



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52 - 53 e-posta: ttb@ttb.org.tr http://www.ttb.org.tr

FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI / KİTAPLARI - 2009

Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler

FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI / KİTAPLARI - 2009 Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler



ISBN 978-605-5867-22-5



SAĞLIKLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ
AVRUPA KONSEYİ
BİRLEŞMİŞ MİLLETLER
UNESCO
AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU



SAĞLIKLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ
AVRUPA KONSEYİ
BİRLEŞMİŞ MİLLETLER
UNESCO
AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU

*Birinci Baskı, Haziran 1998, Ankara
İkinci Baskı, Ekim 2009, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

ISBN 978-605-5867-22-5



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53
e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

▪ İÇİNDEKİLER	3
▪ SUNUŞ (2. BASKI).....	9
▪ SUNUŞ (1. BASKI).....	10
BÖLÜM: I DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGELERİ	11
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ	13
▪ CENEVRE BİLDİRGESİ MESLEKİ BAĞLILIK YEMİNİ	15
▪ HEKİMLİK AHLAKI ULUSLARARASI YASASI	16
▪ BÜTÜN ULUSAL BAKIM SİSTEMLERİ İÇİN SAĞLIK BAKIMI SUNULMASINDA ON İKİ İLKE	18
▪ HELSİNKİ BİLDİRGESİ İNSANLAR ÜZERİNDEKİ BİYOMEDİKAL ARAŞTIRMALAR İÇİN HEKİMLERE YOL GÖSTERİCİ ÖNERİLER	20
▪ AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN DUYURU.....	23
▪ SİDNEY BİLDİRGESİ ÖLÜME İLİŞKİN DUYURU	24
▪ OSLO BİLDİRGESİ TEDAVİ AMAÇLI DÜŞÜĞE İLİŞKİN DUYURU.....	25
▪ BİLGİSAYARLARIN TIPTA KULLANILIŞINA İLİŞKİN DUYURU.....	26
▪ TOKYO BİLDİRGESİ TUTUKLULUK VE HAPİS SIRASINDAKİ İŞKENCE VE ÖTEKİ ZALİMCE, İNSANLIKDIŞI YA DA AŞAĞILAYICI İŞLEM VE CEZALARA İLİŞKİN OLARAK TIP DOKTORLARI İÇİN KILAVUZ	27
▪ SAO PAOLO BİLDİRGESİ ÇEVRE KİRLİLİĞİNE İLİŞKİN DUYURU	29
▪ HEKİMLERİN ÖLÜM CEZALARINA KATKILARIYLA İLGİLİ KARAR.....	31
▪ LİZBON BİLDİRGESİ HASTA HAKLARI	32
▪ VENEDİK BİLDİRGESİ ÖLÜMLE SONUÇLANACAK HASTALIK	33
▪ BOKS YAPMAYA İLİŞKİN ÖNERİLER	34
▪ HEKİMLİK ALANINDA ÇALIŞANLARIN İNSAN HAKLARINA VE BİREYSEL ÖZGÜRLÜKLERİNE İLİŞKİN BİLDİRGE	36
▪ RUH SAĞLIĞINA YÖNELİK (PSİKOTROP) İLAÇLARIN KULLANILIŞI VE KÖTÜYE KULLANILIŞINA İLİŞKİN DUYURU	37
▪ CANLI ORGANLARIN TİCARETİNE İLİŞKİN DUYURU.....	38
▪ AÇLIK GREVLERİ KONUSUNDA MALTA BİLDİRGESİ.....	39
▪ SPOR HEKİMLİĞİNDE SAĞLIK BAKIMININ İLKELERİNE İLİŞKİN BİLDİRGE	41
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN HAKLARI KONUSUNDAKİ KARARI (DTB 42. GENEL KURULU, KALİFORNİYA, EKİM 1990).....	43
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN HAKLARI BİLDİRGESİ.....	44
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HEKİM YARDIMLI İNTİHAR İÇİN TUTUMU.....	45

▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ TOPLANTILARA KATILMA ÖZGÜRLÜĞÜ KONUSUNDA TUTUMU.....	46
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KİMYASAL VE BİYOLOJİK SİLAHLAR KONUSUNDAKİ BİLDİRGESİ.....	47
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIPTA YANLIŞ UYGULAMA KONULU DUYURUSU(MALPRACTICE)	48
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ HİZMETİN STANDARDI İÇİN MESLEKİ SORUMLULUKLA İLGİLİ KARARI	50
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN 48. GENEL KURULU (EKİM 1996) DR. RADOVAN KARADZIC'E İLİŞKİN KARARI.....	51
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AİLE PLANLAMASI VE KADINLARIN(KORUNMA) DOĞUM KONTROL HAKLARI KONUSUNDAKİ KARARI.....	52
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SİLAHLAR VE SİLAHLARIN YAŞAM/SAĞLIKLA OLAN İLİŞKİLERİ HAKKINDAKİ KARARI.....	54
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN GENETİK KOPYALAMA KONUSUNDAKİ KARARI	56
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜTÜN ÜRETİM, İHRAÇ, İTHAL, SATIŞ VE REKLAMINA İLİŞKİN DUYURUSU.....	57
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRİSİ IN-VITRO DÖLLENME VE EMBRİYO TRANSPLANTASYONU	58
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ GEÇİCİ BİLDİRİSİ AIDS	61
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ AIDS HASTALARININ TEDAVİ ETMEDE HEKİMLERİN MESLEKİ SORUMLULUĞU.....	63
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ HIV EPİDEMİSİ İLE ORTAYA ÇIKAN KONULAR	65
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ GENETİK DANIŞMA VE GENETİK MÜHENDİSLİĞİ.....	67
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ İNSAN GENOMU PROJESİ.....	69
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ BİYOMEDİKAL ARAŞTIRMADA HAYVAN KULLANIMI	72
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ JENERİK İLAÇ UYGULAMASI	74
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KIRSAL ALANLARDAKİ TIBBİ BAKIMLARLA İLGİLİ ÖNERİLERİ.....	76
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ ÇEVRESEL VE DEMOGRAFİK KONULARDA HEKİMLERİN ROLÜ.....	78
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ RANCHO MIRAGE BİLDİRGESİ TIP EĞİTİMİ	80
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ TIP EĞİTİMİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BEŞİNCİ DÜNYA KONFERANSI	83
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜBERKÜLOZUN İLAÇ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ DUYURUSU.....	85
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN EKONOMİK AMBARGO VE SAĞLIK İLE İLGİLİ KARARI.....	86
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KLONLAMA KONUSUNDAKİ BİLDİRGE TASLAĞI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ	87
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ ÖNERİSİ KLONLAMA	89

▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İŞKENCEYE KATILMAYI REDDEDEN HEKİMLERLE İLGİLİ BİLDİRGESİ.....	90
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ SAĞLIK BAKIMINDA DEVAMLILIK KALİTE GELİŞTİRME KONUSUNDA ANA HATLAR.....	92
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ TÛTÛN ÜRÛNLERİNİN SAĞLIK TEHLİKELERİ.....	95
▪ ŞİDDET VEYA KÖTÛ MUAMELE KULLANIMI KONUSUNDA VEYA DÛŞKÛNLÛK YARATAN TEDAVİLERDE YER ALMAYI KABUL ETMEYEN VEYA BUNA ZORLANAN TIP DOKTORLARINA DESTEK İLE İLGİLİ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ HAMBURG BİLDİRGESİ.....	97
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ AÇIKLAMASI CİDDİ KRİMİNAL SALDIRILAR İÇİN HEKİMLERİN DAVACIDAN KORUNMASININ BELGELENMESİ.....	99
▪ KADINLARIN SAĞLIK BAKIMINA ULAŞMASINI YASAKLAYAN VE AFGANİSTAN'DA KADIN HEKİMLERİN MESLEKTEN MENEDİLMESİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ ÇÖZÜMÜ	100
▪ WMA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ EVDE TIBBİ GÖZLEM, “TELE-TIP” VE TIP AHLAK YASALARI.....	101
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ KADININ DOĞUM KONTROL HAKKI	103
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ FELAKET OLAYINDA TIP AHLAK KURALLARI.....	104
▪ DÜNYADAKİ MÛLTECİ PROBLEMİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ.....	107
▪ ÇOCUKLARIN HIRPALANMASI VE İHMALİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ TUTUMU	108
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ AHLAKİ STANDARTLAR PRENSİBİNE YENİDEN ADANMA KONUSUNDA BİLDİRGESİ	111
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İŞYERİ GÛVENLİĞİ KONUSUNDAKİ GÖRÛŞÛ.....	112
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SİLAHLI ÇATIŞMA DÖNEMLERİNE İLİŞKİN KURALLAR.....	113
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KIRSAL BÖLGELERDEKİ TIBBİ BAKIMA İLİŞKİN ÖNERİLERİ.....	115
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ÖTANAZİ BİLDİRGESİ.....	117
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN OLAĞANDIŞI DURUMLAR İÇİN TIP ETİĞİ BİLDİRGESİ.....	118
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN “BİR İLACIN YERİNE BAŞKA BİR İLACIN VERİLMESİ” İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ.....	122
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AVIAN İNFLUENZA İLE İLGİLİ KARARI.....	124
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN MESLEKİ ÖZERKLİK VE ÖZ-DÛZENLEME İLE İLGİLİ MADRİD BİLDİRGESİ	125
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK BAKIMINDA KADIN HAKLARI, BU KONUNUN ANNEDEN ÇOCUĞA HIV ENFEKSİYONU BULAŞINDAN KORUNMAYLA İLİŞKİSİ KONUSUNDA KARARI.....	127
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ.....	129
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ALKOLÛN TOPLUM VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİNİ AZALTMAYA YÖNELİK BİLDİRGESİ	132

▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KADIN SÜNNETİNE İLİŞKİN BİLDİRGESİ.....	135
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ÖTANAZİ DEKLARASYONU.....	137
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HEKİM YARDIMLI İNTİHAR BİLDİRGESİ.....	138
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KIZ FETUSLARIN ÖLDÜRÜLMESİNE İLİŞKİN KARARI.....	139
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TOKYO DEKLARASYONU TUTUKLULUK VE HAPİS SIRASINDAKİ İŞKENCE VE ÖTEKİ ZALİMCE, İNSANLIK DIŞI YA DA AŞAĞILAYICI İŞLEM VE CEZALARA İLİŞKİN HEKİMLER İÇİN REHBER.....	140
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ SORUMLULUK REFORM BİLDİRGESİ.....	142
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TELETIP ETİĞİ RAPORU.....	145
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AİLE PLANLAMASI VE KADININ KONTRASEPSİYON HAKKI ÜZERİNE RAPORU.....	147
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN GÜRÜLTÜ KİRLİLİĞİ ÜZERİNE RAPORU.....	148
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN SAĞLIĞA ZARARLARI ÜZERİNE BİLDİRGESİ.....	150
▪ DÜNYA TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN İŞKENCE YA DA ZALİMCE/İNSANLIK DIŞI/ONUR KIRICI MUAMELELERİN BELGELENDİRİLMESİ VE İHBAR EDİLMESİNDE HEKİMLERİN SORUMLULUĞUNA İLİŞKİN KARARI.....	153
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIP EĞİTİMİNİN NİTELİĞİNİ GELİŞTİRMEK İÇİN DÜNYA TIP EĞİTİMİ FEDERASYONU KÜRESEL STANDARTLAR İLE İLGİLİ KARARI.....	157
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SU VE SAĞLIK İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ.....	158
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ŞİDDET VE SAĞLIK İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BİLDİRGESİ.....	160
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN BİYOLOJİK SİLAHLAR KONUSUNDA WASHINGTON BİLDİRGESİ.....	162
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HAPİSHANE KOŞULLARI/TÜBERKÜLOZ VE DİĞER BULAŞICI HASTALIKLARIN YAYILIMI KONUSUNDA EDİNBURG BİLDİRGESİ.....	166
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ORGAN BAĞIŞI VE NAKLİ ÜZERİNE RAPORU.....	168
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ULUSLARARASI HEKİMLİK ETİĞİ.....	173
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ ETİK GÜNÜ'NÜN BELİRLENMESİ ÜZERİNE KARARI.....	175
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN CENEVRE BİLDİRGESİ.....	176
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK VERİTABANLARI İLE İLGİLİ ETİK DÜŞÜNCELER BİLDİRGESİ.....	177
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIKLA İLGİLİ ACİL DURUMLARDA İLETİŞİM VE KOORDİNASYON HAKKINDA RAPORU.....	181
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN ÜREME MATERYALİNİN TİCARİLEŞTİRİLMEMESİ KARARI.....	184
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN YAŞLI İSTİSMARI ÜZERİNE HONG KONG BİLDİRİSİ.....	185
▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN EKONOMİK KRİZİN SAĞLIK ÜZERİNE OLASI ETKİLERİYLE İLGİLİ KARARLARI.....	187

▪ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN NÜKLEER SİLAHLAR ÜZERİNE BİLDİRGESİ.....	188
BÖLÜM: II.....	189
AVRUPA KONSEYİ DOKÜMANLARI	189
▪ AVRUPA KONSEYİ:	191
▪ AVRUPA SOSYAL ŞARTI.....	193
▪ BİYOLOJİ VE TIBBIN UYGULANMASI BAKIMINDAN İNSAN HAKLARI VE İNSAN HAYSİYETİNİN KORUNMASI SÖZLEŞMESİ TASARISI: İNSAN HAKLARI VE BİYOTIP SÖZLEŞMESİ	208
BÖLÜM: III	219
▪ ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞME	221
▪ UNESCO XXIX. GENEL KONFERANSI İNSAN GENOMU VE İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİ (11 KASIM 1997)	237
▪ UNESCO GENEL KONFERANSININ XXIX. DÖNEMİNDE KABUL EDİLEN KARAR İNSAN GENOMU VE İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİNİN UYGULANMASI	242
▪ BİYOBANKALAR VE BİYOETİK: DNA BANKALARI ÇERÇEVE KURALLARI.....	243
▪ DNA BANKASI ÇERÇEVE KURALLARI	245
▪ GENETİK DANIŞMA ÇERÇEVE KURALLARI	248
BÖLÜM: IV AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU KARARLARI.....	255
▪ TABİP BİRLİKLERİ VE DSÖ AVRUPA FORUMU TÜTÜN BİLDİRGESİ	257
▪ AVRUPA TABİP BİRLİKLERİNİN MAYINLARLA İLGİLİ KARARI (KOPENHAG, 7 ŞUBAT 1997)	258
▪ AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU'NUN SAĞLIK KAYNAKLARI İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ, 1998.....	259
▪ AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ FORUMU'NUN KAYNAKLARIN TEDAVİ EDİCİ, KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİYLE SAĞLIĞIN PROMOSYONUNA DAĞILIMI KONUSUNDAKİ BİLDİRGESİ (BASEL, 1998).....	260
▪ AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ FORUMU TÜTÜN DUYURUSU (BASEL, 1998).....	261
▪ AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUM BİLDİRİLERİ, 1998 KOSOVA'DA SIVİL HALKA YÖNELİK TEHDİTLER İÇİN BİLDİRİ	262
▪ DİZİN	263

SUNUŞ (2. BASKI)

“Sağlıkla İlgili Uluslararası Bildirgeler” kitabını 1998 yılında derleyen ve hazırlayan Sevgili Dr. Füsün Sayek’in Sunuş yazısından Dünya Tabipler Birliği (DTB) bildirgelerinin 1987 yılına kadar olanlarının Dr. Hüray ve Caner Fidaner tarafından derlenip Ankara Tabip Odası’na bastırılmış olduğunu öğreniyoruz. Füsün Ablanın hazırladığı bu kitapta Dünya Tabipler Birliği Bildirgeleri yanı sıra Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi ve Avrupa Şartı ile Avrupa Tabip Birlikleri Forumu (ATBF)’nin bildirileri de yer almaktaydı.

