.

11.5.2. Halk Sağlığı Önlemi Olarak Tütünden Caydırma

Sonuç olarak, sigara içme davranışı belli ölçüde, toplumsal koşullar tarafından belirlenir. Eğer yaşanan ortamda sigara yaygın biçimde kullanılıyorsa bu durum hem (genç) insanların sigaraya başlamasını kolaylaştırır hem de zaten içiyorlarsa bırakmakta güçlük çekmelerine yol açar. Tekrar belirtmek isterim ki dile getirdiğim bu yaklaşım, bireysel tutumları göz ardı eden bir toplumsal determinizm tarzı değildir. Yine de en azından toplumsal koşullar, özellikle arkadaşların, ailenin, meslektaşlarının sigara konusundaki tutumları ve normları, bir kişinin sigarayla ilgili tutumunun oluşmasında önemli bir etkidir. Bu toplumsal bağlam, halk sağlığı politikalarının da hedefi olarak düşünülmelidir. Toplumda sigara içenlerin sayısının azalması,

sigara içmenin bu denli sıradan ve yaygın olmadığı bir toplumsal çevre, sigara içenlerin caymalarını, -henüz- hiç başlamamış olanların da uzak durmalarını kolaylaştırır. Sigara içme davranışına destek çıkan bir etken böylece zayıflamış olur. Bu destekleyici etkenin gücünü azaltmayı hedefleyen girişimler, diğer halk sağlığı girişimlerine benzer yapıdadır. Birçok tipik halk sağlığı önlemi, fiziksel ve toplumsal çevredeki riskleri uzaklaştırmayı ve bu şekilde, o ortamda yaşayanların sağlığını geliştirmeyi hedefler. Benzer biçimde, sigaradan caydırma politikaları, salt sigara içenlerin sağlığını iyileştirmeyi değil, aynı zamanda, sigara içmenin azaldığı, böylece ergen yaştakilerin sigaraya özenme ya da başlama oranının düştüğü ve bu çabalarında başarılı olduğu bir çevre yaratmayı hedefler. Bu, herkesin yararına olan bir gelişme olarak kabul edilebilir. Üstelik bu koşullar sadece ortaklaşa gayretle gerçekleştirilebilir. Böylelikle sigaradan caydırmanın kamusal yararı temsil ettiği kabul edilebilir.

Bu gözlem, aynı zamanda, önceki bölümde tartışılan yararçı argümanı destekleyebilir. Sigara bıraktırmanın hedef gruptaki sigarayı bırakanların sağlık yararını aşan daha önemli yararları olmaması durumunda yararçı yaklaşımın, kamusal bir sav olarak başarısız olacağını ileri sürmüştüm. Bu bölümde, bu tür 'kamu' yararlarının var olduğunu ileri süreceğim.

Sigaradan caydırmanın kamu yararına olduğu saptaması, bu politikaların gerekçelendirilebileceği anlamına gelmez. Hangi politikaların haklı çıkarılabileceği, doğal olarak, yapılan müdahalelerin yapısına bağlıdır. Yine de önceki bölümdeki argümanlar (başkalarına zarar ilkesinin dolaylı uygulanması ve bu iddianın yararçı çizgisi), sigaradan caydırmanın kamu yararına olduğu çözümlenmesi ile birlikte ele alındığında, en yaygın politikaların gerekçelendirilmesi için yeterli olabilir.

11.5.3. Tüm Yaygın Görülen Sağlıksız Davranışlar 'Halk Sağlığı' Sorunu mudur?

Sigaradan caydırmanın kamu yararına olduğu açıklamam kabul görse bile yine de bazı sorunlar gündeme gelecektir. Öncelikle bu analiz, halk sağlığı adına, sezgisel olarak uygunluğuna karar verdiklerimizden daha fazla girişim yapılmasına destek sağlamaz mı sorusu akla gelir. Yaşam biçimi ve davranışlarımız, sağlığın önemli belirleyenleri-

dir ve sigara içme ise kısmen toplumsal yaşamımızla belirlenen ve sağlığımızı riske atan, biricik etken kesinlikle değildir. Böylelikle, toplumsal ortama sağlığı riske atan bireysel davranışın önemli bir etkeni olarak yaklaşıldığında, bu sav; yeme içme alışkanlıkları, alkol tüketimi, iş ortamları, fiziksel egzersiz vb. çok sayıda caydırma ve destekleme politikasına kapı açacaktır. Örneğin, o zaman, neden sağlığa zararlı beslenme alışkanlıklarına odaklanmayalım ve de yağdan zengin atıştırmalıkların fiyatını arttırarak satın alınmasını ve tüketimini zorlaştırmayalım? İnsanları merdiven çıkmaya zorlamak üzere neden yürüyen merdivenlerin elektriğini kesmeyelim? Sağlığın geliştirilmesi adına her şey göze alınıyorsa o zaman, sağlıkla ilgili politikaları belirleyenlerin, insan sağlığı adına bizim her türlü seçimimizi ve davranışımızı yönetecekleri ve yönlendirecekleri anlamına gelir ki bu, hiç de arzulanan bir durum değildir (Verweij 1999). Sanırım bu sorun, en iyi biçimde, sigara içmenin kendine has özelliğine dikkat çekerek, yanıtlanabilir. Sigara içmek kadar yaygın ve bu denli sağlıksız, toplumsal çevreden bu kadar etkilenen, bu denli riskli ve bırakması zor başka tutum ve davranış olup olmadığı sorgulanabilir.

11.5.4. Hükümetlerin İyi Yaşamla İlgili Belirli Görüşleri Desteklemesi ya da Engellemesi Gerekli midir?

İkinci ve daha genel olarak, sigarayı bırakmanın kamu yararı olduğunu kabul ettiğimizi ve hükümetlerin sigara içmeyi engellemesini destekleyecek argümanlara sahip olduğumuzu var sayalım. Böyle bir iddia, liberal yansızlık öğretisi ışığında savunulabilir mi? Her şeyden önce, sigarayı bırakturma politikaları belirli yaşam biçimlerini ya da anlayışlarını destekliyor, diğerlerini ise engelliyor gibi görünmektedir. Demokratik çoğulcu bir toplumda, hükümetlerin, benzer biçimde iyi yaşamla ilgili belirli dinsel görüşleri desteklemesi ve bunların dışındakileri engellemesi savunulamaz. Acaba sigaradan caydırma politikaları da aynı şekilde yansızlığın ihlal edildiği bir durum mudur? İki nedenle bu gözle bakılmaması gerektiğini düşünüyorum ama yine de bazı istenmeyen sonuçları olacaktır.

İlk olarak, sigara bırakturma politikalarına kılavuzluk eden değer, tartışmalı bir değer değildir: Bu değer sağlıktır. Herkesin sağlığın korunmasının önemli olduğunu düşündüğünü varsaymak tartışmalı bir konu değildir. Ancak bu henüz yeterli değildir çünkü sağlığı bir

değer olarak kabul etseler dahi insanların tümünün ya da birçoğunun sigarayı bıraktırmamanın kendine özgü hedeflerini kabul edecekleri belli değildir. Başka deyişle, birçok insan, sigara içmeyi tercih edebilir ve sağlıklarına yönelik riskleri kabullenebilir.

İkinci olarak, hükümetler, insanların özel hayatlarında sigara içmelerine karışmaktan kendilerini alkoysalar da iyi toplum anlayışında tümüyle yansız olamazlar. Eğer sigara içme tercihi tamamen kişiye özel ve kişinin isteğine bağlı ise, o zaman, bu bağlamdaki 'iyi toplum'la ilgili düşünceler de yersiz olacaktır. Ancak bir hükümet aşağıda sıralanan şu durumlarda yansız kalmamalıdır:

1. Sigara içmenin hem bağımlılık yaptığı hem de en önemli ölüm nedeni olduğu açıktır.
2. Sağlık evrensel bir değerdir.
3. Sigara içme davranışı kısmen, sigara içmek ile ilgili toplumsal uygulamalar ve normlarca belirlenir ve sürdürülür.

İnsanlar sigarayı bırakmak isteseler dahi bir sigara daha yakma fırsatının ve arzusunun bol olduğu bir toplumsal ortamda yaşıyorlarsa sigarayı bırakmak onlara iyice zor gelir. Sigaraya başlamanın çok kolay ama sigaradan uzak durmanın iyice zor olduğu toplum sakıncalı kabul edilebilir. Yine de böylesi bir toplum iyi yaşamın belirli kavramlarını zorunlu olarak barındırabilir (ve destekleyebilir) ve bu durum kamu politikasına dayanak sağlayacak biçimde dışarıda bırakılmasının nedeni olmamalıdır.

11.6. Sonuç

Bu bölümde, sigarayı bıraktırma politikalarının, kendi iyilikleri için insanların tercihlerini etkilemeyi amaçladıkları sürece paternalizm karşısı eleştiriye maruz kaldığını savundum. Yapılan müdahalelerin çoğu, zorlayıcı olmasa bile, kapsayıcı özelliği göz önüne alındığında tütünden caydırma politikalarının oldukça yönlendirici olduğu düşünülebilir. Sigara içmeye bağlı yüksek mortalite ve morbidite oranlarının, tütünden caydırma politikalarını yarırcı yaklaşımla kolaylıkla gereçlendirilebileceğini akla getirirse de bu işin bu kadar basit olma-

dığını anlatmaya çalıştım. Refah perspektifinden bakıldığında (tercih faydacılığını refahçılığın önemli bir formu olarak görüyorum) insanların bakış açıları ve tercihleri ciddiye alınmalıdır ve işte bu nedenle, bu tercihleri etkilemeye çalışan politikalar sorunludur.

Bu eleştiriye cevap vermenin bir yolu, nikotin bağımlılığına odaklanmaktır ve sigara içme tercihi ve seçiminin, isteksizce, gönülsüzce yapılan, irade dışı bir davranış olması nedeniyle dikkate alınmaması gerektiğini ileri sürmektir. Bu tezin doğruluğunun çok kuşkuğu olduğunu ifade ettim. Yine de bu karşı tez geçerliyse, tam anlamıyla tütün yasağı koyabilmek için yeterli gerekçe üretebilir ve tütünden caydırmayı amaçlayan politikaları yetersiz bırakabilir.

Bu eleştiriye verilecek bir başka yanıt, tütünden caydırma politikalarının aslında nasıl oluyor da kamu yararına destek olduğunu açıklayan bir argüman geliştirmektir. Bu, tütünden caydırmanın, sigarayı bırakmanın, insanların tercihlerini değiştirerek -(kişisel) sağlıklarını iyileştirmeye çabalayan salt paternalist bir müdahale değil gerçekten de- tam bir halk sağlığı politikası olduğunu göstermemize yarar. Bu argümana göre, tütünden caydırmanın nihai hedefi, sigara içenlerin isteklerini kendi iyilikleri adına değiştirmek değil, sigaraya başlama arzularına fırsatlar yaratan ve sigara bırakmayı zorlaştıran toplumsal ortama etkide bulunmaktır. Sigara içmenin toplumsal belirleyicilerine karşı korunma, herkesin paylaştığı bir kamu yararındır. Bu yolla, tütünden caydırma, bulaşıcı hastalıklara karşı korunma, çevre politikaları, gıda güvenliğinin kontrolü gibi öteki halk sağlığı politikalarından farklı değildir. Halk sağlığı önlemleri, hakları devredilemeyecek insanlardan oluşan büyük grupların sağlığını belirleyici etkenleri hedefleyen girişimlerdir. Bu risk faktörleri, biyolojik yaşama ve bireylerin davranışlarına içsel değildir, fiziksel ve toplumsal çevrenin parçasıdır.

Sigara içmenin, sağlıksız davranış yönünden engellenmesi çok zor önemli bir kamusal risk etkeni olduğunu ve sigaradan caydırmanın ise bu toplumsal bağlamı değiştirmeyi amaçlayan politikalar olduğunu savunuyorum.

Ayrıca sigara içmenin yarattığı sağlık sorunlarına karşı sorumlu davranmak ve sigarayı bırakmaya niyetlenenleri desteklemek gerektiğini savunuyorum. Sigara içmenin bu denli yaygın olduğu, sigaraya başlamanın bu kadar kolay ve sigaradan uzak durmanın bu denli zor olduğu mevcut toplumsal çevrede, -belli ölçüde- sigara içme

pratiği ve tütün tüketime bağlı morbiditeye karşı kolektif sorumlulukla davranmak için nedenlerimiz var. Sözelgeşi (örneğin nikotin yerine başka madde koyma gibi) sigara bırakma destek tedavileri ve programları, kamu sağlığı sigortası kapsamına alınabilir, en azından, sigara bırakmanın kişinin sadece kendi sorumluluğunda olduğunu kimse kolayca iddia edemez.

Üstelik sigarayla mücadelede kolektif sorumluluk varsayımı, sigara içen bireyler hastalandıklarında bu hastalıklarından kişisel olarak sorumludurlar düşüncesinin kabulünü daha kolay hale getirmez. Ne de kimse tütün şirketlerinin tütünün zararlarıyla ilgili sorumluluğun hepsini taşıdığını düşünebilir.

Göründüğü gibi, sigara içme konusunda sorumluluk meselesi, tüm bunlardan çok daha karmaşıktır.

Aydınlatılmış Onam ve Yenidoğan Taramalarının Genişletilmesi¹

Niels Nijsingh

Tıbbi bir işlemin ahlaksal kabulü ve haklığı, kısmen aydınlatılmış onam alınıp alınmadığına bağlı gözükmektedir. Pek çok durumda bunun neden böyle olduğu açıktır. Hastaların ameliyat olup olmama konusunda, özellikle uygun seçenekler varsa ve farklı seçimlerin belirgin avantajları ve dezavantajları bulunuyorsa söz haklarının olduğu neredeyse ortak bir görüştür. Hastaların kendileri için neyin önemli olduğuna karar verebilecekleri bir konumda olmaları gerektiği genel olarak kabul edilir. Dahası, aydınlatılmış onam, örneğin bilimsel araştırmalarda, hastaların sömürülmesini ve istismarını önlemede tartışmasız etkin bir yöntemdir.²

Aydınlatılmış onamın gereksiniminin tıbbın tüm alanlarına yayılacağı, böylece yalnızca klinik araştırmaları ve durumları değil, aynı zamanda taramaları da içereceğini var saymak cazibecidir. Bu bölümde, tarama programlarındaki çok önemli genişlemeleri olanaklı kılan

¹ Bu bölümde önemli ölçüde Ainsley Newson, Marcus Düwell, Paul Sollie ve Annemarie Kalis'in yararlı önerilerinden yararlanıldı. Özellikle birçok yararlı yorumları için çok teşekkür ederim

² Bununla birlikte, bazıları; Garrard ve Dawson (2005) burada sınırlılıklar olduğunu ileri sürdüler

teknolojik gelişmeler ışığında, yenidoğan taramalarında aydınlatılmış onam gereksinimlerine göz atacağım. Böylesine genişletilmiş bir yenidoğan tarama programı için aydınlatılmış onamın mutlak bir gereklilik olmadığını, tersine bu kapsamda tam aydınlatılmış onamın ahlaksal açıdan karşı çıkılabilir olduğunu ileri süreceğim.