O dönemden bugüne kadar yararlanmış olduğumuz kitap aracılığı ile “İleride sağlık alanı ile ilgili, uyulması gerekli tüm mevzuatı içeren bir kitaba dönüşmesi” dileğini paylaşan Füsün Ablamızın, bu dileğini bir ölçüde gerçekleştirmiş olmanın mutluluğunu yaşıyoruz.

Füsün Ablaya karşı duyduğumuz saygı ve sevgi onu yitirdikten sonra bizlere onun başlatmış olduğu çalışmaları sürdürme sorumluluğunu da vermekte. DTB bildirgelerinin güncellenerek okurlara sunulması bu sorumluluklardan yalnızca birisi. İşte bu nedenle bizler 1998 yılından bu yana DTB tarafından gündeme taşınmış bildirgelerden seçki yaparak derlemeye çalıştık. Seçki yaparken de ülkemiz gereksinimlerine öncelik vermeye çaba gösterdik. Bildirgelerin çevirilerinde özendiğimiz ayrıntı birebir çeviriden daha çok bildirgenin verdiği anlamın okuyucu tarafından anlaşılmasına katkı sağlamak oldu.

Siz değerli okurların bu kitaptan yararlanırken duyduğumuz sorumluluğu hissedebilmeniz dileğiyle.

Hazırlayanlar:

Dr. Nüket Örnek-Büken

Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Dilek Aslan

Dr. Fehminaz Temel

Dr. Orhan Odabaşı

SUNUŞ

(1. BASKI)

Üyesi olduğumuz Dünya Tabipler Birliği (DTB)'nin bildirgeleri hepimiz için yol gösterici olmak yanı sıra uymak zorunda da olduğumuz görüşleri içerir. Bu kitapta; 1987'ye kadar olanları Dr. Hüray ve Caner Fidaner tarafından derlenip, Ankara Tabip Odası tarafından bastırılan yayından alınmak üzere çevrilen bildirgeleri bulacaksınız. Dr. Fidaner'lere emekleri ve onayları için teşekkür ediyoruz. Kendilerinin de belirttiği gibi bu resmi dökümanların tam çevirisi çok kolay olamamakta, resmi çeviriye uyma zorunluluğu zaman zaman anlaşılabilirliği zorlayabilmektedir. Dünya Tabipler Birliği Bildirgelerini meslektaşlarımıza sunmanın yararlı olacağına inandık. Ayrıca bu yayına Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi ve Avrupa Şartı ile, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu (ATBF)'nin bildirimlerini de ekledik.

İleride sağlık alanı ile ilgili, uyulması gerekli tüm mevzuatı içeren bir kitaba dönüşmesini dilediğimiz bu yayın Sultan Bike Çeçen olmadan gerçekleşemezdi. O'na teşekkür ediyoruz.

Derleyen ve Hazırlayan:
Dr. Füsün Sayek

BÖLÜM: I

Dünya Tabipler Birliği Bildirgeleri

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ

1926'da kurulmuş olan "Uluslararası Tabipler Birliği"nin (L'Association Professionale Internationale des Medecins) üye sayısı yirmi üçe ulaşıyordu. Ancak bu birliğin çalışmaları İkinci Dünya Savaşı'nın patlak vermesi üzerine kesildi. 1945 yılı Temmuz ayında, çeşitli ülkelerden gelen hekimler, bu kuruluşun yerini alacak uluslararası bir tıp birliği kurmak üzere Londra'da resmi olmayan bir toplantı yaptılar. Bu şekilde doğan yeni kuruluşun adı Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association)* oldu. 18 Ekim 1947 günü, yirmi yedi ulusal tıp birliğinden gelen temsilciler, Cenevre'de Dünya Tabipler Birliği'nin Birinci Genel Kurultayı'nda bir araya geldiler ve "her ülkeyi en yüksek düzeyde temsil eden ulusal tıp birliklerinin oluşturduğu konfederasyon"un Anayasasını ve yönetmeliklerini kabul ettiler. Ertesi yıl, Yürütme Kurulu (şimdiki adıyla Konsey) yazmanlıkların yönetim merkezi olarak en uygun yerin New York kenti olduğuna karar verdi. 1964 yılı Temmuz ayında Dünya Tabipler Birliği, New York eyalet yasalarına göre, kar amacı gütmeyen, eğitsel ve bilimsel bir örgüt olarak tanındı ve kendisine her türlü vergiden bağışıklık statüsü verildi. Daha sonraları hem ekonomik nedenlerle, hem de İsviçre'deki öteki sağlık örgütleriyle ilişkilerin kolaylaşması için yönetim merkezleri, Fransa sınırına çok yakın olan ve Cenevre yolu üzerinde bulunan Ferney-Voltaire'e taşındı. 1974'ten bu yana, çalışmalar burada sürdürülüyor. Örgüt halen New York eyalet yasalarının kapsamındadır ve aynı ayrıcalıklardan yararlanmaktadır.

Dünya Tabipler Birliği, sık sık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organisation) ile karıştırılmaktadır. Her iki örgüt de uluslar arası sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir. Ancak DSÖ, Birleşmiş Milletlerin, bütçesi hükümetler tarafından oluşturulan bir kuruluştur. Hükümetlerin asıl özellikleri genel anlamdaki politikaları olduğundan, DSÖ için kaçınılmaz olarak politik etkileri söz konusu olmaktadır. Öte yandan Dünya Tabipler Birliği'nin bütçesi bunun tersine, dünya yüzündeki bir milyonu aşkın hekimi temsil eden gönüllü ulusal tabip birlikleri tarafından sağlanmaktadır. Hekimler ise, hastalarının çıkarlarını en önde tutacaklarına; ırkı, inancı, siyasal bağlılığı ya da toplumsal durumu ne olursa olsun herkese, olabilecek en üstün sağlık bakımının ulaşabilmesi için uğraşacaklarına yemin etmiş kişilerdir. Dünya Tabipler Birliği, kendi başına siyaset dışıdır ve dilleri, kültürleri, sağlık bakımı sunan sistemleri birbirinden farklı olan, ama hepsi de aynı ülkeleri paylaşan ve hastalarını kurtarmak için kendilerinden başka hiç kimseye sorumlu olmayan geniş bir üye çevresini kapsamaktadır.

Birçok kişi, Dünya Tabipler Birliği'nin ne yaptığını merak eder. Birliğin işleri her zaman için ağız sözlü tartışmalara olanak sağlayan, özgür, açık bir forum oluşturmak olmuştur. Bu tartışmalar klinik sorunlarda değil, tıp ahlakı, tıp eğitimi, tıbbi toplumsal olaylar ve genel olarak güncel tıp konuları gibi alanlarda yürütülmektedir. Bu tartışmaların sonucunda, doğru davranış biçiminin kesin olmadığı durumlar için yararlı birer yol gösterici olabilecekleri umuduyla hekimlere yönergeler sunulmakta, bu yönergelere dayalı olarak uluslararası bir oydaşlık sağlanabilmektedir. Dünyanın her bölgesinden çok sayıda tıp uzmanının görüşlerinin değerlendirildi-

* The World Medical Association 28 avenue des Alpes 01210 Ferney-Voltaire-FRANCE

rilmesiyle ortaya çıkmış olan "Dünya Tabipler Birliği görüşü" bir yetke taşımaktadır. Ancak Birliğin başka bir zorlayıcı gücü yoktur ve olması için de uğraşılmamaktadır. Buna karşın, yönergeler ve duyurular, yıllardır ulusal ve uluslararası tartışmalarda büyük bir ağırlık taşımaktadır.

Bu kitapçık, Dünya Tabipler Birliği'nin çeşitli sorunlara ilişkin tutumunu saptamak amacıyla, konsey tarafından oluşturulmuştur. Kitapçıkta yer alan bildirgelerden bir kısmının yeni bilgiler ışığında yeniden gözden geçirilmesi gerektiği gibi, farklı dilleri kullanan kişiler tartışmaya katıldığında kimi özensiz anlatımların da geliştirilmesi zorunlu olmaktadır. Bu amaçla bastırılmış olan kimi çalışmalar sürmektedir. Kuşkusuz, yeni koşulların zorlamasıyla ve olgunlaşacak düşünce sürecine bağlı olarak, öteki konular da bunları izleyecektir. Bütün bunlar, Dünya Tabipler Birliği'nin ölü, taşınmış ya da kalıplaşmış olmaktan çok uzak olduğunu, gerçekten yaşadığı ve sürekli olarak geliştiğini göstermektedir. Günümüzde hastanın hakkı olan önceliklerin sürekli olarak geri plana atılıyor olmasına karşı, Dünya Tabipler Birliği hastanın çıkarlarını koruyan tek uluslar arası kuruluş olmaktadır.

A. Wynen, Genel Yazman

A. Orozco, Yürütücü Yönetmen

C. A. S. Wink, Yürütücü Yayın Yönetmeni WMJ

Mayıs, 1985.

CENEVRE BİLDİRGESİ

Mesleki Bağlılık Yemini

Dünya Tabipler Birliği'nin 2'nci Genel Kurulu'nda (Eylül 1948, Cenevre-İsviçre) benimsenmiş, 22'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ağustos 1968, Sidney-Avustralya) ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

Tıp Mesleğine Bir Üye Olarak Kabul Edildiğim Şu Anda:

Kendi yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma **BÜTÜN VARLIĞIMLA YEMİN EDERİM;**

Öğretmenlerime layık oldukları saygı ve şükranı göstereceğim;

Mesleğimi vicdan ve ağırbaşlılıkla yürüteceğim;

Benim için hastalarımın sağlığı en önde gelecek;

Bana verilmiş olan sırlara, hastanın ölümünden sonra bile **SAYGI GÖSTERECEĞİM;**

MESLEKTAŞLARIM kardeşlerim olacak;

Din, ulus, ırk, parti politikaları ya da toplumsal durumla ilgili değerlendirmelerin görevimle hastanın arasına girmesine **İZİN VERMEYECEĞİM;**

Tehdit altında olsam bile insan yaşamına başlangıcından itibaren göstereceğim saygıyı sürdüreceğim ve tıbbi bilgimi insanlık yasalarına karşı gelecek şekilde kullanmayacağım;

Bunlara bütün varlığımla, özgür olarak onurum üzerine **AND İÇİYORUM.**

HEKİMLİK AHLAKI ULUSLARARASI YASASI

Dünya Tabipler Birliği'nin 3'üncü Genel Kurulu'nda(Ekim 1949, Londra-İngiltere) benimsenmiş, 22'nci Dünya Tabipler Kurulu'nda (Ağustos 1968, Sidney-Avustralya) ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

Hekimlerin Genel Olarak Görevleri:

Hekim, mesleğini her zaman en yüksek düzeyde sürdürecektir.

HEKİM, hastalarının yararı için özgür ve bağımsız olarak vereceği kararları çıkar güdülerinin etkilemesine izin vermeyecektir.

HEKİM, hangi çeşit tıbbi uygulama içinde olursa olsun insanın değerine saygı ve sevecenlik gösterecek ve gerek teknik gerekse ahlak yönünden, bütünüyle bağımsız, yeterli bir tıbbi hizmet sağlamaya kendini adayacaktır.

HEKİM, hastaları ve meslektaşları ile dürüst bir ilişki kuracak, gerek kişilik ya da yetenek yönünden eksiği bulunan, gerekse yalancılık ya da düzenbazlık yapan hekimleri ortaya çıkarmaya çalışacaktır.

Aşağıdaki uygulamalar ahlak dışı davranışlar sayılırlar:

a)Ülkenin yasaları ve Ulusal Tıp Birliği'nin ahlak yasası izin vermedikçe hekimlerin kendi reklamlarını yapmaları,

b)Yalnızca reçete yazma, hastanın kendine gönderilmesi ya da hastayı herhangi bir nedenle sevk etme karşılığında ücret ya da bir başka bedel almak ya da vermek.

HEKİM, hem hastaların, hem meslektaşların, hem de sağlık mesleğinin öteki çalışanlarının haklarına saygı gösterecek ve hastaların duyduğu güveni sarsmayacaktır.