Yenidoğan programları tüm endüstrileşmiş ülkelerde yapılan bir uygulamadır. Taramanın kendisi genellikle, yenidoğanın topuğundan bir damla kan almayı içerir. Bu kan analiz edilir ve bir dizi doğumsal hastalıklar bakımından taranır (Erbe ve Levy 1996).³ Teknolojik gelişmelere bağlı olarak, giderek artan sayıda hastalık ve hastalıklara karşı duyarlılıkları tarama olanaklı hale gelmektedir. Bazı ülkeler, değişen düzeylerde, taramaları önemli ölçüde genişletmişlerdir ve diğer ülkelerde ise ciddi genişlemeler yapılmak üzeredir.⁴

Yararları belirgin ve zararları çok az olan sınırlı bir öneri için, aydınlatılmış onam işlemi genellikle bir kaygı nedeni değildir. Bununla birlikte genişleme sonucunda tarama ile çok az yarar elde edilebilecek hatta zarar bile gündeme gelebilecek hastalıklar da programa dahil edilmiş olabilir. Bu durum aydınlatılmış onam işleminin sonuçlarının neler olabileceği sorusunu ortaya çıkartır. Tarama programı bir ya da birkaç hastalıktan otuz ya da daha fazla hastalığa genişlediğinde -özellikle genişlemeler tartışmalı olduğunda- açık biçimde aynı görüşlerin savunulduğu ileri sürülemez.

Kimileri tarama programları genişlerken, aydınlatılmış onam gereksinimlerinin güçlendirilmesi gerektiğini savunur.⁵ Kimileri daha da ileri gider ve ayrıntılı bir aydınlatılmış onam işleminin, genişlemeye karşı başlangıçta sahip olduğumuz çekinceleri çözebileceğini ileri sürer. Sonra, daha tartışmalı olgularda kararlar ailelerin kendilerine bırakıldığı için, aydınlatılmış onam işleminin bir meşrulaştırma rolü

³ Bu bölümü yazarken Ross (2002), Hermeren (1999) ve Kerruishve Robertson'un (2005) yeni doğan taraması uygulamalarına ilişkin ilginç etik yorumlarından yararlandım.

⁴ Örneğin Hollanda'da, Sağlık Bakanı yakınlarda -Hollanda Sağlık Konseyinin önerileri sonucu- üç hastalık önerisini 18 hastalığa genişletmeye karar verdi.

⁵ Hollanda Sağlık Konseyi (Gezondheidsraad 2005) ve Nuffield Biyoetik Konseyi (1993) iyi örnekler sergilese de böyle bir iddianın düzenli olarak açık ya da kapalı biçimde onaylandığını iddia edeceğim.

oynayabileceği iddiası vardır. Burada amacım, bu iddianın nelere yol açabileceğini ve hangi boyutta bunları sağlayabileceğini görmektir.

12.1. Yenidoğan Taramalarının Genişlemesi

Wilson ve Jungner (1968) taramalar için, hastalığın uygun bir tedavisi ve önemli bir sağlık sorunu olması gerektiğini içeren 10 ölçüt belirtmiştir.⁶ Yenidoğan taramalarının tipik örneği, erken başlangıçlı, tek etkenli hastalık olan ve erken tanı ile ciddi sağlık hasarının (özellikle zihinsel gerilik) önleendiği fenilketonüridir (PKU). Onlarca yıl, Wilson ve Jungner ölçütleri herhangi bir tarama programının asgari gereksinimleri olarak yaygın bir biçimde kabul görmüş olup pek çok ülke için bu ölçütler, tarama programlarına hastalıkların kabulü için hâlâ güçlü bir kılavuz sunmaktadır. Bununla birlikte şimdi, tedavisi olmayan ya da çok seyrek görülen hastalıkların ya da hastalıklara yatkınlıkların tarama için önerilebilir olduğu zaman zaman tartışılmaktadır. Bu kategorilerin hiçbirinin Wilson ve Jungner'in ölçütlerini karşılamadığını iddia ediyorum.⁷ Yine de, onları programa eklemek istemenin iyi nedenleri olabilir.⁸ Bu nedenler sadece tıbbi ve ekonomik yönlerle sınırlı değildir.

Açık bir örnek, Duchenne Müsküler Distrofi'dir (DMD). Duchenne Müsküler Distrofi tedavisiz bir hastalıktır. Hastalar iki ya da üç yaşından önce belirti vermeyecektir fakat o andan sonra hasta-

⁶ Wilson ve Jungner'in genetik test uygulama ölçütleri üzerine kapsamlı bir tartışma için Shickle (1999)'ye bakınız.

⁷ Tedavinin, bazen kişinin geleceği ve kariyerini içerecek kadar daha geniş yorumlanması gerektiği ileri sürülür. "Önemli sağlık sorunu" kavramı da çok tartışılan bir konudur. Ben bu kavramların esnetilmesinde dikkatli olunması gerektiğine inanıyorum, aksi takdirde anlamsız hale gelmeleri tehlikesi vardır.

⁸ Aslında bazı ülkelerde tedavi edilemeyen hastalıklar için tarama yapılmaktadır. Bakınız Loeber (1999). Ancak çoğu ülkeler genişletilmiş seçeneklerin uygulanmasında daha kararsızdır.

lık ilerleyici özelliktedir. Kaslarda dejenerasyon bulgularıyla kendini gösterir. Çoğu DMD hastası, erken erişkinlik döneminde ölür. Seyrek görülür ve tek etkenli bir hastalıktır.

Hastalık tedavisiz olmasına karşın tarama, bazı avantajlar sağlar. En azından zamanında tanı, benzer biçimde bir kardeşin doğumunu önleyebilir. Ayrıca, tarama, uzun ve yorucu tanı gecikmesini önleyebilir (Mohamed ve ark. 2000). Bununla birlikte DMD taramasının açık olumsuz yönleri de vardır. Hastalık başlangıcı üç ya da dört yaşından önce çıkmayacağı için aileleri birkaç yıl sonra çıkacak ciddi bir durum bilgisiyle karşı karşıya bırakır. Bu bilgi etkilenen ailede eziyete dönüşebilir.

Anlaşılan o ki, ailelerin tümü DMD için çocuklarının taramasını istemeyecektir. Bazı anne babalar çocukları hakkında bu tür bilgilere sahip olmak isterken, diğerleri çocuklarının DMD hastası olup olmadığını bilmek istemeyecektir (Campbell ve Ross 2005; Hosli ve ark. haz*) Her iki durum da geçerli gözüküyor.

Bu noktada çocuk için en iyinin ne olduğuna karar vermede anne babaların isteklerinin belirleyici olmadığını ileri sürenler olacaktır. Tarama çocuğun yararı için yürütüldüğünden, anne babanın görüşlerinin konu dışı olduğunu söylemeye kalkışabilirler. Bu görüşlerin sonucu, işlemin zorunlu hale getirilmesi olurdu. Bazı durumlarda anne babaların kararlarının geçersiz sayılabilmesi (ve sayılması) gerektiğine katılıyorum (Dawson 2005). Ben bu farklı bakış açılarının ayırt edilmesinin önemli olduğuna da inanıyorum. Bununla birlikte, yenidoğan (genişletilmiş) taramalarında insanların tarama programlarını reddetmesi durumunda çocuğun sağlığının tehlikeye girmesi açık olmadığı için, tarama işleminin zorunluluğunu haklı göstermenin güç olduğunu düşünüyorum. Bu DMD gibi tedavisi olmayan olgularda özellikle açıktır ama bu tartışmanın taraması mümkün olan tüm hastalıklar için de geçerli olduğunu düşünüyorum (Nijsingh haz*) DMD taranması ya da taranmaması için güçlü ve geçerli kanıtlar

* ç.n. Detmar S, Dijkstra N, Nijsingh N, Rijnders M, Verweij M, Hosli E. Parental opinions about expansion of the neonatal screening program, Community Genetics, 11. 2008;11(1):11-7. doi: 10.1159/000111635. Epub 2008 Jan 15.

* ç.n. Nijsingh, Krabbe Newborn Screening: The Issue of Informed Consent, 2013, Oxford University Press.

olduğu söylenebilir. Anne babaların tartışmalı hastalıklarda bir tarama programına katılmamak için geçerli nedenleri olabileceği göz önüne alındığında, katılmamayı seçebilmelidirler. Bu görüşün diğer yönde de işlediğine dikkat ediniz. Çocukları için DMD testi isteyen anne babaların iyi kanıtları olduğunda en azından insanlara bu seçeneği sunmak için bir kanıtımız var gibi gözüküyor. Bu noktaya sonuç bölümünde yeniden döneceğim.

Bununla birlikte, tek tartışmalı potansiyel genişleme DMD değildir. Çok nadir görülen hastalıkların (DMD olgularından çok farklı olmalarına karşın), duyarlılıkların, daha az ciddi hastalıkların, hastalık taşıma durumu gibi bilgileri de sağlayan taramaların yapılması ya da yapılmaması için iyi nedenler vardır. Bu hastalıkların her biri için, test yapmanın yanında ya da karşısında olmak için bir gerekçe bulunabilir bu nedenle tarama seçeneği sunmak akla yakın görünüyor.

Belirgin bir genişlemenin çekiciliği üzerine tartışmalar daha karmaşık hale gelme eğilimindedir (Hosli ve ark. haz*) Hangi hastalık türlerinin taramaya uygun olduğunun belirlenmesinde oldukça çok sayıda kaygı rol oynar. Ortaya çıkan karmaşıklık, çok farklı türde ve çok farklı savların rol oynadığı çok sayıda olası genişleme olasılığının varlığı gerçeği ile katlanarak büyür.

12.2. Bir Buyruk Olarak Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam yavaş yavaş klinik tıp uygulamalarında kökleşmiş hale gelmektedir. Gereksinim tamamen tartışmasız olmamasına karşın⁹ paternalizmin ‘eski kötü günleri’ ile karşılaştırıldığında bir gelişme olduğu konusunda hemen bir görüş birliği vardır (Savulescu 1995). Bununla birlikte, tarama pratiğine aydınlatılmış onam prosedürünün apaçık bir biçimde entegre edilmemesi, taramaya tabi tutulan kişinin haklarının çiğnendiği kaygılarını gündeme getirmektedir. Bu kaygı Austoker tarafından güzel bir biçimde ifade edilmiştir:

⁹ bkz. aydınlatılmış onama güven ve var olan durum üzerine keskin bir yorum için, O’Neill (2002).

‘Taramanın, çoğu tıbbi müdahaleler gibi yararlarının yanı sıra zararları da vardır. Taramaya katılan hastaların hem yararları hem de zararları tam olarak fark edebilmelerini sağlamak için bundan daha iyi bir neden olur mu... Güncel pek çok koruyucu müdahalede aydınlatılmış onam alınmasındaki yetersizlik açıkça etik değildir.’ (Austoker1999).

Bu alıntı, genel taramalara yönelik olmakla birlikte, yenidoğan taramalarına uygulanması doğal gözüküyor. Daha önce belirttiğim gibi, yenidoğan taramalarının yararlarının yanı sıra zararları da vardır. Tarama programı genişledikçe zararların daha çok olacağı ve yararların her zaman olduğu gibi açık olmayacağı beklenebilir. Bu nedenle tarama programı genişlediğinde aydınlatılmış onam işleminin geliştirilmesi gerektiğini ileri sürenler vardır. Bir genişleme olsun ya da olmasın, yenidoğan taramalarının insanların yaşamında ciddi sonuçları olan genetik bilgileri açığa çıkarıyor olmasının aydınlatılmış onam standardının yüksek tutulması için bir neden oluşturduğu da kimi zaman ileri sürülmektedir. Tıbbi müdahalelerin tartışmalı (zararların yanı sıra yararlar) olduğu durumlarda aydınlatılmış onamın önemini vurgulayan görüşü Aydınlatılmış Onam Buyruğu (AOB), olarak adlandırabiliriz. AOB, aydınlatılmış onam bir müdahalenin yararları ve zararları ile gerekliliği arasında içsel bir bağlantıyı kabul eder:¹⁰

AOB: Yararları yanı sıra zararları olan herhangi bir tıbbi işlem öncesinde, tam olarak aydınlatılmış bir onam işlemi gerekir.

Yenidoğan taramalarının genişletilmesine uygulandığında, yenidoğan taramasının genişletilmesinin olasılıkla zararlarda artışa yol açacağı gerçeğinden hareket eden bir AOB savunucusu uygulama öncesinde tam bir aydınlatılmış onam alınması gerektiği sonucuna ulaşacaktır. Şu andan itibaren AOB’ye atıfta bulunduğumda, genişletilmiş yenidoğan tarama programındaki bu özgün uygulamadan söz ediyorum.

AOB savunucusu, taramalar genişlerken ve daha tartışmalı duruma gelirken, aydınlatılmış onam işleminin daha önemli hale geleceğini belirtir. Bu iddianın altında yatan temel normatif varsayım, özerk karar verme hakkı kavramı olmalıdır.

¹⁰ Yenidoğan taramalarının bir tıbbi etkinlik olması burada çok önemli olsa da burada rol oynayan tüm tıbbi zararların (ya da bu anlamda yararların) tıbbi doğası olması gerektiği anlamına gelmez

Elbette ki aydınlatılmış onam alınması için, daha yararlı (pragmatik) gerekçelerden, örneğin belirli bir vakada ne yapılması gerektiğinin belirlenmesi ile ilgili epistemolojik kaygıdan bahsetmek mümkündür. Ancak bu tür düşünceler, AOB'yi savunmak için yeterli olmayacaktır. İnsanların kendileri için neyin iyi olduğunu bilmelerini sağlıyor olması ve buna bağlı olarak iyi bir karar verebilmeleri için en iyi biçimde donatılıyor olmaları AOB'nin savunulmasında ön sırada yer almaz. İddia buysa, diğer insanların seçim yapma olanağı hala açıkta olabilir. Örneğin bireyin gerekli uzmanlıktan yoksun olduğu durumlarda olduğu gibi. Dolayısı ile sav, 'en iyi' seçimin ne olduğu sorusundan *bağımsız* olarak, bu tür kararların dayatma olmaksızın insanların kendilerine bırakılmasından yana olmalıdır.

Bu durumda, AOB neyin daha iyi olduğu hakkında pragmatik bir seçimden fazlası olmalı, insanların seçimlerinin gasp edilmesinde ahlaksal olarak karşı çıkılacak bir şey olduğunu ileri sürmelidir. Ne zaman belirgin bir yarar ve zarar olasılığı söz konusu olduğunda, AOB iyi bir aydınlatılmış onam sürecinin içsel bir önem taşıdığını varsayar. Bu nedenle, bu görüşün akla yatkınlığı, herhangi birinin yaşamında önemli (sağlık) seçimleri yapmaya yetkili tek kişinin, kendisi ya da yenidoğan taramalarında anne babalar olduğu savından kaynaklanır.

Sav, tıbbi işlemin dezavantaja yol açabileceği durumlarda, simgesel ya da formalite gereği bir aydınlatılmış onam işleminin tersine *gerçek ve tam* bir aydınlatılmış onam işleminin gerekli olmasıdır. Yoksa, tarama yapmak, insanların yaşamlarına haksız bir müdahale olarak kabul edilir. Burada vurgulanması gereken önemli konu, AOB savunucusuna göre, aydınlatılmış onamdan kaçınmak başkaları tarafından onamsız girişimsel müdahaleden korunma hakkının ihlali anlamına gelmektedir.

Böylece, AOB savunucusu ailelere yeterli bilgi vermemiz ve daha sonra tam bir aydınlatılmış onama ulaşmalarına izin vermemiz gerektiğini ileri sürecektir. Bunun nelere yol açacağını görelim. Tam aydınlatılmış onama nasıl ulaşacağız?

12.3. Tam Aydınlatılmış Onam

Yenidoğan taraması için tam aydınlatılmış onam gerektiğinde bu nasıl gerçekleştirilebilir? Bir aydınlatılmış onam işleminde, hükümetin (ya da herhangi birinin) insanların sağlık seçimlerine olan müdahalesini önlemek için hangi konular önemlidir?

Bu bölümde, farklı ülkelerde var olan aydınlatılmış onam işlemlerinin, en azından programlar genişletildiğinde, AOB savunucusunu tatmin etmeyeceğini varsayacağım. Aydınlatılmış onam işleminin geliştirilmesi ya da güçlendirilmesi gerekir.

Aydınlatılmış onam işleminin 'geliştirilmesini' düşündüğümde, bilgi ve onam olmak üzere, gelişmeyi iki çizgide düşünmek doğal gözüküyor. Bilgi çizgisinde gelişme bilgi miktarını, bilginin kapsayıcılığını ve konuların asıl anlamlarını içerebilir. Onam çizgisinde gelişme, kişilerin daha çok seçenekleri olması, seçim yapmaya ilişkin farkındalığın artması ya da seçim yaparken daha az baskı hissetmeleri olabilir.¹¹

12.3.1. Bilgilendirme

Yenidoğan taramaları için mevcut aydınlatılmış onam işleminin yetersiz olduğunu varsayarsak bunu nasıl geliştirebiliriz?

Bilgi içeriği açısından üç olasılık görüyorum. Birincisi, tarama programının genişletilmesinin; basitçe, bulgularıyla, tedavi seçenekleriyle, sıklığı ve benzeri bilgilerle ilgili hastalığın daha eksiksiz bir tanımı yapılarak *daha fazla* bilgi sağlanmasını gerektirdiği ileri sürülebilir. Bu, anne babaların taramanın neyi içerdiği ve ne tür sakıncaları olabileceği hakkında bilgilere ulaşmasını olanaklı kılar. Özellikle tarama yirmi ya da daha fazla hastalık üzerinde yapılırsa ortaya çıkan acil sorun bu yaklaşımın aşırı bilgi yüklemesine yol açacağıdır. Bu yüzden daha fazla bilgi verilmesiyle insanlar daha az bilgili olabilir.

İkinci olarak, daha az zorlayıcı 'kategori yaklaşımı' vardır. Bu yaklaşım, her bir özgül hastalık hakkında bilgi vermeye çalışmak yerine, hastalıkların çeşitli ölçütlere göre kategorilere ayrılmasını gerektirecektir. Böylece hastalıkların farklı tipleri (örneğin ağır/ağır

¹¹ bkz. aydınlatılmış onamı açıklık, anlama, gönüllülük, yeterlik ve rıza bileşenleri ile analiz eden Faden ve Beauchamp (1986).

değil, tedavi edilemez/tedavi edilebilir gibi) tanımlanabilir ve bu anne babaların seçimlerini yapabilmelerini kolaylaştırır. Bu, hastalıkların ilgili özelliklerine karar verilmesi ve sonra da buna göre hastalıkların haritalandırılmasını gerektirir. Örneğin DMD ciddi, tedavi edilemeyen, tek etkenli, iki yaşından sonra başlayan hastalık kategorisine denk gelecektir (ya da kategorisi altında değerlendirilecektir). Öte yandan, buradaki soru, her bir hastalığın kolaylıkla sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağıdır. Örneğin, tarama için aday diğer bir hastalık olan kistik fibrozis'in farklı hastalarda farklı bulgularla ilerlediğine ait kanıtlar vardır. Neredeyse belirtisiz bir durumdan çok ciddi bir duruma süreklilik görülür (Kerr 2000). Böyle bir hastalık nasıl sınıflandırılmalıdır?

Kategori yaklaşımı, bilgi verildiğinde bir yolu ya da diğerini seçmekle ilgili görüşlerin netleşeceğini varsayar. Ama bu her zaman böyle değildir. Bu nedenle üçüncü seçenek sadece hastalıkları kategorilere ayırmak değil, aynı zamanda farklı görüşlere de değinmektir. Bu durumda, DMD'nin iki yaşından sonra başlayan, tedavisi olmayan, kalıtsal bir hastalık olduğunu belirtmek yerine, DMD taramasının üreme sağlığı açısından yararlı (hastalıklı ikinci çocuğun önlenmesi) olabileceğinden söz edilebilir. Bunun olumlu yanı insanların kendi başlarına edinemeyecekleri görüşlere kayıtsız kalmayacak olmalarıdır. Olumsuz yönü ise konu ile ilgi kaygılar gündeme getirildiğinde, genellikle özerk seçimin gerekli bir bileşeni olarak görülen yönlendirme yapılmaması talebinden açıkça vazgeçecek olmamızdır. Bu durumda görüşlerin uygunluğu, peşin olarak, ileri sürülmüş olacaktır. Tarafsız olmayan bu yaklaşımdan AOB savunucularının bir kısmı hoşnut olmayacaktır.

Hangi yaklaşımın benimsenmesi ve hangi tür bilgilerin ne kadar verilmesi ile ilgili soruların yanı sıra, doğru anlama ile ilgili de ayrı bir soru vardır. İnsanların işlemlerin nelere yol açacağını bir ölçüde bilmesi gerekir. Biz onların sadece verilen bilgileri almalarını değil, anlamalarını isteriz. Bir çocuğun doğumundan sonraki ilk birkaç günün, aileler için bilgilendirme -ve bilginin anlamı hakkında düşünmek- için ideal bir zaman olmadığından söz edilmektedir. Bu yüzden bundan daha önceki bir aşamada, örneğin gebelik sırasında anne babaların bilgilendirilmesi, aydınlatılmış onam işlemini yararlı kılabilir. Bu yolla, anne babalar, tarama için onam vererek yaptıkları seçimin daha iyi farkına varacaklardır. Bu aydınlatılmış onam işlemini

ni güçlendirme için bir yöntem olarak amaçlandığı için, bilgi veren sağlık çalışanlarının önemli ölçüde daha büyük bir çabasını gerektirir. Sadece broşür dağıtmak ya da toplumun sadece bir kısmına ulaşan anne babaları bilgilendirme yöntemlerini kullanmak yeterli değildir. Eğer aydınlatılmış onam işleminin bir parçası olacaksa tüm aileler bu bilgi ile karşılaşmalıdır.

12.3.2. Onam / Seçim

Şimdi bir önceki bölümde ileri sürülen önlemlerin başarılı olduğunu varsayalım. Daha iyi aydınlatılmış anne babalarımız var. Şimdi ne olacak? Başlangıç noktamız, bilginin insanların daha iyi seçimler yapabilmelerini olanaklı kılan bir yol olarak hizmet ettiği ise şimdi dikkatimizi onam üzerine odaklamalıyız.

Bir seçim yapmakta olduklarının daha fazla farkına varmalarını sağlamak yoluyla insanların dikkatlerinin onam işlemine odaklanmasını sağlamak, aydınlatılmış onam sürecini güçlendirilebilir. Buna ulaşmak için iki yol, reddetme olanağı konusunda çok açık olmak ve kan örneklerini anne-babaların kendilerinin göndermelerini istemektir (Parsons ve ark. 2000).

Bir sonraki soru şudur: Ne için onam? Anne babalar ne kadar seçeneğe sahip olmalı? Bu en azından dört biçim olabilir. İlki ve en basit yolu, onamın ya da karşı düşüncenin kendisine vurgu yapmaktır. Bu yaklaşımda bir 'ister beğen ister beğenme' politikası olacaktır. İnsanlar isterse kendi çocuklarını programdaki tüm hastalıklar için tarama yaptırır ya da hiçbiri için yaptırmaz. Bu küçük ve homojen bir program için yeterli olsa da daha çeşitli ve büyük programlar için açıkça yeterli olmayacaktır. Birinin çocuğu için fenilketonüri taramasını istemesi, onun çocuğu için DMD taramasını istediği anlamına gelmez.

Diğer uçta, birçok farklı hastalık arasından anne babaların seçim olanağı vardır. Böylece anne babalar çocuklarının taranmasını istedikleri hastalıkları seçebilmelidir. Bu durumda anne babalar çocuklarının fenilketonüri için taranmasına fakat DMD için taranmasına (ya da tersine) karar verebileceklerdir. Sadece pratik nedenlerle bu da çekici gözüküyor. Önerilen düzinelerce hastalık önerisi olduğunda insanların iyi düşünülmüş seçimler yapmaları beklenebilir. Üstelik böyle bir strateji, yönetsel bir felakete yol açacaktır.

Örneğin herkes hastalıklarla ilgili kendi kişisel seçimini yaptığında, laboratuvarlarca yapılan hatalar, olasılıkla, önemli ölçüde artacaktır.

Daha öncede bilgilendirme tartışmasında söz ettiğim gibi, farklı kategoriler arasındaki seçeneği sınırlandırmak daha gerçekçi olabilir. Böylece, anne babalar çocuklarını tedavi edilebilir durumlar için taratma, tedavi edilemeyen durumlar için taratmama ya da taşıyıcılık için taratma fakat duyarlılıklar için taratmama arasında seçim yapacaklardır. Bu, seçim yapmak için kategori yaklaşımını kullanmadır.

Daha da basitleştirilmiş seçim, standart bir tarama programı ve tartışmalı hastalıklar için isteğe bağlı ek bir liste ile sınırlandırılması olabilir. Ancak böyle bir yaklaşım, AOB nin gereklerinden uzaklaşmak anlamına gelir. Çünkü farklı hastalıklar çok farklı nedenlerle tartışmalıdır. Bu nedenle 'ister beğen ister beğenme' politikasındaki görüş geçerli olur. Anne babalar çocuklarının DMD için taranmasını istediklerinde bu, onların alerjik yatkınlıkları da bilmek istedikleri anlamına gelmez.

12.3.3 Bilgi ve Seçenek

Aydınlatılmış onam işleminin farklı yollarla güçlendirilmesinin AOB taraftarı için sadece isteğe bağlı olmadığını vurgulamak önemlidir. Zaten onların AOB'den anladıkları budur. Bilgilendirme ve onam üzerine daha güçlü olarak odaklanmaya gereksinim duyulması sadece bilginin ilginç olabilmesi ya da açık onam vermenin insanların kendilerini iyi hissetmelerini sağlaması nedeniyle değildir. Doğal olarak AOB savunucusu daha fazlasını söylemeye gereksinim duyar. Daha önce dikkat çektiğim gibi, AOB savunucusunun, olası zararlarla aydınlatılmış onam gereksinimi arasında içsel bir bağlantının olduğunu ileri sürebilmesi için, böyle bir işlemin yokluğunda, sadece zararın ortaya çıkmasından değil, aynı zamanda bu tarz bir girişimin kişinin bu girişimden korunma hakkını ihlal ediyor olmasından da korkmamız gerektiğini savunması gerekir. Bundan çıkacak sonuç yalnızca daha fazla bilgi sağlamak yeterli olmayacağı gibi yalnızca seçim sunmak da yeterli değildir. Daha fazla bilgi seçenek olanağı yoksa özerkliğe katkıda bulunmaz. Buna karşılık, insanlar iyi bilgilendirilmez ise seçimler de özerk olmaz. Böylece AOB'de, bilgi verilmesi ile seçim ögesi arasında bir *işsel* bağ vardır.

Bu nedenle Şu ana kadar ‘dört dörtlük’ aydınlatılmış onam yerine tam aydınlatılmış onam üzerine konuŐtum. İkinci formülün, onamın bilgilendirmeyi izleyeceği varsayımına dayanıp hatalı olarak sadece bilgi sağlamaya önem verdiğine inanıyorum. Ben bunun apaçık bir yöntem olmadığını düşünüyorum. AOB savunucusu bilgilendirmenin *ve* onamın önemine vurgu yapmalıdır.

AOB yanlıŐı için, insanların tüm olası ilgili bilgiyi almaya gereksinmesi anlamında, bu bilgi ve seçimin sınırsız olması gerektiğini savunmak zorunlu değildir. Kategori yaklaşımını ele alalım. AOB’nin en gcl sürümünün -yukarıda belirtilen nedenlerle- bu olduğuna inandığımdan, bu bölümün geri kalan kısmı için, AOB taraftarının bir kategori yaklaşımını savunacağını varsayacağım.

12.4. Aydınlatılmış Onam Buyruğu ile İlgili Sorunlar

Yenidoğan taramasının genişletilmesinin tam aydınlatılmış onam gerektirdiği doğru ise, acil bir uygulama sorunu ile karşı karŐıyayız. Bu konularda ailelerin etkin bir tutum takınmalarını sağlamanın çok zor olduğu anlaŐılıyor. Yenidoğan taraması, çoğu insanın bu durumla karŐılaŐmadan önce asla düŐünmedikleri, karŐılaŐtıklarında bile genellikle düŐünmedikleri bir konudur. Anne babalar söz konusu riskleri ve sakıncaları anlamak için genellikle zaman ayırmaz (Hosli ve ark. haz*). Bu, kavrama açısından bir sorun olarak görünüyor.