HEKİM, hastanın fiziksel ve zihinsel durumunu zayıflatıcı etkisi de olabilecek tıbbi hizmetleri sağlarken, yalnızca hastanın çıkarına göre davranacaktır.

HEKİM, buluşları, yeni teknikleri ve tedavileri, mesleki olmayan yollarla açıklarken son derece dikkatli olacaktır.

HEKİM, yalnızca kişisel olarak saptadığı şeyleri belgeleyecektir.

Hekimlerin Hastaya Karşı Görevleri:

HEKİM, insan yaşamını koruma yükümlülüğünü her zaman aklında tutacaktır.

HEKİM, hastalarına karşı dürüst olmak ve kendi biliminin bütün olanaklarını onlara sunmakla yükümlü olacaktır. Bu muayene ya da tedavi kendi yapabileceklerini aşarsa, hekim, gereken yeterliliği taşıyan bir başka hekimi çağıracaktır.

HEKİM, hastanın ölümünden sonra bile, hasta hakkında bildiği her şeyle ilgili bütün gizliliği sürdürecektir.

HEKİM, başkalarının bu bakımı sağlamaya istekli ve yeterli olduğundan emin olmadıkça, acil bakımı bir insanlık görevi olarak sunacaktır.

Hekimlerin Birbirlerine Karşı Görevleri:

HEKİM, meslektaşlarından nasıl bir davranış bekliyorsa, o da onlara karşı öyle davranacaktır.

HEKİM, meslektaşlarının hastalarını kendisine çekmeyecektir.

HEKİM, Dünya Hekimler Birliği'nin benimsediği "Cenevre Bildirgesi"nin ilkelerini gözetecektir.

BÜTÜN ULUSAL BAKIM SİSTEMLERİ İÇİN SAĞLIK BAKIMI SUNULMASINDA ON İKİ İLKE

17'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1963, New York-ABD) benimsenmiş, 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

Öndeyiş:

Dünya yüzünde sağlık hizmetleri, büyük ölçüde bırakınız yapsınlar tarzında olanlardan, bütünüyle ve kapsamlı şekilde devlet tarafından örgütlenenlere dek çok çeşitli biçimlerde düzenlenmiştir.

Bütün sistemleri ayrıntılı olarak anlatmak olanaksızdır, ama bir kısım ülkenin yalnızca son derece gereksinimi olanlara yardım ettiği, bir kısmının ise bütün sağlık bakımını örgütleyerek daha da ileri gittiği söylenebilir. Sağlık bakımı alanında hükümet politikaları ve eylemleri ile kişisel girişimin buna çeşitli derecelerde katılması sonucunda, tıbbi bakım sağlama yolları sonsuz bir çeşitlilik içinde ortaya çıkmaktadır.

Bu alanda en uygunu kuşkusuz, "hem hekimin, hem de hastanın özgürlüğüne en geniş saygıyı göstererek erişilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinin sunulması" olmalıdır.

Ancak beğenenlerin de, beğenmeyenlerin de bulunacağı çeşitli ulusal sistemlerin gündelik uygulamaları sırasında ortaya çıkan sorunların çözümünde işe yaraması açısından, yukarıdaki tipte bir formül kesinlikten çok uzak olmaktadır. Dünya Tabipler Birliği(DTB), tıbbi uygulamanın temel ilkelerini korumak ve hekimlik mesleğinin özgürlüğünü savunmakla görevlidir. Sonuç olarak DTB'den çeşitli sistemlerle ilgili değer yargıları üretmesi beklenemez. Bununla birlikte DTB'nin hekimlik mesleğinin hangi koşullarda devletin sağlık hizmetleriyle işbirliği yapabileceğine, olabildiği ölçüde karar vermek gibi güç bir görevi de vardır.

İlkeler:

I-Hangi sağlık sisteminde olursa olsun, hekimlik uygulamasının koşulları hekim örgütlerinin temsilcilerine danışılarak belirlenmelidir.

II-Her sağlık sistemi, hastanın kendi seçtiği hekime başvurmasına, hekimin de yalnızca kendi seçtiği hastalara bakmasına izin vermeli; her iki hak da herhangi bir şekilde zedelenmemelidir. Özgür seçim ilkesine, tıbbi tedavinin bütünüyle ya da kısmen tedavi merkezlerinde sağlandığı yerlerde de uyulmalıdır. Acil durumdaki bir hastaya bakmak, hekimler için mesleki ve ahlaki yönden zorunlu bir görevdir.

III-Her sağlık bakım sistemi, diplomalı bütün hekimlere açık olmalıdır. Gerek hekimlik mesleği, gerekse birey olarak hekimler, istemedikleri görevi almaya zorlanmamalıdır.

IV-Hekim, mesleğini istediği yerde uygulamakta ve hizmetini, eğitimini gördüğü uzmanlık dalı ile sınırlandırmakta özgür olmalıdır. Söz konusu ülkenin tıbbi gerek-

sinimleri karşılanmalı ve olabildiği ölçüde hekimlik mesleği genç hekimleri hekime en çok gereksinim duyulan yörelere yönlendirmeye çalışmalıdır. Bu bölgelerin başka yerlerden daha az beğenilir olduğu durumlarda, bu bölgelere giden hekimler uygun biçimde özendirilmeli, araç-gereçleri yeterli olmalı ve yaşam düzeyleri mesleki sorumlulukları ile orantılı bulunmalıdır.

V-Meslek, sağlığa ve hastalığa ilişkin sorunlarla uğraşan bütün resmi kuruluşlarda yeterince temsil edilmelidir.

VI-Hekim-hasta ilişkisinin gizlilik yönü, hastanın tedavisinin ve daha sonraki kontrollerinin her evresinde bulunan herkes tarafından kabul edilmeli ve gözetilmelidir. Yetkililer de bu konuya gerekli saygıyı göstermelidir.

VII-Hekimin ahlaki, ekonomik ve mesleki bağımsızlığı güvence altına alınmalıdır.

VIII-Hekimlik hizmetlerine ilişkin ücretlerin hekim ile hasta arasında doğrudan doğruya anlaşma şeklinde belirlenmediği ulusal sağlık bakım sistemlerinde emeğin karşılığını belirleyen yetkililer, hekimin ücretini yeterince karşılamalıdır.

IX-Hekimlik hizmetlerine ilişkin ücretler saptanırken, verilen hizmetler değerlendirilmeli ve bu ücretler yalnızca ödeme yapan yetkili kurumun ekonomik durumuna göre ya da tek yanlı hükümet kararlarının bir sonucu olarak belirlenmemeli, aynı zamanda hekimlik mesleğini temsil eden kuruluş tarafından da kabul edilebilir olmalıdır.

X-Gerek hizmetin niteliğini korumaya, gerekse hizmetlerden yararlanmaya yönelik olarak hekimlik hizmetlerinin sayı ve maliyet yönünden gözden geçirilmesi yalnızca hekimler tarafından yapılmalı ve durum ulusal değil, yerel ve bölgesel standartlara göre değerlendirilmelidir.

XI-Hastanın çıkarlarının korunabilmesi yönünden, hekimin yürürlükteki tıbbi standartlara uygun biçimde reçete yazma ya da gerekli gördüğü başka herhangi bir tedaviyi önerme hakkı sınırlanmamalıdır.

XII-Hekim, mesleki bilgisini arttırmaya ve mesleki düzeyini yükseltmeye yönelik her etkinliğe katılmaya özendirilmelidir.

HELSİNKİ BİLDİRGESİ

İnsanlar Üzerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Hekimlere Yol gösterici Öneriler

18'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Haziran 1964; Helsinki-Finlandiya) benimsenmiş, 29'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1975, Tokyo-Japonya) ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

Giriş:

Hekime düşen görev insanların sağlığını korumaktır. Hekimin bilgisi ve bilinci bu hizmetin yerine getirilmesine adanmıştır.

Dünya Hekimler Birliği'nin Cenevre Bildirgesi, hekimi "Benim için hastamın sağlığı en önde gelecek" sözleriyle bağlamaktadır. Uluslar arası Hekimler Ahlak Yasası da şunu vurgulamaktadır: "Hastanın fiziksel ve zihinsel durumunu zayıflatıcı etkisi de olabilecek tıbbi hizmetleri sağlarken, hekim, yalnızca hastanın çıkarına göre davranacaktır."

İnsanlar üzerindeki biyomedikal araştırmaların amacı, tanı koyucu, iyileştirici ve koruyucu işlemleri geliştirmek ya da bir hastalığın etyolojisini ve patogenezini anlamak olmalıdır.

Yürürlükteki hekimlik uygulamasında yer alan tanı, tedavi ya da koruma yöntemlerinin hemen hemen tümünün kimi tehlikeleri vardır. Bu durum biyomedikal araştırmaları özellikle ilgilendirmektedir.

Tıbbi gelişmenin dayanağı olan araştırmalar, eninde sonunda insanları da içeren deneyleri de bir ölçüde kapsamak zorundadır.

Biyomedikal araştırmalar alanında şu iki grup araştırma arasında temel bir ayrım olduğu kabul edilmelidir: Birincisi, amacı esas olarak hastanın tanısına ya da tedavisine yönelik olan tıbbi araştırmalar, ikincisi esas konusu arı biçimde bilimsel olan ve araştırmada olan kişinin tanısı ya da tedavisiyle doğrudan doğruya ilgili olmayan tıbbi araştırmalar.

Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütülmesinde özel bir özen gösterilmelidir. Araştırmada kullanılan hayvanların esenliğine saygı gösterilmelidir.

Daha fazla bilimsel bilgi edinmek ve insanlığın acılarını dindirmek yönünden insanlara uygulanmış laboratuvar deneylerinden kimi sonuçlar elde edilmesi zorunlu olduğundan, Dünya Hekimler Birliği, insanları da içeren biyomedikal araştırmalara katılan hekimlere yol göstermek üzere, aşağıdaki önerileri hazırlamıştır. Bu öneriler, zaman geçtikçe gözden geçirilmelidir. Ana çizgileri verilen standartların, dünyanın her tarafındaki hekimler için yalnızca birer yol gösterici olduğu vurgulanmalıdır. Hekimler, ceza hukuku, medeni hukuk ve ahlak yönlerinden, kendi ülkelerindeki yasaların getirdiği sorumluluklardan kurtulmuş değillerdir.

1-Temel İlişkiler:

- 1.İnsanları da içeren biyomedikal araştırmaların genel olarak benimsenmiş bilimsel ilkelere uymaları gerekir. Bu araştırmalar hem yeterli laboratuvar ve hayvan deneylerine, hem de tam bir bilimsel yayın bilgisine dayanmalıdır.
- 2.İnsanları da içeren her deney yönteminin planlanması ve yürütülmesi, yapılacak bir deney protokolünde açık biçimde formüle edilmelidir. Bu protokol, değerlendirme, yorum ve yol gösterme için, özel olarak atanmış bağımsız bir kurula gönderilmelidir.
- 3.İnsanları da içeren biyomedikal araştırmalar, yalnızca bilimsel yönden eğitim görmüş kişiler tarafından ve klinik alanda yeterli tıbbi kişilerin gözetimi altında yürütülmelidir. Çalışmaya katılan insanların sorumluluğu mutlaka tıbbi yönden eğitim görmüş bir kişinin üzerinde olmalıdır. Çalışmaya katılan kişinin kendi rızası olsa bile bu sorumluluk hiçbir zaman araştırmadaki insanların üzerine yüklenmemeli, tıbbi yönden eğitim görmüş bir kişide kalmalıdır.
- 4.İnsanların üzerindeki biyomedikal araştırmalarda, elde edilmesi beklenen sonuç, araştırmanın üzerinde çalışma yapılan insan için taşıdığı tehlikeden daha önemli olmadıkça, araştırmanın uygulanması yasal olmaz.
- 5.İnsanları da içeren her biyomedikal araştırma projesinden önce, çalışma yapılacak kişi ya da başka kişiler için sağlanması beklenen yararlar ile öngörülebilir tehlikeler dikkatlice değerlendirilmelidir.
- 6.Araştırmadaki çalışmaya katılan kişinin kendi bütünlüğünü koruma hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Alınan her bir önlem için bir yandan çalışmaya katılan kişinin özel yaşamı dikkate alınmalı, öte yandan hem fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne, hem de kişiliğine çalışmanın yapacağı etkiler en aza indirilmelidir.
- 7.Çalışmaya katılan kişilerin karşılaşacağı tehlikeler önceden bilinmiyorsa, hekimler insanlar üzerindeki araştırma projeleriyle ilgilenmekten kaçınmalıdırlar. Tehlikelerin olası yararlardan ağır bastığı saptandığında, hekimler araştırmayı durdurmalıdır.
- 8.Hekim, araştırmanın sonuçlarını yayınlarken, sonuçların doğruluğunu korumak zorundadır. Bu bildirmede saptanmış olan ilkelere uymayan deney raporları yayın için kabul edilmemelidir.
- 9.İnsanlarla yürütülen her türlü araştırmada, bütün adayları, amaçlar, yöntemler, beklenen yararlar, olası tehlikeler ve ortaya çıkabilecek rahatsızlıklar konusunda yeterince bilgilendirilmelidir. Adaya, çalışmaya katılmaktan vazgeçme özgürlüğü olduğu ve herhangi bir anda katılmaya gösterdiği rızayı geri çekebileceği bildirilmelidir. Bundan sonra hekim çalışmaya katılan kişinin özgürce vereceği izni, daha iyisi yazılı olarak almalıdır.
- 10.Hekim, araştırma projesi için rıza bildirimini alırken, çalışmaya katılan kişilerin kendisiyle bağımlı bir ilişki içinde olup olmadığı ve baskı altında bulunup bulunmadığı konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Bunun için rıza bildirimini araştırmayla ilgisi olmayan ve resmi ilişkilerden bütünüyle bağımsız olan bir hekim tarafından alınmalıdır.
- 11.Yasal vesayet durumunda; rıza bildirimini ulusal hukuk sistemine uygun olarak yasal vasiden alınmalıdır. Fiziksel ya da ruhsal yetersizlik rıza bildirimini almayı olanaksız kılıyorsa, ya da çalışmaya katılan çocuk ise, ulusal hukuk sistemiyle uyumlu olarak çalışmaya katılan kişinin rızası yerine sorumlu akrabasının rızası alınır. Çocuk

gerçekte rıza gösterebilecek durumdaysa, yasal koruyucusunun rızasına ek olarak çocuğun da rızası alınmalıdır.