Bununla ilgili olarak bu tür bir bilgi sağlanırken insanların seçimlerini doğrudan etkilememek olanaksız olmasa bile çok zordur (Clarke1991). Tarama için bir olanakın varlığı bile, ailelerin bu taramanın değerli olduğunu kabul etmeleri için bir neden olarak kendini ortaya koyabilir. Tarama tüm toplumda gerçekleŐtirildiđi ve rutin olarak yapıldığı için anne babaların değerlendirmeleri ve kararlarını etkilememek ve bilgiyi doğal olarak sunmak daha da gctr. Bilgi ve seçim arasında daha önce yaptđım bağlantı, insanların kendi kararlarını oluŐturabileceđini öngördüğünden bu AOB için bir sorundur. Tüm istediğimiz insanların nerileni yapması ise istediğimiz tam aydınlatılmış onam değil, yalnızca onların Şikayet etmemeleridir.

Bu sorunlara AOB savunucusunun önereceği çözüm, danıŐmanlıkta daha etkin olmaktır, başka bir deyişle aydınlatılmış onam

işlemini güçlendirerek aydınlatılmış onamı uygulanabilir yapmaktır. Bu ancak taramanın müdahaleci olmaması pahasına mümkündür. Aydınlatılmış onam işlemi sorunların üstesinden gelecek biçimde düzenlendiğinde ise tarama işleminin kendisi aşırı biçimde külfetli hale gelmiş olur. Bunun üç nedeni vardır.

Birincisi, bilgi edinmenin *kendisinin* külfetli olmasıdır. Bu külfet kabul edilemez düzeyde ağır olabilir. Bilgi edinme için kategori yaklaşımını benimsemiş olsak bile hâlâ büyük bir miktarda işlenmesi gereken bilgi vardır. Biz gerçekten ailelerin bilgilendirilmesini istiyorsak, en azından var olan hastalık türlerini, taşıyıcılığın ne olduğunu, bu bağlamda tedavinin ne olduğunu ve benzeri tanımlamaları yapmamız gerekir. Bu birkaç sözcükle yapılamaz ve her bir bireyle öznel bir çalışmayı gerektirir. Ancak, sadece binde bir kadar bir olasılıkla belirlenecek bir durumla ilgili bir test sonucu için bu çalışma gereksiz görülebilir.

Burada daha güçlü bir gerekçenin açıklanması gereği vardır. İnsanların bilgilendirilmesi gereken tek bir kategorinin varlığında bile AOB'nin varsayımı gerçek olumlu ve olumsuz yönlerin olduğu doğrultusundadır. Bu nedenle onam verecek kişi için bu olumlu ve olumsuz yönlerin açık hale getirilmesi minimal bir gereksinimdir. Bir sonraki aşama, bir yöntemi olduğu ve bir amaca hizmet ettiği açıklandığında bilgilendirmenin bu noktadan itibaren durdurulamayacak olmasıdır. AOB belli bir bilgi karmaşıklığını gerektirir. Kavrama ile birleştiğinde bu durum çok büyük bir bilgilendirme külfeti getirir ve bu nedenle bu bilgilendirmeyi yapacak sağlık çalışanına etkin bir rol yükler.

Bilgilendirme külfeti sorunuyla bağlantılı ancak ondan farklı olan, *seçme külfetidir*. Anne babaların bilgilendirilmeleri tamamlandığında onlardan bir seçim yapmaları beklenir. Aydınlatılmış onam broşürünün bir görüşü desteklemediğini varsayarak onlardan ilgili görüşleri sınıflamaları ve kendileri için geçerli olan görüşü bulmaları beklenecektir. Daha sonra bir seçim yapmaları gerekmektedir. Alınması gereken kararlar daha tartışmalı hale gelirken seçimin sorumluluğu da büyür. Taramanın yapılması ya da yapılmaması kararı -seyrek olanlar dahil- kimi hastalıklarda tartışmalıdır.

AOB için üçüncü sorun *tubbileştirme*dir (Verweij 2000: 69–95). Sağlık çalışanları etkin olarak onam ya da reddetme peşinde koştuğunda, insanlara karar vermeleri doğrultusunda baskı yapılmış ola-

caktır. Tıbbileştirme bu durumda seçim yapma gerekliliğinin bir sonucudur. Orada daha önce olmayan kaygılar ortaya çıkacaktır. Tarama ciddi hastalıkları saptamayı hedeflemiş olsa da, biz aynı zamanda son derece nadir olanlarıyla da uğraşıyor olabiliriz. Bu yüzden çoğu insan için bu hastalıkların hiçbirinin onların algı dünyasının bir parçası olmayacağını varsayabiliriz. Onlar taramanın sonuçları hakkında düşünmeye zorlandığında, bunun en azından bir ölçüde değişme olasılığı olacaktır. Tam aydınlatılmış onam işlemi gereksiz bir gerilime neden olabilir ve anne-babanın iyilik haline olumsuz etkide bulunabilir. Bu nedenle, bir etkin aydınlatılmış onam işlemi -en azından bir şekilde- bunun dışında bir sağlık sorunu olmayan insanların günlük yaşamlarının ihlalidir ve farklı bir dünya algısına -tıbbileştirilmiş- neden olabilir.

Şimdi AOB savunucusu özerklik hakkı kozundan vazgeçmeyi deneyebilir ve gerçekten olumsuz yönleri ve uygulama güçlükleri olsa da, bunların özerklik hakkından farklı bir düzeyde, bir mutlak algı halinde olduklarını ileri sürebilir.

Fakat burada hemen bir sorun ortaya çıkar. Taranan kişi (bebek) onamı veren (genellikle anne baba) ile aynı kişi değildir. Bu nedenle, onamsız taramanın insanların özel yaşamına bir müdahale olduğu iddiası *kimin* özel yaşamı sorusunu doğurur: çocuğun mu anne babaların mı? Bu, AOB savunucusunu bir seçim yapmaya zorlar. Ya taranan kişinin, çıkarları gözetilen -ve potansiyel olarak taramadan zarar görecektir- kişi olmadığını söyleyecektir. Ya da bunun bir vekalet onamı olgusu olduğunu söylemesi gerekir. Her iki senaryoda da özerklik koz olma özelliğini kaybeder. İlk senaryoda 'müdahale' (bilgi verilmesi) anne babalar açısından açıkça tıbbi değildir ve bu yüzden (AOB'ye göre) bir klinik ortamda olduğundan daha farklı standartlar geçerlidir. İkincisi senaryoda, vekillik onamında, anne babaların çocuk yeterli olduğunda (büyüdüğünde) vereceği kararı vereceği açık olmadığı için özerklik hakkı, mutlak özelliğini kaybeder. Daha da ötesi, bir çocuğa zarar veren bilgiden diğer çocuğun yarar sağlayacağını söylemek bir esnetme olarak görülmelidir.

12.5. Son Sözler

Önceki bölümde ortaya çıkan tartışmalar, AOB'nin genişletilmiş tarama programlarına uygulanması durumunda, çekici bir konumda olmadığını açıkça ortaya koymaktadır. Tam aydınlatılmış onamın en az çaba gerektiren sürümü, -kategori yaklaşımı- bile genel olarak topluma ve özel olarak anne babaların üzerine çok fazla yük olur. Bu yenidoğan taraması için ne anlama gelmektedir? Aydınlatılmış onam gereksinimlerini gevşetmeli miyiz yoksa genişlemenin kendisi mi sorunlu olmaya başlamıştır?

Sadece birkaç hastalığı tarama politikası sonucunda, toplumdan (ya da etikçilerden ya da bu konuda herhangi birinden) az sayıda şikayet gelmesi göz önüne alındığında varılan sonuç cazip gözükmemektedir. Farklı türde birçok hastalık tarandığında, tam aydınlatılmış onamın olanaksızlığı ve istenmemesi taramaların Wilson ve Jungner'in ölçütlerine uyan hastalıklarla -bunlar en az tartışmalı hastalıklardır- sınırlandırılması görüşüne olanak sağlar. Bu durumda aydınlatılmış onam sorunsuz olacağı benziyor ve böylece benim itirazlarım da karşılanmış oluyor. Sonrasında, AOB değişmeksizin kalacak olsa da bizi tarama tutkumuzda daha ılımlı olmaya zorlayacaktır.

Bununla birlikte, bu sonuca çok kolaylıkla erişildiğine inanıyorum. Söylenecek şeylerin sınırlı olmasına karşın, bu durumda da anne babaların seçimlerinin gasp edildiğini fark etmek önemlidir ki bu AOB'nin tam olarak önlemek istediği şeydir. Eğer DMD'yi taramamayı seçersek bu, bir çocuğun sağlığı hakkında kolaylıkla ve ucuz bir biçimde ulaşılabilecek bir bilgiye ulaşmama kararı almışız anlamına gelir. Duchenne Müsküler Distrofi taramasının tartışmalı olduğu da dikkate alındığında bu, bazı insanların bilmemek için seçim yaptıkları, bazılarının da bilmeyi tercih ettiği anlamına gelir. Diğer bir deyişle, anne-babaların tercihlerinden bağımsız bir tarama yapmanın yolu yoktur. Bunun anlamı şudur: Tarama programlarını genişletmemek seçeneği çekici olmasına karşın bu, AOB savunucusu için bir kaçış yolu sunmaz.

Tam aydınlatılmış onamın yenidoğan taramaları için ne uygulanabilir ne de arzu edilebilir olması nedeniyle, bu yazıda yapılan tartışma, AOB'ye boş verilmesi gereği olarak yorumlanabilir. Tarama önerildiğinde yaşama müdahale başlar. Zor olan, bunu yapmanın en

iyi yolunu bulmaktır. AOB, taranması gereken hastalıkların hangisi olacağına ilişkin politika yapıcılarının karar verme güçlüklerinin, seçimi anne babalara bırakarak çözülebileceği düşüncesine yönelterek bizi yanılabilir. Öte yandan bu bir politika yapıcısının sahip olduğu sorumluluklarından kaçış yolu olur.

Bu düşünce, yenidoğan programlarında aydınlatılmış onama *karşı* bir görüş değildir. Önerdiği şey, tıp alanında her seçimin kişilerin kendisine bırakılamayacağıdır. AOB, bazı tıbbi uygulamaların, (evrensel) yenidoğan taramaları gibi, temelde kolektif özellikte olduğunu kabul etmekte başarısız olur. Böyle bir programın özel iyi şeyler getirmemesi durumunda ortaya çıkan sorunlara karşı kişisel seçim her derde deva bir çözüm değildir. Bu, olasılıkla herkesin *onaylamaya* *cağı* bir tarama programıyla kendimizi baş başa bulmamız sonucunu doğuracaktır. Ama yine de bu, topluma orantısız yük getiren ve bu nedenle kimsenin mantıklı olarak aynı düşüncede olmadığı bir programa *tercih edilebilir*.

KAYNAKLAR

- Acheson, D. (1988). *Public Health in England*, Cmnd 289. London: HMSO.
- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: Stationery Office.
- Ackerman, F. and Heinzerling, L. (2004). *Priceless: On Knowing the Price of Everything and the Value of Nothing*. New York: The New Press.
- Adler, N. E. and Newman, K. (2002). 'Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies'. *Health Affairs*, 21: 60 – 76.
- Allen, A. L. and Regan, M. C. Jr. (eds.) (1998). *Debating Democracy's Discontent*. Oxford: Oxford University Press.
- American Academy of Pediatrics. (2002). *Guidelines for Perinatal Care* (5th edn). Elk Grove Village, IL: AAP.
- American College of Obstetricians and Gynecologists and American College of Medical Genetics. (2001). *Preconception and Prenatal Carrier Screening for Cystic Fibrosis: Clinical and Laboratory Guidelines*. Washington, DC: ACOG/ACMG.
- Anand, S., Peter, F., and Sen, A. (eds.) (2004). *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Anderson, B. (1991). *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. New York: Verso.
- Annas, G. (2002). 'Bioterrorism, Public Health, and Civil Liberties'. *New England Journal of Medicine*, 346: 1337 – 42.
- Arendt, H. (1973). *On Revolution*. New York: Viking.
- Arneson, R. (1982). 'The Principle of Fairness and Free-rider Problems'. *Ethics*, 92(4): 616 – 33.
- Asada, Y. and Hedemann, T. (2002). 'A Problem with the Individual Approach in the WHO Health Inequality Measurement'. *International Journal for Equity in Health*, 1(2).
- Asch, P. and Gigliotti, A. (1991). 'The Free-Rider Paradox: Theory, Evidence, and Teaching'. *Journal of Economic Education*, Winter: 33 – 8.
- Ashcraft, R. (1986). *Revolutionary Politics and Locke's Two Treatises of Government*. Princeton: Princeton University Press.
- Ashton, J. and Seymour, H. (1988). *The New Public Health*. Milton Keynes: Open University Press.

- Atkinson, A. B. (1970). 'On the Measurement of Inequality'. *Journal of Economic Theory*, 2: 244 – 63.
- Austoker, J. (1999). 'Gaining Informed Consent for Screening'. *British Medical Journal*, 319: 722 – 3.
- Bailyn, B. (1965). *The Ideological Origins of the American Revolution*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bale, J. F. (2002). 'Congenital Infections'. *Neurologic Clinics*, 20(4): 1039 – 60.
- Barber, B. (1974). *The Death of Communal Liberty*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Barendregt, J., Bonneux, L., and van der Maas, P. (1997). 'The Health Care Costs of Smoking'. *New England Journal of Medicine*, 337:1052 – 7.
- Baron, H. (1966). *The Crisis of the Early Italian Renaissance* (2nd Ed.). Princeton: Princeton University Press.
- Baron, S., Field, J., and Schuller, T. (eds.) (2000). *Social Capital: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Barry, B. (1965). *Political Argument*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Barry, B. (2005). *Why Social Justice Matters*. Cambridge: Polity Press.
- Bates, B. (2003). 'Prenatal Screening Halves CF births: Data from Large Screening Pro- gram'. *OB/Gyn News*, (15 December 2003). Available at: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0CYD/is_24_38/ai_112404383 (accessed 7/2/06).
- Bayer, R. (1991). *Private Acts, Social Consequences: AIDS and the Politics of Public Health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Bayer, R. and Heaton, C. (1989). 'Controlling AIDS in Cuba. The Logic of Quarantine'. *New England Journal of Medicine*, 320/15: 1022 – 4.
- Bayer, R., Gostin, L.O., and Magraw, D. (1995). 'Trades, AIDS, and the Public's Health: the Limits of Economic Analysis'. *Georgetown Law Journal*, 83: 79 – 107.
- Beaglehole, R. (ed.) (2003). *Global Public Health: A New Era*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, D. (1976). 'Public Health as Social Justice'. *Inquiry*, 12: 3 – 14.
- Beauchamp, D. (1985). 'Community: The Neglected Tradition of Public Health'. *Hastings Center Report*; 15(6): 28 – 36.
- Beauchamp, D. and Steinbock, B. (eds.) (1999). *New Ethics for the Public's Health*. Oxford: Oxford University Press.