12.Araştırma protokolü, her zaman ilgili ahlaki görüşlere ilişkin saptamaları kapsamalı ve bu bildirgede sözü edilen ilkelere uyulduğunu belirtmelidir.

II. Mesleki Bakımla Birlikte Tıbbi Araştırma: (Klinik Araştırması)

1.Hekim kendi yargısına göre yaşam kurtarıcı, sağlığı düzeltici ya da acıyı azaltıcı olarak önerdiği yeni bir tanı ya da tedavi önlemini, hasta kişilerin tedavisinde kullanmakta özgür olmalıdır.

2.Yeni bir yöntemin neden olacağı olası yarar, zarar ve rahatsızlıklar, yürürlükteki en iyi tanı ve tedavi yöntemlerinin üstünlükleriyle ağırlık yönünden karşılaştırılmaktadır.

3.Bütün tıbbi çalışmalarda, eğer varsa kontrol grubunda da, hastaların tümü için en iyi bir biçimde kanıtlanmış tanı ve tedavi yöntemleri sağlanacağı güvencesi verilmelidir.

4.Hastanın bir çalışmaya katılmak istemeyişi, hiçbir zaman hasta-hekim ilişkisini etkilememelidir.

5.Eğer hekim rıza bildiriminin alınmasının gerekli olmadığı görüşündeyse, bu önerinin özgül nedenleri, bağımsız kurula gönderilecek deney protokolünde belirtilmelidir(1, 2).

6.Tıbbi araştırmanın hasta için olası tanı ve tedavi değeri varsa ve nesnel biçimde yeni bilgiler edinilecekse hekim, tıbbi araştırmayı mesleki bakımla bir arada yürütebilir.

III. İnsanları İçeren Tedavi Dışı Biyomedikal Araştırmalar: (Klinik-dışı biyomedikal araştırmalar)

1.İnsanlar üzerinde yürütülen tıbbi araştırmaların arı bilimsel uygulamalarında, üzerinde biyomedikal araştırmanın yürütüldüğü kişinin yaşamını ve sağlığını korumayı sürdürmek hekimin görevidir.

2.İster sağlıklı kişiler olsun, ister deney düzeneğiyle ilgili olmayan bir hastalığı olan hasta kişiler olsun, çalışmaya katılanlar gönüllü olmalıdır.

3.İncelemeci ya da inceleme ekibi, devam edilirse bireye zarar vereceği yargısına vardıklarında, araştırmayı kesmelidir.

4.İnsanlar üzerindeki araştırmalarda, bilimin ve toplumun çıkarları hiçbir zaman çalışmaya katılan kişinin sağlığıyla ilgili kaygılardan daha fazla öncelik taşımamalıdır.

AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN DUYURU

21'inci (Eylül 1967, Madrid-İspanya) ve 23'üncü (Haziran 1969, Paris-Fransa) Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiş ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

- 1-Dünya Tabipler Birliği, aile planlamasını onaylar ve bütün ulusal hekim birliklerine aile planlaması eğitim ve yardımlarına katılmalarını önerir.
- 2-Aile planlamasının amacı insan yaşamını kısıtlamak değil, zenginleştirmektir. Aile planlaması yeteneklerinin tümünü kullanmaları için bireylere daha geniş fırsatlar sağlanmasına yardımcı olabilir. Ana babaların kendi ailelerini planlamaları için bilgileri ve olanakları bulunmalı, böylece ana-babaların temel bir insan hakkı olarak, çocuklarının sayısına ve aralıklarına karar verme fırsatı olmalıdır.
- 3-Dünya Tabipler Birliği, tıbbi ve sağlığa ilişkin yönlerden aile planlamasıyla ilgilenen örgütleri, gerek aile planlaması alanında gereksinim duyulan uzmanların görevlendirilmesi, gerek eğitim kursları düzenlemesi, gerekse uygun deney ve araştırmaların yürütülmesi alanlarında işbirliği yapmaya yönlendirir.
- 4-Dünya Tabipler Birliği, aile planlamasına ilişkin konularda konferanslar, sempozyumlar ve çalışmalar yürütülmesi için ilgili örgütleri yüreklendirme yoluyla aile planlamasını destekleme ve geliştirmeye istekli olduğunu açıklar.
- 5-Dünya Tabipler Birliği, tıp eğitim programı içinde ana çocuk sağlığının bir bölümü olarak aile planlamasının da yer alması konusunda bütün tıp fakültelerini destekler.

SİDNEY BİLDİRGESİ

Ölüme İlişkin Duyuru

22'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ağustos 1968, Sidney-Avustralya) benimsenmiş, 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

1-Ülkelerin birçoğunda ölüm zamanının belirlenmesi hekimin yasal sorumluluğundadır, öyle de kalmalıdır. Genel olarak hekim, bütün hekimlerce bilinen klasik ölçütleri kullanarak ve özel bir yardıma gerek kalmadan bir kişinin ölü olduğu kararını verebilir.

2-Bununla birlikte tıp alanındaki iki çağdaş uygulama, ölüm zamanı sorununun daha fazla incelenmesini gerekli kılmaktadır:

a)Geri dönmez biçimde hasta ya da yaralanmış olanların vücut dokuları içinde oksijenlenmiş kan dolaşımını yapay yöntemlerle sürdürebilme olanağı,

b)Ölünün kalp ya da böbrek gibi organlarının transplantasyon için kullanılması,

3-Dokuların oksijen yoksunluğuna dayanma yeteneğinin değişik olmasından dolayı, ölümün, hücre düzeyinde adım adım ilerleyen bir süreç olması, zorluklardan biridir. Ama klinik yönden, yalıtılmış hücrelerin korunmasıyla değil, bir kişinin kaderiyle ilgilenilir. Burada, hangi canlandırma teknikleri uygulanırsa uygulansın sürecin geri dönmeyeceği kesinleştikten sonra, farklı hücre ya da organların ölüm anı çok önemli değildir.

4-Beyin sapı da içinde, beynin tümündeki bütün işlevlerin geri dönmez biçimde kesildiğinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu belirleme, gerekliyse bir dizi tanı aracıyla desteklenecek şekilde klinik olarak verilen yargıya dayanır. Bununla birlikte tıbbın şimdiki düzeyinde hiçbir teknolojik ölçüt tek başına doyurucu olmadığı gibi, hiçbir teknolojik işlem de hekimin gözlemlere dayanarak vardığı yargının yerini tutamaz. Bir organın transplantasyonu söz konusuysa, ölümün gerçekleştiği kararı iki ya da daha çok sayıda hekim tarafından verilmeli ve ölüm anını belirleyen hekimler hiçbir şekilde transplantasyon işlemiyle doğrudan doğruya ilgili olmamalıdır.

5-Kişinin ölüm anının belirlenmesi, canlandırma girişimlerine son verilmesine ve yasaların uygun olduğu ülkelerde ölünün organlarının çıkarılmasına, eğer rıza için yasal gereklilikler de tamamlanmışsa, etik yönden izin verilir.

OSLO BİLDİRGESİ

Tedavi Amaçlı Düşüğe İlişkin Duyuru

24'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ağustos 1970, Oslo-Norveç) benimsenmiş, 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

- 1-Hekimin üstlendiği ilk ahlak ilkesi, insan yaşamına başlangıcından itibaren saygı göstermektedir.
- 2-Annenin yaşamsal çıkarlarıyla doğmamış çocuğunun yaşamsal çıkarları arasında bir çatışma doğuran dış koşullar bir ikilem ortaya çıkarır ve gebeliğin istemli olarak sonlandırılmasının gerekip gerekmediği sorusunu gündeme getirir.
- 3-Böyle bir durumda verilen yanıtlardaki farklılık doğmamış çocuğun yaşamına yönelik tutumlardaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Bu konu, saygı gösterilmesi gereken kişisel bir inanç ve vicdan sorunudur.
- 4-Belirli bir ülke ya da topluluktan bu yönden tutum ve kuralları belirlemek tıp mesleğinin görevi değildir. Ancak, toplum içinde hem hastalarımızın korunmasını, hem de hekim haklarının savunulmasını sağlamaya çalışmak bizim görevimizdir.
- 5-Bu nedenle, tedavi amaçlı düşük, yasa izin veriyorsa yetkili makamların izin verdiği yerlerde uzman bir hekim tarafından yaptırılmalıdır.
- 6-Hekim, kendi inançlarının düşük yapılmasını önermesine izin vermediğini düşünüyorsa, tıbbi bakımın yetkili bir meslektaşınca sürdürülmesini sağlayarak kendisi çekilebilir.
- 7-Dünya Tabipler Birliği'nin Genel Kurulu'nca onaylanmış olan bu duyuru, söz konusu üye birliğin kendisi tarafından benimsenmedikçe, üye birliklerden herhangi bir tanesi için bağlayıcı olarak görülemez.

BİLGİSAYARLARIN TIPTA KULLANILIŞINA İLİŞKİN DUYURU

27'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1973, Münih-F.Almanya) benimsenmiş ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiş olan sonuç kararına dayanmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ, sağlık alanında, özellikle de hasta bakımı ve epidemiyolojide bilgisayarların ve elektronik bilgi işlemlerinin kullanılmasında gözlenen büyük gelişmeleri ve bunların sağladığı yararları dikkate almış olarak şunları önermektedir:

1. Ulusal tıp birlikleri hastaları ile ilgili bilgilerin kişiselliğini, güvenliğini ve gizliliğini sağlamak için olası bütün adımları atmalıdır.
2. Yürütülen bir bilimsel araştırma, idari denetleme, mali denetleme, program değerlendirme ya da benzeri bir çalışma için, hastalara ait ve gizli kalması gereken bilgiler verildiğinde ya da aktarıldığında, verilen bilgi doğrudan ya da dolaylı olarak kimlik içermedikçe, söz konusu araştırma, denetleme, değerlendirme raporuyla ya da başka herhangi bir yolla, herhangi bir hastanın kimliği şu ya da bu biçimde açığa vurulmadıkça, bu durum gizlilikten ayrılmaz anlamına gelmez.
3. Ulusal hekim birlikleri, elektronik bilgi işlemlere ilişkin olarak, hastanın kişisel, güvenlik ve gizlilik haklarını zedeleyebilecek ya da ortadan kaldıracak bir yasa çıkarmaya yönelik herhangi bir çabaya karşı çıkmalıdır. Sosyal güvenlik numaralarının ve bilgilerinin yetkisiz bir biçimde kullanılmasına ya da değiştirilmesine karşı etkin koruyucu yöntemler, daha bu tip bilgiler bilgisayara yüklenmeden sağlanmalıdır.
4. Tıbbi veri bankaları, hiçbir zaman başka merkezi veri bankalarıyla ilişkili olmamalıdır.

TOKYO BİLDİRGESİ

Tutukluluk ve Hapis Sırasındaki İşkence ve Öteki Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı İşlem ve Cezalara İlişkin Olarak Tıp Doktorları İçin Kılavuz

*29'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1975, Tokyo-Japonya)
benimsenmiştir.*

Öndeyiş:

Tıbbi insanlığın hizmetine uygulamak, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastalarının acılarını dindirmek ve onları rahatlatmak, tıp doktorlarına tanınmış bir ayrıcalıktır. İnsan yaşamına duyulan en yüksek saygı tehlike altında bile sürdürülmeli ve herhangi bir tıbbi bilginin insanlık yasalarına aykırı biçimde kullanılmasına fırsat verilmemelidir. Bu bildirgenin amacına yönelik olarak şu tanım yapılmıştır: İşkence, yalnız başına ya da bir yetkilinin emri altında davranan bir ya da birden çok sayıda kişinin, bilgi edinmek, itiraf almak ya da bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli ya da düşüncesiz biçimde, bir başka kişiye zor kullanarak, ona fiziksel ya da ruhsal yönden acı çektirmesidir.

Bildirge:

1. Silahlı çatışma ya da sivil kavgalar da içinde, hiçbir durumda hekim, işkenceyi ve zalimce, insanlıkdışı ya da aşağılayıcı başka hiçbir işlemi onaylamayacak, hoş görmeyecek ve bunlara katılmayacaktır; suçu her ne olursa olsun, bu işlemlerle karşılaşan kıygının (mağdur) inançları ve güdülleri ne olursa olsun, ister kuşkulanan kişi, ister sanık, isterse suçlu olsun bu durum değişmez.
2. Hekim, işkence ya da zalimce, insanlıkdışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulanmasına yarayacak ya da kıygının böyle bir işleme dayanma yeteneğini azaltacak herhangi bir yer, araç, madde ya da bilgi sağlayacaktır.
3. Hekim, işkence ya da zalimce, insanlıkdışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulandığı ya da böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulunmayacaktır.
4. Hekim, tıbbi açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir karar verirken klinik yönden bütünüyle bağımsız olmalıdır. Hekimin temel görevi, izlediği kişilerin sıkıntısını azaltmaktır; kişisel, toplumsal ya da politik hiçbir güdü, bu yüce amaçtan daha üstün sayılmayacaktır.
5. Bir hükümlü beslenmeyi reddettiğinde, eğer hekim, beslenmeyi gönüllü olarak reddetmenin yol açacağı sonuçlar üzerinde kişinin tam ve doğru bir yargıya varacak yetenekte olduğu kanısında ise, bu kişiyi damardan beslemeyecektir. Hükümlünün böyle bir yargıya varma yeteneği ile ilgili karar, en azından bir başka bağımsız hekimce onaylanmalıdır. Beslenmeyi reddetmenin yol açacağı sonuçların hekim tarafından hükümlüye anlatılması gerekir.

6. Dünya Tabipler Birliği, işkenceye ya da zalimce, insanlıkdışı ya da aşağılayıcı öteki işlemlere göz yummaları yüzünden karşılaşabilecekleri tehdit ya da misillemelere karşı hekimleri ve ailelerini destekleyecek ve hekim meslektaşlarını da bu yolda isteklendirecektir.

SAO PAOLO BİLDİRGESİ

Çevre Kirliliğine İlişkin Duyuru

30'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1976, Sao Paolo-Brezilya) benimsenmiş, 36'ncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1984, Singapur) gözden geçirilmiştir.

Öndeyiş:

1976'da Sao Paolo'da topladığı bilimsel konferansta kirlilik sorunlarını tartışan Dünya Tabipler Birliği, insan ile çevresi arasındaki ekolojik dengenin önemi üzerinde durmakta ve ülkelerin toplumsal ve ekonomik gelişmeyi yürüttükleri gibi, kendi çevrelerinin niteliğini de geliştirecek adımlar atmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Kirlilik sorunu, yalnızca ortamın yaşanırılığını ve güzelliğini etkilemekte kalmamakta, bu ortamda yaşayan insanların sağlık varlığı için giderek büyüyen bir gözdağı da oluşturmaktadır. Bu nedenle hekimler, kirliliğe bağlı hastalıklardan korunmada büyük bir rol oynamalıdır.

Tanımlama:

Çevre kirliliği, insanların, gerek bilinçli biçimde, gerekse kusur ya da bilgisizliğe bağlı olarak, doğal çevreyi bozan ya da bulaştıran eylemlerinin sonuçları olarak tanımlanabilir.

Örneğin kimyasal atıkların sorumsuzca çevreye salınması insan yaşamı için temel olan suyun geldiği yer olan su yataklarının düzeltilemez biçimde kirlenmesine yol açabilir.

Kimi olumsuz fiziksel etkenler, iyonize radyasyon ve krom, asbest ya da tütünün içindekiler gibi bir kısım kimyasal maddeler, bu etkenlerle karşılaşan kişilerde ortaya çıkan kanserlerle ve ölümlü sonuçlanan ya da sakat bırakan başka hastalıklarla bağlantılıdır. Sonraki kuşaklarda görülen doğumsal ya da gelişimsel bozukluklar da bu hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu tip etkenlerle karşılaşmanın denetlenmesiyle kişilerin sağlığı ve yaşam süresi üzerinde olumlu bir etki sağlanabilir. Bu nedenler, evde, okulda, işyerinde, kısacası her yerde olumsuz fizik etkenlerin ortadan kaldırılmasına çok büyük bir öncelik tanınmalıdır.

Mikrobiyolojik ve kimyasal etkenler, işçilerin ve genel nüfusun sağlığını belirgin şekilde ve olumsuz yönde etkileyebilir. Mikrobiyolojik etkenler, onlarca yıldır kaydedilen deneyimlerin gösterdiği gibi, bulaşıcı hastalıklara yol açabilirler. Kimyasal maddeler, bulaşıcı olmayan tehlikelere neden olabilirler. Besin maddelerini yiyenlerin yalnızca zararlı mikrobiyolojik etkenler ile değil, aynı zamanda besin üretimini arttırmakta kullanılan tarımsal maddeler ile besinleri saklamakta kullanılan ve güvenli olmayan katkı maddeleriyle de karşılaşmalarını en aza indirmek, besin üretimi ve dağıtımıyla uğraşan kişilerin sorumluluğundadır.

Sorunun Başlıkları:

Kirlilik sorununa özgül biçimde katkısı bulunan etkenler arasında, aşağıdakiler üzerinde özellikle durulabilir:

-Azot oksitler, fotokimyasal oksidanlar, hidrokarbonlar, sülfür dioksit, kurşun ve çevre havasında bulunan kimi parçacıklardan oluşan hava kirliliği. Bu maddeler, çocuklarda ve yetişkinlerde olumsuz patofizyolojik etkiler yaptıkları gibi bitkilere ve canlılara da zarar verebilirler.

-Yeterince arıtılmamış insan atıklarıyla, tarımsal ve endüstriyel atıkların sulara boşaltılmasına bağlı olarak ortaya çıkan su kirliliği. Bu atıklar içme suyunu, virüsler, bakteriler ve öteki infeksiyöz mikroorganizmalarla, inorganik ve organik kimyasal maddelerle ve radyoaktif maddelerle buluştururlar. Su kirliliği, aynı zamanda dinlenme yerlerinin ve ticari balıkçılık kaynaklarının azalmasıyla da sonuçlanır.

-Yığıldığı yerlerde hem kemiricilerin ve böceklerin birikmesine yol açan, hem de hava ve suyun niteliğini bozan katı çöpler; bu çöpler aynı zamanda çevrelerine zehirli maddeler yayabilirler.

-Endüstriyel kaynakların, ulaştırma araçlarının, ses yükselticilerin ya da başka kaynakların ortaya çıkardığı aşırı düzeyde sesler, sürekli işitme kaybına, başka patofizyolojik etkilere ve duygusal bozukluklara yol açabilirler.

Hekimlerin Sorumluluğu:

Halkı eğitmek ve kendi toplumlarında çevreyi koruma programlarının düzenlenmesini ve sürdürülmesini desteklemek, hekimlerin sorumluluğundadır.

Öneri:

Yukarıda sözü edilen sorumluluğun yerine getirilmesi için tek tek hekimler ve ulusal hekim birlikleri uygun eylemler yürütmelidirler.

HEKİMLERİN ÖLÜM CEZALARINA KATKILARIYLA İLGİLİ KARAR

34'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Eylül-Ekim 1981, Lizbon-Portekiz) benimsenmiştir.

Dünya Tabipler Birliği adına, ekteki basın açıklamasını* yaparak, hekimlerin ölüm cezasına katkıda bulunmasını kınayan Genel Yazmanın bu eylemini, Dünya Tabipler Birliği Kurultayı'nın onaylamasına **KARAR VERİLMİŞTİR**.

AYRICA, ölüm cezasına katkıda bulunmanın hekimler için ahlaka aykırı olduğu, ancak bu kuralın hekimlerin ölümü belgelendirmeleri için bir engel oluşturmadığı **KARARINA VARILMIŞTIR**.

AYRICA, Tıp Ahlakı Komitesinin bu konuyu etkin biçimde tartışma gündeminde tutması da **KARARLAŞTIRILMIŞTIR**.

Dr. Andre Wynen
Genel Yazman

* DTB Basın Açıklaması, 11 Eylül 1981

Damar içine öldürücü dozda ilaç verilmesi yoluyla ilk ölüm cezasının gelecek hafta uygulanmasına Oklahoma Eyalet Mahkemesi tarafından karar verilmiştir.

Devletin zorunlu kıldığı yöntem ne olursa olsun, hiçbir hekimden ölüm cezasına etkin biçimde katılması istenmemelidir. Hekimler, kendilerini yaşamın korunmasına adanmışlardır.

İnfazcı olarak davranmak bir hekimlik görevi olmadığı gibi, yöntem gereği farmakolojik maddelerden ya da hekimlik uygulamasında başka biçimlerde kullanılan gereçlerden yararlanılacak olsa bile, ölüm cezasının uygulanması için hekim hizmetine gerek yoktur.

Hekimin tek rolü, Devlet ölüm cezasını yerine getirdikten sonra ölümü belgelemek olabilir.

LİZBON BİLDİRGESİ

Hasta Hakları

34'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda ('nda (Eylül-Ekim 1981, Lizbon-Portekiz) benimsenmiştir.

Uygulamaya yönelik, ahlaki ve yasal güçlüklerin varolabileceğini gözönüne almakla birlikte hekim, her zaman için hem kendi vicdanına göre, hem de hastanın en çok yararına olacak şekilde davranmalıdır. Aşağıdaki bildirme, tıp mesleğinin hastalarına sağlamaya çalıştığı kimi temel hakları dile getirmektedir. Yasal durum ya da hükümetin tutumu hastaların bu haklarını yadsıyorsa, hekimler bu hakların elde edilmesi ya da onarılması için yollar aramalıdır.

- a) Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı vardır.
- b) Hastanın dışarıdan herhangi bir karışma olmadan klinik ve ahlaki yargılara özgürce varabilen bir hekim tarafından bakılmaya hakkı vardır.
- c) Hastanın, yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeye ya da yadsımaya hakkı vardır.
- d) Hastanın, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden beklemeye hakkı vardır.
- e) Hastanın, saygın bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
- f) Hastanın, uygun bir dine bağlı bir din adamının yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve ahlaki teselliye istemeye ya da yadsımaya hakkı vardır.

VENEDİK BİLDİRGESİ

Ölümlle Sonuçlanacak Hastalık

35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) benimsenmiştir.

- 1- Hekimin görevi hastalarını iyileştirmek, olabildiğince onların acılarını gidermek, hastalarının çıkarlarını iyi şekilde koruyacak biçimde davranmaktır.
- 2- Hastada iyileşmeyecek bir hastalığın ay da malformasyonun bulunduğu durumlar bile, bu ilke için bir ayrıklık (istisna) oluşturmaz.
- 3- Bu ilke, aşağıdaki kuralların uygulanmasına engel değildir:
 - 3.1. Hekim, ölümcül hastalığın son dönemindeki bir hastada hastanın rızası, - hasta kendi isteğini açıklayamıyorsa en yakın akrabasının kararı-ile tedaviyi keserek hastanın acısını dindirebilir.

Hekim tedaviyi kesme gerekçesiyle, ölmekte olan kişiye yardım etme ve onu hastalığının son döneminde rahatlatmak için gerekli ilaçları verme sorumluluğundan kurtulamaz.

- 3.2. Hekim hastaya herhangi bir yarar sağlamayacak olan ve olağan olmayan yöntemler uygulamaktan kaçınmalıdır.
- 3.3. Hekim, hasta yaşam bulgularının geri dönmeyecek şekilde kesildiği son döneme girdiğinde, ülkesinin yasalarına uygun davranmak koşuluyla, hastanın yetkili yakınının resmi rızasını sağlayarak, ne transplantasyon ameliyatı ile ne de hastaya verilen tedaviyle ilgili olmayan hekimler tarafından verilmiş ölüm raporuna (ya da yaşam bulgularının geri dönmeyeceğini belirten rapora) dayanarak, transplantasyon için gerekli organlarını canlı tutabilecek yapay yöntemleri hastaya uygulayabilir. Bu yapay yöntemlerin ücretini verici ya da akrabaları ödememelidir. Vericiyi tedavi eden hekimler alıcıdan ve alıcıyı tedavi edenlerden bütünüyle bağımsız olmalıdır.

BOKS YAPMAYA İLİŞKİN ÖNERİLER

35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda(Ekim 1983, Venedik-İtalya) benimsenmiştir.

Boks tehlikeli bir spordur. Diğer sporların aksine boksta temel amaç; karşı tarafa bedensel bir zarar vermektir. Boks ölümle sonuçlanabilir ve dikkat çekecek sıklıkta kronik (süregen) beyin zedelenmesi ortaya çıkarır. Bu nedenle Dünya Hekimler Birliği boks sporunun yasaklanmasını önermektedir.

Bu amaca ulaşına dek, boksa ilişkin olarak aşağıdaki öneriler uygulanmalıdır:

1. Ulusal Tabip Birlikleri, kendi ülkelerinde amatör ve profesyonel bütün boksörler ile "antrenman eşleri"ni kapsayacak bir "Boksörler İçin Ulusal Kayıt Sistemi" kurulmasını desteklemelidir. Bu kayıt sistemi için önerilen işlevler; bütün lisanslı karşılaşmalardaki nakavt, teknik nakavt ve boksla ilgili öteki zedelenmelerle birlikte, karşılaşma sonuçlarını toplamak, ayrıca her boksör için zedelenmeler, kazanma/kaybetme kayıtlarını biriktirmektir.
2. Ulusal Tabip Birlikleri, boksörlerin fizik muayene bulgularını gözden geçirmek, spor sırasındaki beyin zedelenmelerinden korunmada gerekli olan diğer ileri tıbbi önlemleri belirlemek ve bir karşılaşmayı tıbbi gerekçelerle kesmeyi sağlayacak özgün ölçütler geliştirmeyi sağlamak amacıyla; hekimlik mesleğinin ilgili üyeleri çeşitli resmi boks komisyonlarının temsilcileri ve örgütleri amatör ve profesyonel boks kuruluşlarının temsilcileri ile birlikte konferanslar planlamaları ve yürütmelidirler.
3. Tüm boks yetkilileri Ring hekiminin yürütülmekte olan bir karşılaşmayı durdurma, herhangi bir anda taraflardan birini muayene etme ve kendi görüşüne göre taraflardan birisinde ciddi bir zedelenmeyle sonuçlanacak olan maçı gerektiğinde kesme yetkisinin tanınması gerektiği önerilir.
4. Ringde görevi olan herkese; sık sık tıbbi eğitim-seminerleri verilmesi için boks yetkilileri uyarılır.
5. Aşağıdaki koşullar olmadan, amatör ya da profesyonel hiçbir boks karşılaşmasına izin verilmemesi boks yetkililerine önerilir:
 - a) Karşılaşma, bir boksör yaralandığında acil olarak ve yeterli biçimde tedavi edilebilmesi için yeterli beyin cerrahisi olanaklarına hemen ulaşabileceği bir yerde düzenlenmelidir.
 - b) Ring kenarında, oksijen cihazlı taşınabilir bir resusitatör ile uygun boyda endotrakeal tüpler bulunmalıdır.
 - c) Ciddi şekilde yaralanmış bir boksörün hastane olanaklarından yararlanmak üzere götürülmesine yönelik ayrıntılı bir taşıma planı uygulamaya her an hazır olmalıdır.
6. Lisansı olmayan boksörler arasında düzenlenen denetimsiz boks karşılaşmalarının, yarışmacılarda ciddi yaralanmalara ya da ölümlere yol açabilecek çok

tehlikeli bir uygulama olduğu, bu nedenle de yasaklanmalarının gerektiği, boks yetkililerine duyurulur.