- Beauchamp, D. E. (1988). *The Health of the Republic: Epidemics, Medicine, and Moralism as Challenges to Democracy*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Beauchamp, T. and Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics* (1st ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. and Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Bennett, R. and Erin, C. A. (eds.) (1999). *HIV and AIDS: Testing, Screening, and Confidentiality*. Oxford: Oxford University Press.
- Bentham, J. (1996). In H.L.A. Hart and F. Rosen (eds.) *Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Oxford: Clarendon Press.
- Berlin, I. ([1958] 1969). 'Two Concepts of Liberty'. In *Four Essays on Liberty*. New York: Oxford, pp. 118 – 72.
- Bidmeade, I. and Reynolds, C. (1997). *Public Health Law in Australia: its Current State and Future Directions*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Braveman, P., Starfield, B., and Geiger, H. J. (2001). 'World Health Report 2000: How it Removes Equity from the Agenda for Public Health Monitoring and Policy'. *British Medical Journal*, 323: 678 – 81.
- Brock, D. W. (1989). 'Justice, Health Care, and the Elderly'. *Philosophy & Public Affairs*, 18(3): 297 – 312.
- Brock, D. W. (1995). 'Justice and the ADA: Does Prioritizing and Rationing Health Care Discriminate Against the Disabled?'. *Social Philosophy and Policy*, 12: 159 – 84.
- Brock, D. W. (2000). 'Health Care Resource Prioritization and Discrimination Against Persons with Disabilities', in L. Francis and A. Silvers (eds.) *Americans with Disabilities: Implications for Individuals and Institutions*. New York: Routledge.
- Brock, D. W. (2002). 'Priority to the Worst Off in Health Care Resource Prioritization,' in M. Battin, R. Rhodes, and A. Silvers (eds.) *Medicine and Social Justice*. New York: Oxford University Press
- Brock, D. W. (2003a). 'Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources', in T. Tan-Torres Edejer, R. Baltussen, T. Adam et al. (eds.) *Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*. Geneva: World Health Organization.
- Brock, D. W. (2003b). 'Separate Spheres and Indirect Benefits'. *Cost-Effectiveness and Resource Allocation*, 1: 4.

- Brock, D. W. (2004a). 'Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources', in G. Khusfih (ed.) *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*. Dordrecht: Kluwer Publishers.
- Brock, D. W. (2004b). 'Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Care Resources', in S. Anand, A. Peter, and A. Sen (eds.) *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford University Press.
- Brock, D. W. and Daniels, N. (1994) 'Ethical Foundations of the Clinton Administration's Proposed Health Care System'. *Journal of American Medical Association*, 271: 1189 – 96.
- Brock, D. and Wikler, D. (2006). 'Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development', in D. T. Jamison and J. G. Breman (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2nd edn). Oxford: Oxford University Press.
- Buchanan, D. (2000). *An Ethic for Health Promotion: Rethinking the Sources of Human Well-Being*. Oxford: Oxford University Press.
- Buchanan, A., Brock, D., Daniels, N., and Wikler, D. (2000) *From Chance to Choice: Genes and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Burris, S. (1997). 'The Invisibility of Public Health: Population-Level Measures in a Politics of Market Individualism?'. *American Journal of Public Health*, 87: 1607 – 10.
- Callahan, D. and Jennings, B. (2002). 'Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship'. *American Journal of Public Health*, 92(2): 169 – 76.
- Campbell, E., and Ross, L. F. (2005). 'Parental Attitudes and Beliefs Regarding the Genetic Testing of Children'. *Community Genetics*, 8(2): 94 – 102.
- Capron, A.M. and Reis, A. (2005). 'Designing an Equitable Strategy for Allocating Antiretroviral Treatments'. *PLoS Medicine*. 2(3): 69.
- Carman, W. F., Elder, A. G., Wallace, L. A. et al. (2000). 'Effects of Influenza Vaccination of Health Care Workers on Mortality of Elderly People in Long-term Care: A Randomized Controlled Trial'. *Lancet*, 355(9198): 93 – 7.
- Casey, C., Vellozzi, C., Mootrey, G. T. et al. (Vaccinia Case Definition Development Working Group, Advisory Committee on Immunization Practices-Armed Forces Epidemiological Board Smallpox Vaccine Safety Working Group) (2006). 'Surveillance Guidelines for Smallpox

- Vaccine (Vaccinia) Adverse Reactions'. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55:1 – 16.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2002a). *Public Health's Infrastructure: a Status Report*. Atlanta: CDC.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2002b). 'Congenital Syphilis — United States 2002'. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53: 716 – 19.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2002c). 'STDs in Women and Infants, 2002', *National STD Surveillance Report*. Atlanta, GA: CDC. Available at: <http://www.cdc.gov/std/stats02/women&inf.htm> (accessed 15/3/06).
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2003). 'Sexually transmitted disease Surveillance Supplement'. *Syphilis Surveillance Report 2002*. Atlanta, GA: CDC. Available from: www.cdc.gov/std/stats02/syphilis.htm (accessed 7/2/06).
- CESCR (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) (2000). 'The Right to the Highest Attainable Standard of Health'. *General Comment 14, E/C.12/2000/4*, 4 July. Available at: www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(accessed 23/3/06).
- Chadwick, E. (1965) *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Edinburgh: University Press.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D. et al. (2002). 'Public Health: Mapping the Terrain'. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30: 170 – 8.
- Clarke, A. (1991). 'Is Non-directive Counselling Possible?' *Lancet*, 335: 1145 – 7.
- Coles, F. B., Balzano, G. J., and Morse, D. J. (1992). 'An Outbreak of Influenza A (H3N2) in a Well Immunized Nursing Home Population'. *Journal of the American Geriatrics Society*; 40: 589 – 92.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization.
- Cribb, A. (2005). *Health and the Good Society: Setting Healthcare Ethics in Social Context*. Oxford: Oxford University Press.
- Cullity, G. (1995). 'Moral Free Riding'. *Philosophy and Public Affairs*, 24(1): 3 – 34.
- Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Daniels, N. (1988). *Am I My Parents' Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. New York: Oxford University Press.
- Daniels, N. (1998). 'Distributive Justice and the Use of Summary Measures of Population Health Status', in Institute of Medicine (ed.) *Summarizing Population Health: Directions for the Development and Application of Population Metrics*. Washington DC: Institute of Medicine.
- Daniels, N. (2004). 'How to Achieve Fair Distribution of ARTs in '3 by 5': Fair Process and Legitimacy in Patient Selection'. Paper prepared for Consultation on Equitable Access to Care for HIV/AIDS, World Health Organization, Geneva. 26 – 7 January.
- Daniels, N. (2005). 'Fair Process in Patient Selection for Antiretroviral Treatment in WHO's Goal of 3 by 5'. *Lancet*, 366: 169 – 71.
- Daniels, N., Light, D., and Caplan, R. L. (1996). *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*. Oxford: Oxford University Press.
- Daniels, N., Kennedy, B. P., and Kawachi, I. (1999). 'Why Justice is Good for Our Health: the Social Determinants of Health Inequalities'. *Daedalus*, 128(Fall): 215 – 51.
- Daniels, N., Kennedy, B., and Kawachi, I. (2000a). 'Justice is Good for Our Health'. *Boston Review*, 25(1): 6 – 15.
- Daniels, N., Kawachi, I. and Kennedy, B. (2000b). *Is Inequality Bad For Our Health?* Boston, MA: Beacon Press.
- Dare, T. (1998). 'Mass Immunisations Programmes: Some Philosophical Issues'. *Bioethics*, 12(2): 125 – 49.
- Dawson, A. (2005). 'The Determination of "Best Interests" in Relation to Childhood Vaccinations'. *Bioethics*, 19(2): 187 – 205.
- Dawson, A. (forthcoming). 'What are the Moral Obligations of the Traveller in Relation to Vaccination?' *Journal of Travel Medicine & Infectious Disease*.
- Deaton, A. (2002). 'Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth'. *Health Affairs*, 21: 13 – 30.
- De Cock, D. M., Mbori-Ngacha, D., and Marum. E. (2002). 'Shadow on the Continent: Public Health and HIV/AIDS in Africa in the 21st Century'. *Lancet*, 360: 67 – 72.
- Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Diggins, J. P. (1984). *The Lost Soul of American Politics: Virtue, Self-interest, and the Foundation of Liberalism*. New York: Basic Books.

- Donaldson, C. (1999). 'Valuing the Benefits of Publicly-Provided Health Care: Does "Ability to Pay" Preclude the use of "Willingness to Pay"?' *Social Science and Medicine*, 49(4): 551 – 63.
- Downie, R. S., Fyfe, C., and Tannahill, A. (1990). *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Draper, H. and Sorell, T. (2002). 'Patients' Responsibilities in Medical Ethics.' *Bioethics*, 16: 335 – 52.
- Duffy, J. (1990). *The Sanitarians: a History of American Public Health*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Epstein, R. A. (2003). 'Let the Shoemaker Stick to his Last: a Defense of the "Old" Public Health'. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(S3): S138 – 59.
- Erbe, R. W. and Levy, H. L. (1996). 'Neonatal Screening', in D. L. Rimoin, J. M. Connor, and R. E. Pyeritz (eds.) *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics* (3rd edn). London: Churchill Livingstone, pp. 581 – 93.
- Ewing, R., Schimid, T., Killingsworth, R., Zlot, A., and Raudenbush, S. (2003) 'Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity'. *American Journal of Health Promotion*, 18(1): 47 – 57.
- Faden, R. R. and Beauchamp, T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Feinberg, J. (1973). *Social Philosophy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Feinberg, J. (1984). *Harm to Others*. Oxford: Oxford University Press.
- Feinberg, J. (1986). *Harm to Self*. Oxford: Oxford University Press.
- Fidler, D. P. (1999). *International Law and Infectious Diseases*. Oxford: Clarendon Press.
- Forester, J. (1989). *Planning in the Face of Power*. Berkeley: University of California Press.
- Forester, J. (1999). *The Deliberative Practitioner: Encouraging Participatory Planning Processes*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fox, D. M. and Schaffer, D. C. (1991) 'Tax Administration as Health Policy'. *Journal of Health Politics and Policy Law*, 16: 251 – 60.
- Frankena, W. (1973). *Ethics* (2nd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Freeman, M. (ed.) (forthcoming). *The Ethics of Public Health: International Library of Medicine, Ethics and Law*. Ashgate.
- Frenk, J. (1992). 'The New Public Health', in Pan American Health Organization (ed.) *The Crisis of Public Health: Reflections for Debate*. Washington, DC: PAHO/WHO.

- Fried, C. (1970). *An Anatomy of Values: Problem of Personal and Social Choice*. Harvard: Harvard University Press.
- Friedmann, J. (1987). *Planning in the Public Domain*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Gakidou, E. and King, G. (2002). 'Measuring Total Health Inequality: Adding Individual Variation to Group-Level Differences'. *International Journal for Equity in Health*, 1(3).
- Garber, A. (1989). 'Pursuing the Links Between Socioeconomic Factors and Health', in D. S. Gombay and B.H. Kehrer (eds.) *Pathways to Health: the Role of Social Factors*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Garland, M. (1992). 'Justice, Politics and Community: Expanding Access and Rationing Health Services in Oregon'. *Law, Medicine and Health Care*, 20: 70.
- Garrard, E., and Dawson, A. (2005). 'What is the Role of the REC? Paternalism, Inducements and Harm in Research Ethics'. *Journal of Medical Ethics*, 31: 419 – 23.
- Garrett, L. (2001). *Betrayal of Trust: The Collapse of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- General Accounting Office. (2003). *Newborn Screening: Characteristics of State Programs*. Report Number GAO-03 – 449. Washington, DC: GAO.
- Gezondheidsraad (Dutch Health Council) (2005). *Neonatale Screening*. Den Haag: GR. Gold, M., Siegel, J., Russell, L., and Weinstein, M. (eds.) (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Goodin, R. (1989). *No Smoking: The Ethical Issues*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gostin, L. O. (2000a). 'Public Health Law in a New Century: Parts I – III'. *Journal of American Medical Association*, 283: 2837 – 41, 2979 – 84, 3118 – 22.
- Gostin, L. O. (2000b). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley/New York: University of California Press/Milbank Memorial Fund.
- Gostin, L. O. (2001). 'Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann'. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29:121 – 30.
- Gostin, L. O. (2002a). *Public Health Law and Ethics: A Reader*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Gostin, L. O. (2002b). 'Public Health Law, Ethics, and Human Rights', in L.O. Gostin (ed.) *Public Health Law and Ethics: A Reader*. Berkeley, CA/New York, NY: University of California Press/The Milbank Memorial Fund.
- Gostin, L. O. (2004a). 'Law and Ethics in Population Health', *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 28: 7 – 12.
- Gostin, L. O. (2004b). *The AIDS Pandemic: Complacency, Injustice, and Unfulfilled Expectations*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Gostin, L. O. and Lazzarini, Z. (1997). *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*. New York: Oxford University Press.
- Gostin L.O. and Bloche M. G. (2003). 'The Politics of Public Health: A Reply to Richard Epstein'. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(S3): S160 – S175.
- Green, M. D. and Botkin, J. R. (2003). '“Genetic Exceptionalism” in Medicine: Clarifying the Differences between Genetic and Nongenetic Tests'. *Annals of Internal Medicine*, 138: 571 – 5.
- Green, D. P. and Shapiro, I. (1994). *Pathologies of Rational Choice Theory*. New Haven: Yale University Press.
- Griffiths, S. and Hunter, D. (1999). 'Introduction', in S. Griffiths and D. Hunter (eds.) *Perspectives in Public Health*. Oxford: Radical Medical Press.
- Halévy, E. (1966). *The Growth of Philosophical Radicalism*. Boston: Beacon.
- Hamlin, C. (2002). 'The History and Development of Public Health in Developed Countries', in R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, and H. Tanaka (eds.) *Oxford Textbook of Public Health* (4th ed). Oxford: Oxford University Press.
- Hardin, G. (1968). 'The Tragedy of the Commons'. *Science*, 13 December 13, 162: 1243 – 8.
- Harlan, Justice John (1905). US Supreme Court Decision: *Jacobson v. Massachusetts* 25 S. Ct. 358.
- Harré, R. (1998). *The Singular Self*. London: Sage Publications.
- Hart, H. L. A. (1955). 'Are There any Natural Rights?' *The Philosophical Review*, 64(2): 175 – 91.
- Hartz, L. (1955). *The Liberal Tradition in America: An Interpretation of American Political Thought since the Revolution*. New York: Harcourt, Brace.