7. Gerek koruyucu plastik minderler ve yastık sarılmış köşe direkleri gibi, koruyucu gereçlerin kullanılmasının zorunlu kılınması, gerekse koruyucu gereçlerin sürekli olarak geliştirilmesinin desteklenmesi için boks yetkilileri uyarılır.
8. Boks yetkilileri bütün güvenlik önlemlerinin, “antrenman eşleri”ni de kapsayacak şekilde genişletilmesi için uyarılır.
9. Boks yetkilileri boksörlere yönelik tıbbi değerlendirmelerin geliştirilmesi, standardize edilmesi ve sıkı biçimde uygulanmalarının sağlanması için uyarılır.

HEKİMLİK ALANINDA ÇALIŞANLARIN İNSAN HAKLARINA VE BİREYSEL ÖZGÜRLÜKLERİNE İLİŞKİN BİLDİRGE

37'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1985, Brüksel-Belçika) benimsenmiştir.

1. Dünya Tabipler Birliği, hekim toplumundaki etkinliklerde, tıp öğretim ve eğitiminde, işe girmede ve hekimlik mesleğine ilişkin çalışmaların öteki alanlarında, ırk, renk, din, inanç, etnik bağlantı, ulusal köken, cins, yaş ya da politik bağlanmaya bakılmaksızın fırsat eşitliği sağlanmasından yanadır.
2. Dünya Tabipler Birliği, hekimliği uygun biçimde onaylanmış kişilerin ulusal hekim birliklerine üye olma ayrıcalık ve sorumluluklarının, ırk, renk, din, inanç, etnik bağlantı, ulusal köken, cins, yaş ya da siyasal bağlanma nedeniyle yadsınmasına kesin bir şekilde karşı çıkar.
3. Dünya Tabipler Birliği, haklarında, ayrıcalıklarda ya da sorumluluklarda eşitliğin yadsınmasına son verilmesi için, gerek bir bütün olarak hekimlik mesleğini, gerekse ulusal hekim birliklerinin her bir üyesini her türlü çabayı göstermeye çağırır ve;

BU NEDENLE; Ekim 1985'te Belçika-Brüksel'de toplanan 37'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda alınan kararlara uygun olarak, bu ilkelere bağlı olduğunu bir kez daha belirtir.

RUH SAĞLIĞINA YÖNELİK (PSİKOTROP) İLAÇLARIN KULLANILIŞI VE KÖTÜYE KULLANILIŞINA İLİŞKİN DUYURU

29'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1975, Tokyo-Japonya) benimsenmiş ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

1. Ruh sağlığına yönelik ilaçların kullanılışı basit bir tıbbi sorun değil, karmaşık bir toplumsal olaydır.
2. Toplum içinde, hem ahlaki yönden aşağılayıcı ve cezalandırıcı olmayan biçimde sunulan yoğun bir halk eğitime, hem de ilaç kullanmanın yerine geçebilecek uygulamaların geliştirilmesine ve anlatılmasına, genel olarak ivedi bir gereksinim vardır. Bilgili ve ilgili yurttaşlar olarak hekimlerin de bu tip programlara katılmaları gerekir.
3. Hekimler, ruh sağlığına yönelik ilaçları son derece kısıtlı olarak reçete yazmalı, yazdığı her ruh sağlığına yönelik ilaçtan önce doğru tanı koyduğundan ve ilacın tedavi dışı etkileri konusunda uygun önerilerde bulunduğundan emin olmalı; farmakoterapötik maddelerin dikkatli kullanılması gerektiğini ve yanlış ve kötü kullanımın olası tehlikelerini unutmadığına güvenmeli, böylece tıbbi endikasyonu olabildiğince dar tutulmalıdır.
4. Hekimler, alkol de içinde ruh sağlığına yönelik bütün maddelerin tıp dışı kullanımının yol açtığı sağlık tehlikeleri konusunda gerçek bilgilerin derleme ve sunulmasında sorumluluk üstlenmelidirler.
5. Hekimler, hükümetlerle ve ilgili kuruluşlarla işbirliği yaparak, bu bilgilerin olabildiğince geniş ölçüde yayılmasını, özellikle de kötü ve yanlış kullanıma yol açan arkadaş grubu baskısını ve öteki etkenleri ortadan kaldırmak üzere, ilaçları en çok denemeye hazır olan yaş grupları arasında duyulmasını, böylece her bireyin bilgili kişisel seçimini özgürce uygulayabilme hakkına ve sorumluluğuna sahip olmasını sağlamalıdır.

CANLI ORGANLARIN TİCARETİNE İLİŞKİN DUYURU

*37'nci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda
(Ekim 1985, Brüksel-Belçika benimsenmiştir)*

1. Son yıllarda transplantasyon için az gelişmiş ülkelerden Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerine satılan canlı böbreklerden önemli bir parasal kazanç sağlandığı, gözden kaçırılmayacak bir gerçektir.
2. DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ, traspplantasyon için insan organlarının alınmasını ve satılmasını kınar.
3. DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ, bütün ülkelerin hükümetlerini, insan organlarını ticari bir mal olmaktan koruyacak etkin önlemler almaya çağırır.

AÇLIK GREVLERİ KONUSUNDA MALTA BİLDİRGESİ

Açlık grevcilerinin sağlığından sorumlu doktorlar için bir rehber niteliğindeki Açlık Grevcileri Üzerine Deklarasyon, Kasım 1991'de Malta'da toplanan 43. Dünya Tıp Kongresi tarafından kabul edildi, Eylül 1992'de ise İspanya'nın Marbella kentinde toplanan 44. Dünya Tıp Kongresi'nde düzeltildi.

Giriş:

- 1- Açlık grevcisiyle karşı karşıya olan hekimler aşağıdaki özetlenmeye çalışıldığı biçimde birbiriyle çelişen değerlerle karşı karşıya kalırlar:
 - 1.1) Yaşamın kutsallığına saygı gösterilmesi her insan için etik bir zorunluluktur. Hekimlik mesleğinde ise bu konu daha da önemlidir, hekim hastanın yaşamını sürdürmek ve onun yararı için sanatının bütün gereğini yerine getirmek durumundadır.
 - 1.2.)Hastanın kendi aldığı karara saygı göstermek hekimin görevidir. Hekim, müdahale etmeden önce hastayı durumdan bilgilendirerek iznini alır, ancak acil durum ortaya çıktığında, hekim hasta için en iyi olanı yapmak zorundadır.
- 2- Bu çelişki özellikle müdahaleyi reddettiği konusunda açık bir beyana sahip olan açlık grevcisi komaya girdiğinde ve ölmek üzereyken ortaya çıkar. Ahlaki yükümlülükleri açısından hekim hastanın iradesine aykırıda olsa hastayı yaşama döndürmek zorundadır; mesleki sorumluluğu açısından ise sonuçta hastanın kendi iradesine saygı göstermek durumundadır.
 - 2.1. Müdahale etmek hastanın kendi iradesine aykırı bir durumu ortaya çıkarabilir.
 - 2.2. Müdahale etmeme durumunda ise hekim önlenebilir trajik bir ölümle karşılaşabilir.
- 3- Açlık grevinde olan kişiyle hekim arasında bir hekim hasta ilişkisi vardır; hekim herhangi bir hastasıyla girdiği ilişkide olduğu gibi, uygulamasını öneriler ya da tedavi yoluyla yapabilir.

Bu ilişki, hasta bazı tedavi ve müdahaleleri kabul etmese de sürebilir.

Bir hekim açlık grevcisinin bakımını üstlendiği andan itibaren o kişi hekimin hastası olur. Bu durumda hasta-hekim ilişkisindeki tüm uygulama ve sorumluluklar, karşılıklı güven ve gizlilik de dahil olmak üzere geçerlidir.

- 4- Müdahale etmek ya da etmemek konusunda ki son karar -temel çıkarları hastanın iyiliği olmayan- üçüncü tarafların müdahalesi olmaksızın hekimine bırakılmalıdır. Gerekliğinde hekim, hastaya açıkça, onun (hastanın) tedaviyi reddetme, koma durumunda, yapay beslenme ve ölüm riski gibi kararını kendisinin onaylayıp onaylamadığını belirtmelidir. Eğer hekim hastanın reddetme

kararını onaylamıyorsa, onun başka bir hekim tarafından takip edilmesini sağlamalıdır.

Açlık Grevcilerinin Bakımı İçin Ana Hatlar:

Tıp mesleğinin temel ilkesi yaşamın kutsallığı olduğundan, açlık grevi yapanların bakımını üstlenen hekimlere aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

1-Tanım:

Açlık grevcisi zihinsel olarak ehliyetli, açlık grevine kendi iradesiyle karar vermiş, bu nedenle belirli bir zaman için yiyecek ve/veya sıvı almayı reddeden kişidir.

2-Etik Yaklaşım:

- 2.1) Hekim mümkünse hastanın ayrıntılı tıbbi öyküsünü alır.
 - 2.2) Hekim, açlık grevinin başında kişinin tam fizik muayenesini yapar.
 - 2.3) Hekim ya da diğer sağlık personeli açlık grevinin kırılması için herhangi bir baskı yapamaz. Tedavi ya da bakım bu amaçla kullanılamaz.
 - 2.4) Açlık grevinin tıbbi sonuçları net bir biçimde grevciye hekim tarafından aktarılır, ayrıca kişiye özel tehlikelerde belirtilir. Bilinçli bir karar ancak sağlam bir iletişim temelinde alınabilir. Eğer istenirse çevirmen kullanılmalıdır.
 - 2.5) Eğer açlık grevindeki kişi, başka bir hekimin görüşünü de isterse ya da ikinci bir hekimin tedavisini sürdürmesini arzu ederse, bu sağlanmalıdır. Eğer açlık grevcisi tutukluysa, bu görev cezaevi hekiminin organizasyonu ile gerçekleştirilir.
 - 2.6) Açlık grevcileri genellikle enfeksiyonların tedavisini ve ağızdan sıvı alımını (veya damardan serum) kabul edebilirler. Bu tarz bir müdahalenin reddedilmesi ise hastaya verilen sağlık hizmetinde bir önyargı oluşturmamalıdır. Hastaya yapılacak her müdahalede kişinin rızası mutlaka alınmalıdır.
- 3- Hekim, açlık grevindeki kişiyi her gün kontrol ederek greve devam etmeyi isteyip istemediğini saptar. Aynı zamanda doktor günlük olarak hastayı ziyaret ederek bilinç kaybı durumunda tedavinin ne olacağına ilişkin hastanın isteğini öğrenir. Bütün bu gelişmeler, hekim tarafından kaydedilir ve gizliliğinden hekim sorumludur.
- 4- Yapay Beslenme:
- Açlık grevcisi bilinci bozulup bu nedenle karar verme yeteneği ortadan kalktığına ya da komaya girdiğinde, hekim hastası ile açlık grevi sürecindeki görüşmeleri ve bu dönemde oluşan karar doğrultusunda hastasının tedavisi için tedavi konusunda onun yararına olacak en doğru kararı vermekte serbesttir.
- Eğer hastanın bilinci bulanır ya da komaya girip kendi başına karar alamayacak durumda olursa, hekim açlık grevi sırasında aldığı kararı her durumda dikkate alarak ve bu bildirgenin 4. maddesini göz önünde bulundurarak hastanın iyiliği için tedaviye devam edip etmeme kararı konusunda özgürdür.
- 5- Açlık grevi yapan kişi baskı altında tutulabileceği ortamlardan korunmalıdır. Bu durum onun diğer açlık grevi yapanlardan ayrılmasını da gerektirebilir.
 - 6- Hastanın ailesini bilgilendirmek hekimin sorumluluğundadır. Ailenin bilgilendirilmemesi ancak açlık grevcisinin talebiyle olur.

SPOR HEKİMLİĞİNDE SAĞLIK BAKIMININ İLKELERİNE İLİŞKİN BİLDİRGE

34'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Eylül-Ekim 1981, Lizbon-Portekiz) benimsenmiştir.

Dünya Tabipler Birliği, gerek sporcuların ve atletlerin gereksinimlerinin karşılanmasında; gerekse tıbbi bakım ve sağlık öğütleri verilen özgül durumlarda yararlanmaları için hekimlere yönelik olarak yürürlüğe koyduğu aşağıdaki ahlak kılavuzuna uyulmasını önermiştir.

Bu nedenler,

- 1- Spor etkinlikleri yürütülürken ortaya çıkan özgül bedensel ve zihinsel gereksinimlerin tanınmasından, sporculara ve atletlere bakan hekim, ahlaki yönden sorumludur.
- 2- Spor yapan kişinin bir çocuk ya da bir ergen olduğu durumlarda hekim, gelişme evresine ve büyümeye birincil önemde dikkate almalıdır.
- 3- Spor yapan kişinin meslekten sporcu ya da atlet olduğu ve spor etkinliğinden yaşamını kazandığı durumlarda hekim, iş hekimliğinin konuyla ilgili yönlerini de dikkate almalıdır.
- 4- Hekim, gerek meslek ahlakıyla uyuşmayan, gerekse uygulayan sporcu ya da atlete zararlı olabilecek yöntemlere, özellikle şu aşağıdakilere, karşı olmalıdır:
 - 4.1. Kandaki maddeleri ya da kan biyokimyasını yapay olarak değiştiren işlemler,
 - 4.2. Yapıları ve uygulanma yolları ne olursa olsun, merkezi sinir sistemi uyarıcılarını ya da bastırıcılarını içeren, ilaçların veya diğer maddelerin uygulanması,
 - 4.3. İradede ya da genel ruhsal görünümde değişiklikler oluşturulması,
 - 4.4. Spor olaylarına katılmalarını engelleyecek zedelenme ya da belirtileri bulunan sporcu ya da atletlerin katılımını sağlamak için, ağrıyı kesen ya da öteki koruyucu bulguları örten işlemlerin kullanılması,
 - 4.5. Yaşı ve cinsiyeti belirleyen özellikleri yapay olarak değiştiren yöntemler,
 - 4.6. Bireyin sağlığını, sağlamlığını ve güvenliğini koruma ile bağdaşmayan uygulamaları öğretmek ya da bunlara katılmak.
- 5- Hekim, hem sağlıklarından sorumlu olduğu sporcu ve atletleri, hem de öteki ilgilileri, uygulanmasına karşı olduğu işlemlerin sonuçları hakkında bilgilendirmeli, kişileri bu işlemlerden korumalı, öteki hekimlerin ve aynı amaca yönelik başka örgütlerin bu konuda desteğini sağlamalı, sporcu ve atletleri bu yöntemleri uygulamaya zorlayan baskılardan korumalı, bu işlemlerin denetimine yardım etmelidir.