- Health Council of the Netherlands (2003). *The Impact of Passive Smoking on Public Health*. The Hague: Health Council of the Netherlands.
- Heijnen, M-L., Waldboer, Q., Siedenburg, E. et al. (2004). 'Hepatitis-B-vaccinatiecampagne gedragsgebonden risicogroepen op koers' (HBV vaccination campaign for behavioural risk groups on schedule). *Infectieziekten Bulletin*, 15: 342 – 8.
- Heinzerling, L. (1998). 'Regulatory Costs of Mythic Proportions'. *Yale Law Journal*, 107: 1981 – 2070.
- Hermerén, G. (1999). 'Neonatal Screening: Ethical Aspects'. *Acta Paediatrica Supplement*, 432: 99 – 103.
- Holland, W. W. and Stewart, S. (1997). *Public Health: the Vision and the Challenge*. London: Nuffield Trust.
- Hollier, L. M., Hill, J., Sheffield, J. S., and Wendel, G. D. (2003). 'State Laws Regarding Prenatal Syphilis Screening in the United States'. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 184: 1178 – 83.
- Hosli, E., Detmar, S., Dijkstra, N., Nijssingh, N., and Verweij, M. (forthcoming). 'Parental Preferences Towards Expanding the Neonatal Screening Programme'. Leiden: TNO Quality of Life.
- Horsman, J., Furlong, W., Feeney, D., and Torrance, G. (2003). 'The Health Utilities Index (HUI): Concepts, Measurement Properties and Applications'. *Health Quality Life Outcomes*, 1(1): 54.
- Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1999). *Vaccines for the 21st Century: A Tool for Decision Making*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2001). *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2003). *The Future of the Public's Health in the Twenty First Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (2004). *Immunization Safety Review: Vaccines And Autism*. Washington, DC: National Academic Press.
- Jackson, R. J. (2003). 'The Impact of the Built Environment on Health: an Emerging Field?'. *American Journal of Public Health*, 93: 1382 – 3.
- Jacoby, R. (1987). *The Last Intellectuals*. New York: Farrar, Straus, and Giroux.
- Jennings, B. (1981). 'Tradition and the Politics of Remembering?'. *The Georgia Review*, XXXVI(1): 167 – 82.

- Jennings, B. (2003a). 'On Authority and Justification in Public Health'. *Florida Law Review*, 55: 1241 – 56.
- Jennings, B. (2003b). 'Frameworks for Ethics in Public Health'. *Acta Bioethica*, 9(2): 165 – 76.
- Kagan, S. (1989). *The Limits of Morality*. Oxford: Clarendon Press.
- Kant, I. ([1788] 1956). *Critique of Pure Reason*, L.W. Beck (trans.) New York: Macmillan.
- Kant, I. (1797). *The Metaphysics of Morals*. In M. J. Gregor (ed.) *Practical Philosophy: The Cambridge Edition of the Works of Immanuel Kant*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kass, N. E. (2001). 'An Ethics Framework for Public Health'. *American Journal of Public Health*, 91(11): 1776 – 82.
- Kekes, J. (1997). 'A Question for Egalitarians'. *Ethics*, 107: 658 – 69.
- Kellman, B. (2001). 'Biological Terrorism: Legal Measures for Preventing a Catastrophe'. *Harvard Journal of Law & Public Policy*, 24: 417 – 85.
- Keohane, N. O. (1980). *Philosophy and the State in France*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kerr, A. (2000). 'Constructing Genetic Disease: the Clinical Continuum between Cystic Fibrosis and Male Infertility'. *Social Studies of Science*, 30(6): 847 – 94.
- Kerruish, N. J., and Robertson, S. P. (2005). 'Newborn Screening: New Developments, New Dilemmas'. *Journal of Medical Ethics*, 31: 393 – 8.
- Kessel, A. (2006). *Air, the Environment and Public Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kitagawa, E. M. and Hauser, P. M. (1973). *Differential Mortality in the United States: A Study of Socio-economic Epidemiology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klein, R. (1997). 'Defining a Package of Healthcare Services the NHS is Responsible for: The Case Against'. *British Medical Journal*, 314: 503 – 5.
- Klosko, G. (1987). 'Presumptive Benefit, Fairness and Political Obligation'. *Philosophy and Public Affairs*, 16(3): 241 – 59.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., and Donaldson, M. S. (eds.) (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.
- Korn, D. A. and Shaffner, H. J. (1999). 'Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective'. *Journal of Gambling Studies*, 15: 289 – 365.

- Kotalik, J. (2005). 'Preparing for an Influenza Pandemic: Ethical issues'. *Bioethics*, 19: 422 – 31.
- Kramnick, I. (1990). *Republicanism and Bourgeois Radicalism*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kumar, R. (2001). *Consensualism in Principle*. London: Routledge.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: National Ministry of Health & Welfare.
- Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M. et al. (1998). 'Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults'. *Journal of American Medical Association*, 279: 1703 – 8.
- Lautze, S., Leaning, J., Raven-Roberts, A., Kent, R., and Mazurana, D. (2004). 'Assistance, Protection, and Governance Networks in Complex Emergencies'. *Lancet*, 364: 2134 – 41.
- Lazaro, A. (2002). 'Theoretical Arguments for the Discounting of Health Consequences: Where Do We Go from Here?'. *Pharmacoeconomics*, 20: 943 – 61.
- Lecluyese, A. and Cleemput, I. (2005). 'Making Health Continuous: Implications of Different Methods on the Measurement of Inequality'. *Health Economics*, 15: 99 – 104;
- Leichter, H. (2003). '“Evil Habits” and “Personal Choices”: Assigning Responsibility for Health in the 20th Century'. *Milbank Quarterly*, 81(4): 603 – 26.
- Levy, J. I., Chemerynski, S. M., and Tuchmann, J. L. (2006). 'Incorporating Concepts of Inequality and Inequity into Health Benefits Analysis'. *International Journal for Equity in Health*, 28 March, 5(2).
- Lipscomb, J., Weinstein, M., and Torrance, G. (1996). 'Time Preference,' in M. Gold, J. Siegel, L. Russell, and M. Weinstein (eds.), *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Littlewood, J. (2002). *The History of the Development of Cystic Fibrosis Care*. London: The UK CF Trust. Available at: http://www.cysticfibrosismedicine.com/public/articles_text.asp?id=108 (accessed 7/2/06).
- Loeber, G., Webster, D., and Aznarez, A. (1999). 'Quality Evaluation of Newborn Screening Programs'. *Acta Paediatrica*, 432:3 – 6.
- Low, A. and Low, A. (2006). 'Importance of Relative Measures in Policy on Health Inequalities'. *British Medical Journal*, 332: 967 – 9.

- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S. et al. (2004). 'Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review'. *Milbank Quarterly*, 82: 5 – 99.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Pamuk, E. R. et al. (1998). 'Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States'. *American Journal of Public Health*, 88: 1074 – 9.
- Mackenbach, J. (2004). 'The Development of a Strategy for Tackling Health Inequalities in the Netherlands'. *International Journal for Equity in Health*, 3: 11.
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue*. South Bend, IN: University of Notre Dame Press.
- Macklin, R. (2004). *Ethics and Equity in Access to HIV Treatment — 3 by 5 Initiative*. Geneva: WHO. Available at: <http://www.who.int/ethics/en/background-macklin.pdf> (accessed 5/5/06).
- Mann, J. M. (1997). 'Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights'. *The Hastings Center Report*, (May – June) 27: 6 – 13.
- Mann, J. M., Gruskin, S., Grodin, M. A., and Annas, G. J. (eds.) (1999). *Health and Human Rights: A Reader*. New York: Routledge.
- Marchand, S. and Wikler, D. (2002). 'Health Inequalities and Justice', in J. Tao and L. Po-wah (eds.) *Cross-Cultural Perspectives on the (Im)possibility of Global Bioethics*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 209 – 21.
- Marchand, S., Wikler, D., and Landesman, B. (1998). 'Class, Health and Justice'. *Milbank Quarterly*, 76(3): 449 – 67.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome*. New York: Henry Holt.
- Marmot, M. G., Smith, G. D., and Stansfeld, S. (1991). 'Health Inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II Study'. *Lancet*, 337(8754): 1387 – 93.
- Marone, J. A. (1997). 'Enemies of the People: the Moral Dimension to Public Health'. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22: 993 – 1020.
- Marseille, E., Hofmann, P. B., and Kahn, J. G. (2002). 'HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa'. *Lancet*, 359: 1851 – 6.
- Masaki, E., Green, R., Greig, F., Walsh, J., and Potts, M. (n.d.) 'Cost-effectiveness of HIV Interventions for Resource Scarce Countries: Setting Priorities for HIV/AIDS'. Available at: http://big.berkeley.edu/research.workingpapers.HIV_prev.revision1.03.pdf (accessed: 5/5/06).

- Mathers, C. D., Murray, C. J. L., Salomon, J. A. et al. (2003). 'Healthy Life Expectancy: Comparison of OECD Countries in 2001'. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27: 5 – 11.
- McMahan, J. (2002). *The Ethics of Killing*. New York: Oxford University Press.
- Mellor, J. M. and Milyo, J. D. (2002). 'Income Inequality and Health Status in the United States'. *Journal of Human Resources*, 37: 510 – 39.
- Menzel, P. (1990). *Strong Medicine: The Ethical Rationing of Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Menzel, P., Dolan, P., Richardson, J., and Olsen, J.A. (2002). 'The Role of Adaptation to Disability and Disease in Health State Valuation: A Preliminary Normative Analysis'. *Social Science and Medicine*, 55: 2149 – 58.
- Mill, J. S. ([1859] 1974). *On Liberty*. Harmondsworth: Penguin.
- Mills, C. W. (1959). *The Sociological Imagination*. New York: Oxford University Press.
- Mohamed, K., Appleton, R., and Nicolaides, P. (2000). 'Delayed Diagnosis of Duchenne Muscular Dystrophy'. *European Journal of Paediatric Neurology*, 219 – 23.
- Monaghan, S., Huws, D., and Navarro, M. (2003) *The Case for a New UK Health of the People Act*. London: The Nuffield Trust.
- Morabia, A. and Zhang, F. F. (2004). 'History of Medical Screening: from Concepts to Action', *Postgraduate Medical Journal*, 80: 463 – 9.
- Murphy, L. B. (2000). *Moral Demands in Nonideal Theory*. Oxford: Oxford University Press. Murray, C. (1994). 'Quantifying the Burden of Disease: the Technical Basis for Disability Adjusted Life Years', in C. Murray and A. Lopez (eds.) *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures and Intervention Packages*. Geneva: World Health Organization.
- Murray, C. (1996). 'Rethinking DALYs', in C. Murray and A Lopez (eds.). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Morality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. The Global Burden of Disease and Injury, Vol. 1*. Cambridge MA: The Harvard School of Public Health.
- Murray, C. J. L., Michaud, C. M., McKenna, M. T., and Marks, J. S. (1998). *U.S. Patterns of Mortality by County and Race: 1965 – 1994*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 1 – 97.

- Murray, C. J. L., Gakidou, E. E., and Frenk, J. (1999). 'Health Inequalities and Social Group Differences: What Should we Measure?' *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 537 – 43.
- Murray, C. J. L., Salomon, J. A., Mathers, C. D., and Lopez, A. D. (2002). *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva: World Health Organization.
- Musgrove, P., Zeramdini, R., and Carrinb, G. (2001). *A Summary Description of Health Care Financing in WHO Member Countries*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Available at: http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/rm_wg3_paper11.asp (accessed 23/3/06).
- National Association of Attorneys General. (1998). *Master Settlement Agreement*. Available at: http://www.naag.org/upload/1032468605_cigmsa.pdf (accessed 23/3/06).
- National Institutes of Health (1997). *Genetic Testing for Cystic Fibrosis: NIH Consensus Statement Online 1997 April 14 – 16*, 15(4): 1 – 37. <http://consensus.nih.gov/1997/1997GeneticTestCysticFibrosis106html.htm> (Accessed 7/2/06)
- National Institutes of Health (2000). *Enhancing the Oversight of Genetic Tests: Recommendations of the SACGT*. Bethesda, MD: Secretary's Advisory Committee on Genetic Testing, NIH.
- New, B. (1997). 'The Rationing Debate: Defining a Package of Healthcare Services the NHS is Responsible for'. *British Medical Journal*, 314(7079): 498 – 502.
- Nijssingh, N. (forthcoming). 'The Expansion of Newborn Screening: In Whose Interest?
- Nord, E. (1993). 'The Trade-off Between Severity of Illness and Treatment Effect in Cost-value Analysis of Health Care', *Health Policy*, 24: 227 – 38.
- Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H., and Singer, P. (1995). 'Who Cares About Cost? Does Economic Analysis Impose or Reflect Social Values?'. *Health Policy*, 34: 79 – 94.
- Nord, E., Pinto, J.L., Richardson, J., Menzel, P., and Ubel, P. (1999). 'Incorporating Societal Concerns for Fairness in Numerical Valuations of Health Programmes'. *Health Economics*, 8: 25 – 39.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State & Utopia*. New York: Basic Books.
- Nuffield Council on Bioethics (1993). *Genetic Screening: Ethical Issues*. London: The Nuffield Foundation.
- Nussbaum, M. (1995). *Poetic Justice*. Boston: Beacon Press.

- O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Neill, M. S., Jerrett, M., Kawachi, I. et al. (2003). 'Health, Wealth, and Air Pollution: Advancing Theory and Methods'. *Environmental Health Perspectives*, 111: 1861 – 70.
- Owen, J. W. (2002). 'Globalisation and Public Health'. *World Hospital and Health Service*, 38(1): 1.
- Pangle, T. L. (1988). *The Spirit of Modern Republicanism*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W., and Fisher, G. (1993). 'The Increasing Disparity in Mortality between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986'. *New England Journal of Medicine*, 329: 103 – 9.
- Parfit, D. (1991). 'Equality or Priority,' The Lindley Lecture. Kansas: Department of Philosophy, University of Kansas.
- Parsons, E.P., Clarke, A.J., Hood, K., and Bradley D.M. (2000). 'Feasibility of a Change in Service Delivery: The Case of Optional Newborn Screening for Duchenne Muscular Dystrophy'. *Community Genetics*, 3: 17 – 23.
- Patten, A. (1996). 'The Republican Critique of Liberalism'. *British Journal of Political Science*, 26: 25 – 44.
- Paul, D. (1995). *Controlling Human Heredity: 1865 to the Present*. Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press.
- Paul, Y. (2004). 'Letter: Herd Immunity and Herd Protection'. *Vaccine*, 22: 301 – 2. Paul, Y. and Dawson, A. (2005). 'Some Ethical Issues Arising from Polio Eradication Programmes in India'. *Bioethics*, 19(4): 393 – 406.
- Perdue, W. C., Stone, L. A., and Gostin, L. O. (2003). 'The Built Environment and its Relationship to the Public's Health: the Legal Framework'. *American Journal of Public Health*, 93: 1390 – 4.
- Perdue, W. C., Stone, L. A. and Gostin, L. O. (2004). 'Public Health and the Built Environment: Historical, Empirical and Theoretical Foundations for an Expanded Role'. *Journal of Law Medicine & Ethics*, 31(4): 557.
- Pettit, P. (1997). *Republicanism: a Theory of Freedom and Government*. Oxford: Oxford University Press.
- Pettit, P. (1998). 'Reworking Sandel's Republicanism'. *Journal of Philosophy*, 95:73 – 96. Pocock, J. G. A. (1975). *The Machiavellian*

- Moment: Florentine Political Theory and the Atlantic Republican Tradition. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pogge, T. (2002). 'Responsibilities for Poverty-Related Ill Health'. *Ethics & International Affairs*, 16(2): 71 – 9.
- Postema, G. J. (1987). 'Collective Evils, Harms and the Law'. *Ethics*, 97(2): 414 – 40.
- Postrel, V. (1999). 'The Pleasantville Solution: the War on "Sprawl" Promises "Livability" but Delivers Repression, Intolerance — and More Traffic'. *Reason*, 30(10): 4.
- Press, N. and Clayton, E. W. (2000). 'Genetics and Public Health: Informed Consent Beyond the Clinical Encounter', in M. J. Khoury, W. Burke, and E. J. Thomson (eds.) *Genetics and Public Health in the 21st Century: Using Genetic Information to Improve Health and Prevent Disease*. Oxford: Oxford University Press, pp. 505 – 26.
- Purdy, L. (1999). 'Genetics & Reproductive Risk: Can Having Children be Immoral?', in H. Kuhse and P. Singer (eds.) *Bioethics*. Oxford: Blackwell, pp. 123 – 9.
- Putnam, R. D. (1995). 'Bowling Alone Revisited'. *The Responsive Community*, (Spring), 1822 – 32.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone*. New York: Simeon and Schuster.
- Quetel, C. and Braddock, J. (1992). *The History of Syphilis*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter Y. H., Davidson, L. L., and Feder, G. (2002). 'Should Health Professionals Screen Women for Domestic Violence? Systematic Review'. *British Medical Journal*, 325: 314 – 18.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reynolds, C. (1995). *Public Health Law in Australia*. Sydney: Federation Press.
- Reynolds, C. (2003). 'Public Health Law in the New Century'. *Journal of Law and Medicine*, 10: 435 – 41.
- Risse, M. (2005). 'How Does the Global Order Harm the Poor?'. *Philosophy and Public Affairs*, 33: 349 – 76.
- Robbins, C. (1959). *The Eighteenth Century Commonwealth Man*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Robbins, L. (1962). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: Macmillan.
- Roberts, M. J. and Reich, M. R. (2002). 'Ethical Analysis in Public Health'. *Lancet*, 359(9311): 1055 – 9.

- Roemer, J. (1993). 'A Pragmatic Theory of Responsibility for the Egalitarian Planner'. *Philosophy & Public Affairs*, 22: 146 – 66.
- Rogot, E., Sorile, P. D., Johnson, N.J., and Schmitt, C. (eds.) (1992). *A Mortality Study of 1.3 Million Persons by Demographic, Social, and Economic Factors: 1979 – 1985 Follow-up*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Rose, G. (1985). 'Sick Individuals and Sick Populations'. *International Journal of Epidemiology*, 14: 32 – 8.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Ross, L. F. (2002). 'Predictive Genetic Testing for Conditions that Present in Childhood'. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 12(3): 225 – 44.
- Rothstein, M. (2002). 'Rethinking the Nature of Public Health'. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30: 144 – 9.
- Ruskin, J. (1862). *Unto This Last*. E.P.Dutton and Company, New York.
- Saah, A. (1996). 'The Epidemiology of HIV and AIDS in Women' in R.R. Faden and N.E. Kass (eds.) *HIV, AIDS, and Childbearing*. New York: Oxford University Press, pp. 9 – 11.
- Salisbury, D. & Begg, N. (eds.) (1996). *Immunisation Against Infectious Diseases*. London: HMSO.
- Sandel, M. (1984). *Democracy and its Discontents: America in Search of a Public Philosophy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Savulescu, J. (1995). 'Rational Non-interventional Paternalism: Why Doctors Ought to Make Judgments on What is Best for their Patients?'. *Journal of Medical Ethics*, 21: 327 – 31.
- Scally, G. (2002). 'Too Much Too Young? Teenage Pregnancy is a Public Health, not a Clinical, Problem?'. *International Journal of Epidemiology*, 31:554 – 5.
- Scanlon, T. (1998). *What We Owe to Each Other*. Cambridge, MA: The Belknap Press/Harvard University Press.
- Scheper-Hughes, N. (1993). 'AIDS, Public Health, and Human Rights in Cuba'. *Lancet*, 342: 965 – 7.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.
- Selgelid, M., Battin, M., and Smith, C. B. (eds.) (2006). *Ethics and Infectious Disease*. Oxford: Blackwell.
- Shal, D. J. (ed.) (1996). *Cystic Fibrosis*. London: BMJ Publishing Group.
- Shattuck, L. (1850). *Report of the Massachusetts Sanitary Commission*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Shickle, D. (1999). 'The Wilson and Jungner Principles of Screening and Genetic Testing', in R. Chadwick, D. Shickle, H. Ten Have, and U. Wiesing (eds.) *The Ethics of Genetic Screening*. Dordrecht: Kluwer, pp. 1 – 34.
- Singer, P. (1972). 'Famine, Affluence and Morality'. *Philosophy and Public Affairs*, 1(3): 229 – 43.
- Singer, P. A., Benatar, S. R., Bernstein, M. et al. (2003). 'Ethics and SARS: Lessons from Toronto'. *British Medical Journal*. 327(7427): 1342 – 4.
- Skinner, Q. (1978). *The Foundations of Modern Political Thought*. 2 vols. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skinner, Q. (1997). *Liberty Before Liberalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skrabanek, P. (1990). 'Why is Preventive Medicine Exempted from Ethical Constraints?'. *Journal of Medical Ethics*, 16: 187 – 90.
- Solomon, J. and Murray, C. (2002). 'A Conceptual Framework for Understanding Adaptation, Coping, and Adjustment in Health State Valuations', in C. Murray,
- Solomon, C. Mathers, and A. Lopez, *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva: WHO.
- Solomon, J. and Murray, C. (2002). 'Estimating Health State Valuations Using a Multiple-method Protocol', in C. Murray, J. Solomon, C. Mathers, and A. Lopez (eds.) *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva: WHO.
- Spurrier, N. J., Sawyer, M.G., Clark, J. J., and Baghurst, P. (2003). 'Socio-economic Differentials in the Health-related Quality of Life of Australian Children: Results of a National Study'. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27: 27 – 33.
- Srinivasan, S., Deary, A., and O'Fallon, L. R. (2003). 'Creating Healthy Communities, Healthy Homes, Healthy People: Initiating a Research Agenda on the Built Environment and Public Health'. *American Journal of Public Health*, 93: 1446 – 50.
- Stoto, M. A., Almario, D. A., and McCormich, M. C. (1999). *Reducing the Odds: Preventing Perinatal Transmission of HIV in the United States*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sullivan, W. M. (1982). *Reconstructing Public Philosophy*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Sunstein, C. R. (1993). 'The Enduring Legacy of Republicanism', in S. E. Elkin and E. Soltan (eds.) *A New Constitutionalism: Designing*

- Political Institutions of a Good Society. Chicago: University of Chicago Press.
- Sunstein, C. (2005). *Laws of Fear: Beyond the Precautionary Principle*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Szreter, S. (1988) 'The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline c.1850 – 1914: A Re-interpretation of the Role of Public Health', *Social History of Medicine I*, 1 April, pp. 1 – 37.
- Taylor, C. (1985). *Philosophical Papers*. 2 vols. Cambridge: Cambridge University Press. Temkin, L. (1993). *Inequality*. Oxford: Oxford University Press.
- Tobey, J. A. (1939). 'Public Health in New York State: Report of the New York State Commission'. *Public Health Law*. New York: The Commonwealth Fund, p. 57.
- Tobin, J. (2005). 'The Challenges and Ethical Dilemmas of a Military Medical Officer Serving with a Peacekeeping Operation in Regard to the Medical Care of the Local Population'. *Journal of Medical Ethics*, 31: 571 – 4.
- Tramont, E. C. (2004). 'The Impact of Syphilis on Humankind'. *Infectious Disease Clinics of North America*, 18: 101 – 10.
- Tramont, E. C. (2005). 'Treponemion Pallidum (Syphilis)', in G. L. Mandell, J. E. Bennett, and R. Dolin, (eds.) *Principle and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone, p. 2781.
- Tsuchiya, A. (2000) 'QALYS and Ageism: Philosophical Theories and Age Weighting'. *Health Economics*, 9: 57 — 68.
- Turnbull, C. M. (1972). *The Mountain People*. New York: Simon and Schuster.
- Ulmer, J.B. and Liu, M.A. (2002). 'Ethical Issues for Vaccines and Immunization'. *Nature Reviews: Immunology*, 2: 291 – 6.
- US Department of Energy (2002). Office of Science Genome Program. 'Genetic Disease Profile: Cystic Fibrosis'. Available at: <http://www.ornl.gov/sci/techresources/HumanGenome/posters/chromosome/cf.shtml> (accessed 7/2/06).
- US National Library of Medicine/National Institute of Health (2004). Medline Plus, Medical Encyclopedia, Congenital Syphilis. Available at: www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001344.htm (accessed 18/2/06).
- US Public Health Service (1999). *The Surgeon General's Call To Action To Prevent Suicide*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

- Van den Hoven, M.A. (2006) *Reasonable Morality: Commonsense Concepts of Reasonableness in the Debate on the Limits of Morality*. Utrecht: Zeno.
- Van den Hoven, M. and Verweij, M. F. (2003). 'Should we Promote Influenza Vaccination of Health Care Workers in Nursing Homes? Some Ethical Arguments in Favor of Immunization'. *Age & Ageing*, 32: 487 – 9.
- Van Gelderen, M. and Skinner, Q. (eds.) (2002). *Republicanism: a Shared European Heritage*. 2 vols. Cambridge: Cambridge University Press.
- Verweij, M. F. (1999). 'Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine' *Bioethics*, 13: 89 – 113.
- Verweij, M. F. (2000). *Preventive Medicine Between Obligation and Aspiration*. Dordrecht: Kluwer.
- Verweij, M. F. (2005). 'Obligatory Precautions against Infection'. *Bioethics*, 19(4): 323 – 35.
- Verweij, M. F. and van den Hoven, M. A. (2005). 'Influenza Vaccination in Dutch Nursing Homes: Is Tacit Consent Morally Justified?'. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8: 89 – 95.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A. et al. (1998). 'Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, Non-specific Colitis, and Pervasive Developmental Disorder in Children'. *Lancet*, 351: 637 – 41.
- Walker, D. G. and Walker, G. J. A. (2002). 'Forgotten but not Gone: The Continuing Scourge of Congenital Syphilis'. *Lancet Infectious Disease*, 2: 432 – 6.
- Walsh, V. (1996). *Rationality, Allocation, and Reproduction*. Oxford: Clarendon Press. Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice: a Defense of Pluralism and Equality*. London: Basic Books. Walzer, M. (1987). *Interpretation and Social Criticism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Warner, K. E. (2000). 'The Economics of Tobacco: Myths and Realities'. *Tobacco Control*, 9; 78 – 89.
- Wasserman, D., Bickenbach, J., and Wachbroit, R. (eds.). (2005). *Quality of Life and Human Difference*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weiler, P. C., Hiatt, H., Newhouse, J. P. et al. (2000). *A Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wikler, D. (1978). 'Persuasion and Coercion for Health: Ethical Issues in Governmental Efforts to Change Life-styles'. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 56(3): 303 – 38.

- Wikler, D. (1987). 'Personal Responsibility for Illness', in T. Regan and D. Van DeVeer (eds.) *Health Care Ethics*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wikler, D. (1999). 'Can we Learn from Eugenics?' *Journal of Medical Ethics*, 25(2): 183 – 94. Wikler, D. (2004). 'Personal and Social Responsibility for Health', in S. Anand, F. Peter, and A. Sen (eds.) *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford: Oxford University Press, pp. 109 – 34.
- Wilfond, B. S. and Thomson, E. J. (2000). 'Models of Public Health Genetic Policy Development' in M. J. Khoury, W. Burke, and E. J. Thomson (eds.), *Genetics and Public Health in the 21st Century*. New York: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. London: Routledge. Wilkinson, S. (1999). 'Smokers' Rights to Health Care: Why the Restoration Argument is a Moralising Wolf in a Liberal Sheep's Clothing'. *Journal of Applied Philosophy*, 16: 255 – 69.
- Williams, A. (1997). 'Intergenerational Equity: an Exploration of the 'Fair Innings' Argument'. *Health Economics*, 6: 117 – 32.
- Williams, B. (1973). 'A Critique of Utilitarianism', in J. J. C. Smart and B. Williams. *Utilitarianism For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, B. (1981). 'Persons, Character and Morality', in B. Williams (ed.) *Moral Luck: Philosophical Paper 1973 – 1980*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williamson, J. (1997). 'The Washington Consensus Revisited', in L. Emmerij (ed.) *Economic and Social Development into the XXI Century*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Wilson, J. M. G. and Jungner, G. (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva: World Health Organization.
- Winslow, C. E. A. (1920). 'The Untilled Fields of Public Health'. *Science*, 51: 23.
- Wolff, J. (forthcoming). 'Risk, Fear, Blame, Shame and the Regulation of Public Safety'. *Economics and Philosophy*.
- Wolin, S. S. (1968). 'Political Theory: Trends and Goals', in D. S. Sills (ed.) *International Encyclopedia of the Social Science*, vol. 12: 318 – 31. New York: Macmillan Co.
- Wong, M. D., Shapiro, M. F., Boscardin, W. J., and Ettner, S. L. (2002). 'Contribution of Major Diseases to Disparities in Mortality'. *New England Journal of Medicine*, 347: 1585 – 92.