- 6- Spor hekimi, kararından herhangi bir kuşku duyulmayacak şekilde, sporcu ya da atletin sağlam olup olmadığı konusundaki nesnel g6rüşünü açık ve kesin biçimde bildirmekle görevlidir.
- 7- Yarışma sporlarında ya da profesyonel spor karşılaşmalarında sporcu ya da atletin sahada kalıp kalamayacağına ya da oyuna dönüp dönemeyeceğine karar vermek hekimin görevidir. Bu karar başka meslekten kişilere ya da öteki görevlilere aktarılamaz. Hekimin bulunmadığı durumlarda, karar verici kişiler hekimin verdiği yönergelere sıkıca uymalı ve kararda öncelik yarışmanın sonucuna değil, her zaman için sporcu ya da atletin sağlık ve güvenliğinin en iyi nasıl sağlanacağına verilmelidir.
- 8- Özellikle sporcu ve atletlerin sağlığı, güvenliği ve yasal çıkarları söz konusu olduğunda, üçüncü bir tarafın çıkarlarına aykırı olsa bile, spor hekiminin ahlaki yükümlülüklerini yerine getirebilmesi için kendisini desteklenmiş ve tam yetkili görmesi gerekir.
- 9- Spor hekiminin, önerilerine ilişkin bütün konularda hastanın kendi hekimini, tam olarak bilgilendirmeye çalışması gerekir. Spor hekimi, gerekirse sporcu ya da atletin kendi hekimiyile sporcu ya da atletin başarısını artırmak amacıyla sağlığını engelleyici yöntemlerle çalışmaması ve zararı dokunabilecek teknikleri uygulamaması için işbirliği yapmalıdır.
- 10- Hekimliğin bütün öteki dallarında olduğu gibi, spor hekimliğinde de kişiye ait bilgilerin gizliliğine özen gösterilmelidir. Özellikle profesyonel sporcu ve atletlerin tıbbi bakıma yönelik gizlilik hakkı korunmalıdır.
- 11- Spor hekimi, özel bir tedavi yöntemini yalnızca bir tek sporcuya, bir tek athlete ya da bir tek sporcu grubuna uygulamaya kendisini zorlayacak herhangi bir sözleşmeye taraf olmamalıdır.
- 12- Başka ülkelerden gelmiş spor hekimlerinin yabancı bir ülkede bir takımla birlikte çalışırken, kendi özgül işlevlerini yürütebilme hakkına sahip olmaları istenir.
- 13- Spor yönetmelikleri düzenlenirken, bir spor hekimi de katkıda bulunmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN HAKLARI KONUSUNDAKİ KARARI

(DTB 42. Genel Kurulu, Kaliforniya, Ekim 1990)

1. Dünya Tabipler Birliği ve üyesi olan tabip birlikleri, herkes için insan haklarının geçerli olmasını bekler ve insan hakları ihlalleri görüldüğünde üzerine gider.
2. Tıp meslekleri üyeleri, genellikle insan hakları ihlallerinin ilk tanıklarındır.
3. Tabip Birliklerinin, ülkelerindeki insan hakları ihlallerine dikkat çekmek temel görevleridir.

Dünya Tabipler Birliği bu nedenle üye tabip birliklerini;

1. Kendi ülkelerindeki hak ihlallerinin sorumlu otoritelerin baskısı korkusu ile olup olmadığını araştırmaya ve eğer insan hakları ihlali varsa sorumlu otoriteleri insan haklarına uymaya çağırmaya,
2. Cezaevi sisteminde çalışan doktorları net etik doğrular konusunda bilgilendirmeye,
3. İnsan hakları alanında etik olmayan uygulamalarda bulunan hekimleri soruşturmak üzere etkin bir mekanizma geliştirmeye,
4. Herkesin cins, ırk, vs. ayrımcılığı yapılmadan yeterli bir sağlık hizmeti alabilmesi için tüm olanaklarını kullanmaya,
5. Hükümlülerin insani bir bakım almalarını engelleyen durumları çeşitli yollarla protesto etmeye ve gereksiz tutuklu bulunanların acilen salıverilmeleri için çağrıda bulunmaya davet eder.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN HAKLARI BİLDİRGESİ

*42'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir.
Rancho Mirage, California, USA, Ekim 1990
ve 45'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda
Budapeşte, Macaristan Ekim 1993
ve 46'ıncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kongresinde Kabul edilmiştir.*

Stockholm, İsveç, Eylül 1994

1. Dünya Tabip Birliği ve üye birlikleri tüm insanlar için insan haklarının durumunu geliştirmek için her zaman ileriye bakmış ve insan haklarına yönelik saldırıları azaltmak için sık sık eylem yapmıştır.
2. Tıp mesleğinin üyeleri insan haklarına saldırıların farkına varanlar arasında ilk sıradadır.
3. Tıp birlikleri ülkelerindeki bu tip saldırılara dikkat çekmede önemli bir role sahiptir.

Bu gerçeklerden yola çıkarak, Dünya Tabip Birliği üye birliklerine aşağıdaki davranışları gerçekleştirmeleri konusunda çağrı yapmaktadırlar.

1. Misillemeden korkma sonucunda saldırıların saklanmamasının yetkililerin sorumluluğunu oluşturduğunu belirlemek ve saldırılar tespit edildiği zaman sivil ve insan haklarının kesin gözlenmesini istemek gibi kendi ülkelerindeki durumu değerlendirmek.
2. Hapishane sisteminde çalışan doktorlara açık ahlaki tavsiyeler sağlamak.
3. İnsan hakları alanında hekimlerin ahlak dışı uygulamalarını araştırmak için etkili mekanizmalar sağlamak.
4. Yeterli sağlık bakımının ayırım gözetmeden tüm insanlara sağlanması için bütün gayretlerin gösterilmesi.
5. Mahkumların insanca muamelesini sağlamak ve haklı bir sebep olmadan hapsedilmiş olanların erken salınmaları gerektiğini vurgulayan iletişimler yoluyla, ortaya çıkan insan hakları ihlallerini protesto etmek.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HEKİM YARDIMLI İNTİHAR İÇİN TUTUMU

DTB 44. Genel Kurulu,'nda Kabul Edilmiştir. Eylül, 1992

Hekim yardımcı intihar olguları son zamanlarda halkın dikkatini çeker olmuştur. Bu olay; hekim tarafından geliştirilmiş bir aracın kişiye kullanımının yine hekim tarafından öğretilmesi ile gerçekleşmektedir. Böylece kişiye intihar etmesinde yardımcı olunmaktadır. Bazı durumlarda da hekim kişiye ölümcül doz konusunda da bilgilendirerek bazı ilaçları temin etmektedir. Böylece yine kişiye intiharda yardımcı olunmaktadır. Burada bahsedilen kişi, ağır hasta, belli terminal dönemde ve ağrıdan kıvrınmaktadır, dahası, kişilerin bilinçleri açık olup ve intihar kendi kararlarıdır. İntihara teşebbüs eden hastalar genellikle terminal dönem hastalığının etkisi ile depresyondadırlar.

Ötanazi gibi, hekim yardımcı intihar da etik değildir ve tıp mesleğinde olanlarca asla uygulanmamalıdır. Hekimin, bir kimseye yaşamını sona erdirmekte bilerek ve kararlı olarak yardım etmesi etik değildir. Ancak hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusuna hürmet etmesi (ölümüne neden olsa bile) etik olmayan bir davranış sayılmaz.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ TOPLANTILARA KATILMA ÖZGÜRLÜĞÜ KONUSUNDA TUTUMU

DTB 36. Genel Kurulu'nda Kabul Edilmiştir. Ekim 1994

Hekimlerin hastalarına uygun sağlık hizmeti verebilmeleri için mesleki bağımsızlık ve özgürlük kaçınılmaz önkoşuldur. Bu nedenle, hekimlerin iyi hasta hizmetinde kullanmak üzere mesleki bilgi, beceri ve teknik gelişmelerini sağlayacak etkinliklere katılmalarına felsefi, dini, etnik, politik, coğrafik ya da başka herhangi bir engel konulmaması gerekir. Dünya Tabipler Birliği'nin de insanlık hizmeti için tıp eğitimi, tıp bilimi, tıp sanatı, tıbbi etik, tüm dünya halklarına sağlık hizmetinde en üst standartların sağlanması gibi bir amacı olduğundan, hekimlerin Dünya Tabipler Birliği toplantıları da dahil tüm tıbbi toplantılara katılmaları için konulan **hiçbir engeli kabul** etmez, tüm engelleri reddeder.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KİMYASAL VE BİYOLOJİK SİLAHLAR KONUSUNDAKİ BİLDİRGESİ

DTB 42. Genel Kurulu'nda Kabul Edilmiştir. Kaliforniya 1990

Dünya Tabipler Birliği; tüm dünyadaki tıp mesleklerinin dikkatini kimyasal ve biyolojik silahların yarattığı tehlikelerine çeker. Pek çok şeyin yanı sıra bu tehlikeler şunlardır:

a)Bu silahlar askeri personel yanı sıra sivil halk için de çok büyük bir tehlike arz eder; yalnızca “hedef” bölge için değil, çok daha uzak bölgelere, belki de savaşanların ulusal sınırları dışına da yayılır.

b)Kimyasal ve biyolojik silahların etkisi, insan sağlığı için uzun vadeli bir tehlike olup, hastalık, yaralanma, rahatsızlık ve toplumda uzun dönem sonra ortaya çıkan sorunlar yaratabilir.

c)Kimyasal ve biyolojik silahlar çevrede kalıcı, karmaşık ve önceden tahmin edilemeyen etkiler yaratır, örneğin hayvanlar, bitkiler, su kaynakları bulaşır. Bu da insanların yaşamlarını sindirmelerini etkileyecek yoğun morbidite nedeni olur.

d)Varolan sağlık hizmetleri, teknoloji ve insangücü kimyasal ve biyolojik silahların yarattığı sorun karşısında çaresiz kalabilir.

Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi hekimlere; yaşamlarını insanlık hizmetine adanmalarını, hastalarının sağlığının hekimin ilk hedefi olması gerektiğini ve tıbbi bilgilerini insanlık yasalarına karşı kullanmamaları gerektiğini söyler.

Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi; hekimlerin amacının halkın sağlığını korumak olduğunu, hekimlerin bilgi ve mantıklarının bu hedefe adanmaları gerektiğini belirtir.

Dünya Tabipler Birliği Tokyo Bildirgesi aşağıdaki cümlelerle başlar:

“Tıp ilmini insanlık hizmeti için kullanmak, bedensel ve ruhsal sağlığı ayırım yapmadan korumak, hastaların acılarını dindirmek ve onları rahatlatmak hekimlerin bir ayrıcalığıdır”.

Bu nedenle, Dünya Tabipler Birliği, sağlık hizmeti vermesi beklenen hekimlerin, kimyasal ve biyolojik silah araştırmalarına katılmasını, kişisel ve bilimsel bilgilerini bu silahların keşfi ve üretiminde kullanmalarının etik olmadığını düşünmektedir.

Dahası, Dünya Tabipler Birliği;

1-Biyolojik ve kimyasal silahların geliştirilmesini reddeder, kınar,

2-Tüm devletleri kimyasal ve biyolojik silah geliştirmemeye ve kullanmamaya çalışır,

3-Tüm Tabip Birliklerine bu Bildirgenin aktif desteklenmesinde Dünya Tabip Birliği'ni ile birlikte davranmaya çağırır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIPTA YANLIŞ UYGULAMA KONULU DUYURUSU(MALPRACTICE)

44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul Edilmiştir. 1992

Bazı ülkelerde tıbbi yanlış uygulamalarla ilgili davalar artmaktadır ve ülke tabip birlikleri bu sorunu tartışmaktadır. Bir grup ülkede ise bu konu henüz gündemde değildir, ancak o ülkelerin tabip birlikleri de dikkatli olmalıdırlar.

Bu bildirmede DTB; tabip birliklerini tıbbi yanlışlıklar ve yasal başvurular konusunda bilgilendirmek istemektedir. Her ülkenin yasaları ve hukuk sistemi, sosyal gelenekler ve ekonomik durumu elbette aşağıda belirlenenleri etkileyebilecektir. Yine de, DTB, bildirisinin tüm tabip birliklerini ilgilendireceğine inanmaktadır.

1. Tıbbi yanlış uygulama davaları aşağıdaki bir ya da birden çok gerekçe nedeniyle artmıştır:

a) Tıbbi bilginin artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, hekimleri geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya itmektir, bu ilerlemeler, çoğunlukla ağır riskleri de içerir.

b) Hekimler üzerinde, tıbbi hizmetlerin artan maliyeti ile ilgili baskı vardır.

c) Elde edilebilir, varolan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır.

d) Medya; hekimlerin yeteneği, bilgisi, davranışı ve hastaya yaklaşımını sorgulayan olumsuz tutumu ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya teşvik etmektedir.

e) Artan davalar karşısında defansif=korumacı tıp uygulamasının dolaylı olmayan sonuçları dava konusu olmaktadır.

2. Tıbbi yanlış uygulama ile tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlar ayrılmalıdır.

a) Tıbbi yanlış uygulama (malpractice); doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan "zarardır".

b) Tıbbi uygulama sırasında; öngörülemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu oluşan ise; istenmeyen sonuçtur ve bunda hekimin sorumluluğu yoktur.