- Wood, G. S. (1972). *The Creation of the American Republic, 1776 – 1787*. New York: Norton.
- WHO (World Health Organization) (1946). *Constitution of the World Health Organization*, New York, 22 July. Available at: <http://www.who.int/governance/en/> (accessed: 28/1/06).
- WHO (World Health Organization) (1983). *International Health Regulations*. Available at: <http://www.who.int/csr/ihr/current/en/> (accessed 23/3/06).
- WHO (World Health Organization) (2000a). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2000b). *World Health Report 2000*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2002a). *Current and Future Long-Term Care Needs*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2002b). *Lessons for Long-Term Care Policy*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2002c). *State of the World's Vaccines and Immunization*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2003). *Ethical Issues in Long-Term and Home-Based Care*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2004). *The Millennium Development Goals and Tobacco Control*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) (2005). *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Report for the WHO African Region: 2005 Update*. Geneva: WHO.

DİZİN

- *adil oyun sırası (fair innings) 7.2.4
- *ahlak (morality) 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6, 4.4.3, 4.4.7, 5.1-5.16, 6.-6.2, 7.2.4, 7.3.1, 7.3.2, 8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 9.3, 9.5, 10.-10.6, 11.2, 11.3.1, 11.3.2, 12., 12.2,
- *ahlakın sınırları tartışması (debate on the limits of morality) 8.2
- ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu (SARS) 1.2, 5.13, 8.4, 9.
- *ampirizm (empiricism) - her bilginin deneyimlere dayalı olarak derlenmesini savunan felsefe dalı 2.2, 3.5.2, 4.3, 4.4, 7.1, 7.3.4, 10.1, 11.4.1
- aşı 1.2, 1.4, 2.5, 4.4.6, 6.1-6.3, 6.4, 7.1,7.2.1, 7.3.1, 8.2, 10., 10.1, 10.3, 10.5
- aşılama, bağışıklama 1.2-1.4, 2.4, 2.6, 3.5.1, 4.1, 4.2, 5.19, 6.-6.4, 7.2.2, 8.1-8.5, 10.-10.6
- aydınlatılmış onam 6.3, 9.3 -9.5, 11.6, 12.5
- bakımevleri (nursing homes) 8.3-8.3.2
- bedavacılar (free riders) 1.4, 3.5.1, 3.6, 6.2, 10.1,10.2, 10.5
- *belirleyicilik (determinism) 11.5.2
- Bentham, J.2.4, 3.2.2, 3.3
- bilimsel gerçekçilik (scientific realism) 6.-6.4
- cemaatçilik, toplulukçuluk (communitarianism) 1.4, 3.3,
- cumhuriyetçilik (republicanism) 3.1-3.6
 - yurttaş temelli cumhuriyetçilik (civic republicanism) 3.1, 3.3
- çoğulculuk (pluralism) 3.3, 11.2,11.3, 11.5.4
- demokrasi 3.2.1, 3.2.2, 3.3, 3.5.1, 4.2, 4.3.3, 6., 6.1, 6.4, 11.2, 11.3, 11.5.4
- devletin sorumluluk ve yükümlülükleri 1.4, 2.2, 2.2.2, 2.2.3, 2.3, 2.5, 3.2.1, 3.3, 3.5.3, 4.1-4.5, 5.3, 5.16, 6.3, 7.2.4, 9.5, 11.1, 11.2, 11.3.2, 11.5.4, 12.3
- dışsallıklar (externalities) 3.5.1, 11.4.3
- Duchenne Kas Distrofisi (Duchenne Muscular Dystrophy) 12.1, 12.3.1, 12.3.2, 12.5
- *düzeltilebilme ve temyiz koşulu (revisability and appeas condition) 7.3.4
- *ek yarar olmaması ilkesi (non-additional benefit argument) 10.4, 10.5
- epidemik 1.2, 3.5.2, 4.4.7, 5.14, 8.3.1
- *epistemoloji (epistemology) - bilginin kaynağını, niteliğini ve sınırlarını araştıran bilim dalı 2.2
- erdem (virtues) 3.2, 3.4, 3.5
 - yurttaşlık erdemi (civic virtue) 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.2, 3.6
- eşitçilik (egalitarianism) 7.3.2,
- *etken, temsilci, uygulayıcı insan, etkin özne (agent) 8.2
- Feinberg, J.3.2.1, 10.2, 11.3
- fenilketonüri (PKU) 9., 12.1, 12.3.2
- *gestalt kayması (gestalt switch) - bir konudaki anlayış, inanç veya hislerin bir bütün olarak farklılaşması, değişmesi. 3.2, 3.5.2,

- gonore 9.
- *görecilik, bağıntıcılık (relativism) 6.
- hakkaniyet (equity) 5.6, 7.1, 7.2.1, 7.3.4
- sosyo ekonomik hakkaniyetsizlik 4.4.2, 4.4.4, 4.5, 5.15, 5.16
- çevre sağlığında hakkaniyetsizlik 5.11
- küresel sağlıkta hakkaniyetsizlik 5.16, 5.17, 5.18
- halk (the public) 2.4, 3.2.2, 3.5, 3.5.2-3.6
- halk sağlığı
- tanım 1.4, 2.1-2.7
- halk sağlığını korumaya yönelik yasalar 4.4-4.5
- halk sağlığının değerleri 4.3, 4.3.1
- klinik tıptan farklılığı 1.2, 3.2.2, 5.2-5.4, 9., 12., 12.4
- halk sağlığı etiği 1.1-1.4, 2.6, 2.7, 3.1-3.6
- halk sağlığı mensupları 1.2, 3.2.1, 3.2.2, 3.6, 4.3
- halk sağlığı önlemleri, uygulamaları 1.2, 1.4, 2.1-2.7, 4.4-4.5, 11.5.2, 11.5.3
- halk sağlığı programları 1.2, 1.4, 8.1, 8.5, 11.3
- halk sağlığı sorunları 1.2, 2.1-2.2.1, 3.1, 3.2.2, 4.4, 4.4.1, 11.5.3
- halk sağlığı yasası 4.-4.5
- hepatit B 2.4, 2.6, 9.
- HIV/AIDS 1.2, 1.3, 3.6, 4.4.7, 5.5, 5.13, 5.16, 5.20, 9., 9.5, 9.6
- *hukukun üstünlüğü, hukuk devleti (Rule of law) 3.5.2
- Huntington hastalığı 9.
- *ısrarcılığa karşı çıkma, ısrarcılığın reddetme (demandigness objection) 8.1, 8.4, 8.4.2,
- ihtiyatlılık ilkesi (precautionary principle) 3.5, 6.4
- influenza (grip) 1.2, 1.4, 8.1-8.5
- kuş gribi 5.13, 8.2, 8.4
- insan hakları 3.1, 4.3.1, 5.4
- kabakulak 6., 6.1, 6.2 bkz. KKK
- kamu malı, yararı (public goods) 1.2, 2.4, 3.5.1, 4.2, 4.3.2, 6., 6.3, 10-10.6, 11.4.3-11.6
- özel mallar karşısı 1.2, 2.4,2.5
- tanımlama 2.4, 3.5.1, 10.1
- *kamuşallık koşulu (publicity condition) 7.3.4
- Kant, I. 10.5
- *KAYY, kaliteye ayarlanmış yaşam yılları (QALY) 7.2.1
- karantina 1.2, 3.2.1, 9., 10.1
- kesişen ve birbirine uyan çıkarlar (convergent and congruent interests) 8.3.1
- kızamık 6., 6.1, 6.2 bkz. KKK
- kızamıkçık 6., 6.1, 6.2, 9., 10.1 bkz. KKK
- kistik fibrozis 9.,9,2-9.5, 6.3
- KKK (kızamık-kabakulak-kızamıkçık) aşısı 6.- 6.2, 6.4

- kolektif eylem (collective action) 2.3, 2.5, 3.5.1, 8.3.1, 11.5
kolektif mallar ve idealler (collective goods and ideals) 8.3.1
 kamu malları (public goods) bkz.
kolektif önlem, müdahale (collective intervention) 2.3, 2.5
*koşulsuz buyruk, kesin buyruk (categorical imperative) 10.5
liberalizm 1.3, 3.1-3.3, 3.4, 3.5.2-3.6, 4., 4.1, 10.2, 10.6, 11.2, 11.3.1, 11.5.4
Machiavelli 3.3
MEA (CEA-cost effectiveness analysis) 5.5, 5.6, 7.
 Maliyet kazanç (cost benefit) 7.1
Mill, J. S. 10.2, 11.3
*normatif (normative) - bir kural değeri/gücü taşıyan, bir örneğe ilişkin,
 kuralcı 2.2.2
nüfusun sağlığı (population health) 4.3-4.3.2, 5.1-5.21
*ontoloji (ontology) - temel sorunu varlık olan felsefi disiplin, varlık ya da
 varoluş ile bunların temel kategorilerinin araştırır. 3.2.2,
 orak hücreli anemi 9.
Ortak Kaynakların Paylaşım Trajedisi, Kamusal Mülkiyet Trajedisi (Tragedy
 of Commons) - Başkalarının da zarar göreceğini düşünmeden sorumsuz
 davranma – ekonomi terimi 3.5.2, 4.2
ortak yarar, fayda (common good) 2.6, 3.2, 3.2.1, 3.4, 3.5.1, 3.5.2, 3.6, 4.1,
 4.2
 toplam, birikmiş çıkarlardan (aggregated interests) farklı olarak 3.2.2,
 3.4
 yurttaşlık erdemi (civic virtue) ile ilgili 3.4
otizm 6,6.1, 6.4
*ödemeye isteklilik, razı olma (willingness-to-pay) 5.10
özgürleştiricilik (libertarianism) 3.1, 4.1, 4.4.5
*özveri, fedakarlık, özgecilik (altruism) 3.5.2
pandemi 1.2, 5.13, 5.20
paternalizm - babacılık, buyurganlık 3.2.1, 9.5, 10.2, 11., 11.2
Rawls,J. 3.2.1, 7.3.2, 10.1, 10.5
Rose,G. 8.1, 5.18, 4.1, 2.3
sağlığı geliştirme (health promotion) 1.2, 1.3, 2.5, 3.2.2, 3.6, 4.1, 4.4.1, 4.5,
 5.3, 6.2, 11.2, 11.3.2, 11.5.3
sağlığın belirleyicileri 2.2, 2.2.1, 2.2.3, 2.4, 4.4.5, 5.1, 5.17, 5.18, 8.2, 8.3.2,
 11.5, 11.6
sağlık bilgisi bkz. sağlığı geliştirme
sağlık bkz. halk sağlığı
 sağlığın tanımı (DSÖ) 2.2.1
sağlık eğitimi bkz. sağlığı geliştirme
sağlık etkenleri bkz. sağlığın belirleyicileri
sağlık ölçütleri (health measurement) 5.7

- Scanlon, T. 7.3.1, 8.4.2
- seçme, seçim (choice) 3.2.1, 4.2, 6, 8.2, 9., 9.5, 10.4, 11.1, 11.4.3, 11.5, 11.5.1, 11.5.2, 12.3, 12.4, 12.5
- seyahat 5.13, 6.2, 10.3, 10.4
- sifiliz 9., 9.1-9.6
- tanı testi 9.3
- tarama 9.3
- sigara içme 1.3, 1.4, 2.1, 2.5, 4.4.1, 4.4.3, 5.2, 7.2.3, 11.1-11.6
- pasif içicilik 11.2, 11.3, 11.3.2
- sonuç odaklılık, sonuçsalcılık (consequentialism) 1.3, 1.4, 7.3.1, 8.5
- sorumluluk 2.2.2, 2.7, 3.2, 3.2.1, 3.5.1, 3.5.3, 4.1, 4.2, 5.2, 5.3, 6.1, 6.3, 8.3.1, 11.3.2, 11.6, 12.5
- bireysel sorumluluk 4.1, 5.2, 5.3
- toplu-kolektif sorumluluk 2.2.2, 4.1, 11.6
- meslek sorumluluğu 8.4.1
- soyun niteliğini koruma (eugenics) 5.12
- sözleşmeye dayanma, sözleşmecilik (contractarianism) 1.4, 3.1, 3.2.2, 3.3, 3.5.2, 3.6, 11.3
- tarama 1.3, 2.2.1, 2.5, 5.12, 7.3.3, 8.1, 9.2-9.5, 12.-12.5
- yenidoğan/neonatal 9.2, 12.-12.5
- taşıyıcı tarama 9.3
- kanser tarama 1.3, 2.5, 8.1
- Tay-Sachs 9.
- temasın izini sürme (contact tracing) 9.3
- tercih (preference) 5.7, 7.2.1, 11.1-11.6, 12.5
- test yapma 2.6, 4.4.7, 5.12, 5.13, 9.1-9.6, 12.1
- genetik 9.3, 9.4, 12.1
- evlilik öncesi 9.1
- toplama, birleştirme, yekün tutma, kümelenme (aggregation) 2.4, 3.2.2, 3.5, 3.5.1, 3.6, 4.2, 7, 8.4.1, 11.2, 11.4.
- toplum korunması, kitle korunması (herd protection) 1.2, 1.4, 2.5, 3.5.1, 4.2, 8.3, 10.-1.6
- toplum bağışıklığından-kitle bağışıklığından farkı 10.1
- *toplumsal sermaye (social capital) 3.2.1, 4.4.3
- *toplumsal uzlaşma (civic consensus) 3.5.2
- *uygulanmalı etik (applied ethics) 10.
- *uygunluk, geçerlik koşulu (relevance condition) 7.3.4
- üzerinde konuşulmayan (beklentiye dayanan) çıkar sözleşmesi olması (contractualism) 7.3.1, 8.4.2
- vergiler 2.5, 4.1, 4.4.1, 4.5, 10.5, 11.2
- Wilson ve Jungner 9.5, 12.1, 12.5

- *yaptırım ve düzenleme koşulu (enforcement and regulation condition)
7.3.4
- zarar sağlama (beneficence) / zarar vermeme (non-maleficence) 10.2, 10.3
- yararcılık, faydacılık (utilitarianism) 3.1, 3.2.2, 3.3, 3.4, 7.3, 8.2, 8.4.1, 11.2,
11.4.2, 11.6
- yaş
- ve adalet 5.5-5.6, 5.14, 7.2.4
- risk faktörü olarak 8.3
- *Yaşam Kurtarma Benzeşimi (Life Saving Analogy) 8.2
- zarar verme ilkesi (harm principle) / başkalarına zarar verme (harm to
others) 1.2, 1.4, 2.5, 3.2.1, 4.4.2, 4.4.3, 6.2, 8.2, 8.3.1, 10., 10.2-10.6, 11.,
11.3, 11.3.1, 11.3.2, 11.4.3, 11.5, 11.5.3
- zorlama (coercion) 1.2, 3.2.1, 6.3, 9.6