3. Ulusal yasalarda tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmamalıdır.

a) İstenmeyen sonuç hekim hatasına bağlı değilse, toplum hastanın zararının karşılanıp karşılanmayacağına ve eğer karşılanacakta hangi kaynağın kullanılacağına karar vermelidir. Ülkenin ekonomik koşulları bu durumdaki hastalar için dayanışma fonları olup olmamasını belirleyecektir.

b)Her ülkenin yasaları tıbbi hataların zararlarının ödenmesi için yöntemleri ve zarar kanıtlandığında ödenmesi gereken miktarları belirlemelidir.

4.Ulusal Tabip Birlikleri; hem hastalar hem de hekimler için adil ve hakça bir ortam yaratmak için aşağıdaki faaliyetleri yapmalıdırlar:

a)Yeni teknolojinin içerdiği riskler konusunda halkı aydınlatmak, bu tür tedavi ve cerrahilerde hastanın bilgilendirilmiş onamını almak üzere hekimlere eğitim,

b)Tıptaki sorunları ortaya çıkarmak ve sağlık hizmetlerinde kaynak yetersizliği konusunda propaganda yapmak, kamuoyu oluşturmak.

c)Okullarda ve sosyal ortamlarda genel sağlık eğitimi programlarını yöreklendirmek,

d)Tüm hekimler için, klinik eğitim deneyimi de dahil tıp eğitiminin seviye ve niteliğini yükseltmek,

e)Hekimler için tıbbi hizmetlerin niteliğini artıracak programlar tasarlamak ve katılmak,

f)Bilgi ve becerisi yetersiz olan hekimler için uygun politikalar geliştirmek ve yetersizlik giderilene dek bu kişilerin tıp uygulamaları yapmalarının engellenmesini sağlamak. Halkı ve hükümetleri; savunmacı tıp uygulamasının çeşitli yönleri konusunda uyarmak(doktorların riskli girişimlerde bulunmama, hastaya el atmaması)

g)Halkı; tıbbi uygulamalar sırasında önceden tespit edilemeyen durumlar olabileceği ve bunların kötü uygulama olmadığı konusunda uyarmak.

h)Kötü uygulama dışında oluşmuş tıbbi hatalar konusunda hekimlere sahip çıkmak,

i)Tıbbi kötü uygulamalar için yasa ve yöntem geliştirmeye katılmak

j)Avukatların bu konuda uygun olmayan istekler ve davalar için propaganda yapmalarına karşı aktif tutum almak.

k)Kötü uygulama başvurularının mahkemelere gidilmeden çözülmesi için yaratıcı yöntemler bulmak.

l)Hekimleri bu amaçla sigorta yaptırmaya teşvik etmek, eğer hekim bir kurumda çalışıyorsa işverenin bunu ödemesini sağlamak.

m)Kötü uygulama olmaksızın bir zarar görmüş hastaların zararlarının ödenmesi için yapılan işlemlerde karar vermeyi kolaylaştırıcı danışmanlık yapmak.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ HİZMETİN STANDARDI İÇİN MESLEKİ SORUMLULUKLA İLGİLİ KARARI

48. Genel Kurul'da kabul edilmiştir, Güney Afrika, Kasım 1996

Dünya Tabipler Birliği;

Hekimin hastasına kapsamlı sağlık hizmeti sunma ve bu konuda mesleki ve kişilik olarak yetersiz hekimleri açığa çıkarma sorumluluğu olduğunu,

Hastanın; dışarıdan herhangi bir müdahale olmadan, özgürce, klinik ve etik kararlar alabileceğine inandığı bir doktor tarafından tedavi edilme hakkı olduğunu(1981 Lizbon Deklarasyonu'nda 1995'te yapılan değişiklik); ve,

Örgütlü tıbbın; etik komitelerinin; ehliyet komitelerinin ve diğer mesleki denetim faaliyetlerinin çok uzun zamandır saptadığı ve kabul ettiği gibi, doktorların mesleki davranışlarının incelenebilmesi, gerekli görüldüğünde mutlak mesleki özgürlüğe akılcı sınırlamalar getirilmesi gerektiğini; KABUL EDEREK

Mesleki bağımsızlığın ve kendi kendini yönetme görevinin, nitelikli bir hizmetin ve dolayısıyla hastanın korunması gereken çıkarlarının vazgeçilmez bir parçası olduğunu; sonuç olarak, tıp mesleğinin iyi niyetle yürütüldüğü sürece mesleki denetleme etkinliklerini destekleme; bunlara katılma ve uygulamasını kabul etme konusunda sürekli bir sorumlulukları olduğunu, YENİDEN ONAYLAYARAK,

Doktorların mesleki hizmetlerinin ticari mal ve hizmet ilişkilerinden ayrı düşünülmesi gerektiğini savunur. Çünkü hekimin; yeterli ve gerekli tıbbi hizmeti sağlama ya kendisini vakfetmesinin de dahil olduğu, özel etik görevleri vardır (Uluslararası Tıbbi Etik Kanunu, 1949).

Dünya Tabipler Birliği, bir ülkenin adli ya da yasal süreçleri nasıl olursa olsun, bir doktorun yalnızca, mesleki davranışı ya da performansı ile ilgili herhangi bir kararda, doktorun; eğitimleri ve deneyimleri sayesinde söz konusu tıbbi olgunun karmaşıklığını anlayabilecek meslektaşları tarafından yapılacak değerlendirmelerin gözönünde bulundurulması gerektiğini düşünür.

Dünya Tabipler Birliği, hastalardan gelen şikayetlerle ya da hastalara verilen zararların tazmini ile ilgili olarak işletilen süreçler sırasında doktorun eylemlerini araştırırken iyi niyet temelinde uzaklaşılmasını ya da doktorun meslektaşlarının yapacağı her türlü ihmali kınar. Bu yaklaşımlar hastalara sağlanacak, tıbbi hizmetin niteliğinin belirleyicisi olacaktır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN 48. GENEL KURULU (Ekim 1996) Dr. RADOVAN KARADZIC'E İLİŞKİN KARARI

1996 Kasım'ında Güney Afrika Cumhuriyeti Somerset West'te yapılan 48. Genel Kurul'da kabul edilmiştir.

Dünya Tabipler Birliği'nin Dr.Radovan Karadzic Hakkında Aldığı Karar:

Dr. Radovan Karadzic eski Yugoslavya'da gerçekleşmiş pek çok savaş cinayetinden sorumlu olmakla suçlanmaktadır ve bugüne kadar Hollanda'nın Hague kentinde kurulan eski Yugoslavya'da işlenen Savaş Suçları İçin Kurulan Uluslararası Savaş Suçları Mahkemesi önüne çıkmayı reddetmiştir. Bu durumda, kendisi bir doktor olarak mesleğimizin saygınlığının gölgelemesine neden olmaktadır.

Bu yüzden Dünya Tabipler birliği Dr. Radovan Karadzic'e Eski Yugoslavya'da işlenen Savaş Suçları İçin Kurulan Uluslararası Savaş Suçları Mahkemesine çıkmasını ihtar etmekte ve derhal teslim olmasını talep etmektedir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AİLE PLANLAMASI VE KADINLARIN(KORUNMA) DOĞUM KONTROL HAKLARI KONUSUNDAKİ KARARI

1996 Kasım'ında Güney Afrika Cumhuriyeti Somerset West'te yapılan 48. Genel Kurul'da kabul edilmiştir.

Bu metin daha önce “Kadınların Doğum Kontrol Hakkı” (orijinal doküman / OD) ve “Aile Planlaması” (orijinal doküman / 7E) başlıklarıyla yayınlanmış iki kararın harmanlanmasıdır ve her iki metnin de yerini almıştır.

1-Dünya Tabipler Birliği istenmeyen hamileliklerin; kadınların ve çocuklarının sağlığı üzerinde zararlı etkileri olabileceğini kabul eder. Bu yüzden, Dünya Tabipler Birliği kısıtlamak üzere değil, insan hayatını zenginleştirmek üzere kullanıldığı sürece, aile planlamasını onaylar.

2-Dünya Tabipler Birliği tüm kadınların doğum kontrolü kararına şans eseri değil, bilinçli olarak, seçerek ulaşmasına olanak tanınmasını destekler. Doğurganlığın düzenlenmesi ve kontrolü, kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının ve sosyal iyiliğinin temel bir parçası olarak görülmelidir. Korunma kadınların istenmeyen gebelikler sonucu erken ölümlerini engeller. Çocuk yetiştirmenin uygun şekilde planlanması da bebek ve çocukların hayatta kalma şanslarını artıracak ve bireylere potansiyellerini tam olarak gerçekleştirmeleri konusunda daha fazla fırsat tanıyacaktır. Yani, kadınların bedenleri hakkında ve aile planlamasından yararlanmak için ihtiyaç duyduklarında gerekli tıbbi ve sosyal danışma merkezlerine nasıl ulaşacakları ve onları nasıl kullanacakları konusunda bilgilenme hakları vardır. Erkekler de korunma konusunda bilgilendirilmelidirler.

3-Gelişmiş ülkelerin pek çoğunda güçlü, fakat sistemsiz/örgütsüz bir doğum kontrolü talebi vardır. Bu ülkelerde, şu anda korunma yöntemi kullanmayan pek çok kadın gebelikten kaçınmak istiyor. Dünya Tabipler Birliği, bunun, milliyet, sosyal statü ya da inanç ayrımı gözetmeksizin tüm kadınların hakkı olduğunu kabul eder. Bununla birlikte, korunma ile ilgili kişisel tercihlerin uygulanışı sırasında ailenin durumunu da dikkate alır. Eğer bir kadın doktorun sunamayacağını yapamayacağını hissettiği bir hizmete ihtiyaç duyuyorsa, bu kadın başka bir birime sevk edilmelidir. Kadınların korunma yöntemlerine ulaşma hak ve özgürlükleri, herhangi bir baskı grubuna karşı korunmalı ve garantiye alınmalıdır.

4-Bu nedenlerle Dünya Tabipler Birliği;

a)Tüm ulusal tabipler birliklerine aile planlaması eğitimi yararına çalışmalarını, uygun olduğu zaman diğer gruplar ve hükümetle bu konuda işbirliği yapmalarını ve eğitim materyallerinde, bilgide ve teknik yardımda yüksek standartları sağlama-
larını önerir.

b)Tüm tıp okullarını, aile planlamasını ana ve çocuk sağlığı bölümünün bir parçası olarak tıp müfredatına dahil etmeye teşvik eder.

c)Uygun örgütlerin aile planlaması hakkında konferans, sempozyum örgütlemesini ya da aile planlamasının çeşitli boyutları ile ilgili yapılan çalışmalara katılarak, aile planlamasını desteklemek ve geliştirmek konusundaki isteğini bir kez daha vurgular.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SİLAHLAR VE SİLAHLARIN YAŞAM/SAĞLIKLA OLAN İLİŞKİLERİ HAKKINDAKİ KARARI

1996 Kasım'ında Güney Afrika Cumhuriyeti Somerset West'te yapılan 48. Genel Kurul'da kabul edilmiştir.

Gerekçe:

Dünya Tabipler Birliği, ulusların savaş ya da silah üretimini, genellikle kısa dönem stratejik nedenlerle yaptıklarını kabul eder. Ancak silah kullanımının, halkları, savaşmayan bireylerinin sağlığı ve bir bütün olarak halk sağlığı üzerinde kısa ya da uzun dönemde ortaya çıkacak etkilerini dikkate almazlar.

Tıp mesleği ise, tam tersine, savaşın yakın ve uzun dönemdeki etkileri ile ilgilenmeyi ve özel olarak da farklı biçimde silahların kullanımlarının etkilerini incelemeyi gerektirmektedir.

Tanım:

Silah kullanımı sonucu oluşmuş hasarların kontrol edilmesinde doktorun rolünü gözönünde bulundurarak, Dünya Tabipler Birliği silah kullanımının sonuçlarını bir halk sağlığı olgusu olarak tanımlamaktadır.

Doktorlar açısından tıbben hiçbir silah kabul edilemez, fakat doktorlar Uluslararası İnsanlık Yasası'nı ihlal edecek şiddette hasar ve acıya yol açan silahların kullanımına karşı etkili bir kontrol geliştirmek için yardım edebilirler.

Belli kişiler, belli halklar ya da vücut sistemlerine karşı yeni silah sistemlerinin geliştirilmesine bilimsel ve tıbbi bilginin katılma potansiyeli oldukça yüksektir. Buna, anatomik ve psikolojik sistemleri (görme de dahil olmak üzere) hedef alan silahların geliştirilmesi ya da silah üretimi için insanların genetik benzerlikleri ve farklılıkları hakkındaki bilginin kullanılması da dahil edilebilir. Bu tür silah sistemlerinin etkileri hakkındaki araştırmalara gerek silah şirketlerinin vekilleri olarak, gerekse kontrol görevlileri olarak katılan doktorlar, olağandışı etik problemlerle karşı karşıya kalabilirler, çünkü yaptıkları çalışma uluslararası yasayı ve kabul edilmiş standartları hiçe sayan kişilerce kullanılabilir.

Her ne kadar silahların savaşa katılmayan kişiler ya da gruplar, topluluklar üzerindeki etkisi ölçülebilir, ayırt edilebilir olsa da, silahların etkilerini ölçebilmek için kullanılan ortak bir ölçüt yoktur. Uluslararası insanlık yasası "gereksiz acı ve hasara" yol açan silahların kullanımının yasadışı olduğunu belirtmektedir. Bu terimler tanımlanmamıştır ve yasanın etkili olabilmesi için nesnel ölçütler gözönüne alınarak yorumlanmaları gerekmektedir.

Bu tip ölçütler uluslararası insanlık yasasının kullanımında avukatlara yardımcı olabilecek; yeni geliştirilen silahların yasal olup olmadıklarını; tıbbi etkilerini; kabul edilmiş nesnel bir ölçüm sistemi ile ölçebilecektir. Ve eğer geliştirilirse yasayı ihlal edecek silah türlerini de belirleyebilecektir. Bu ölçütler eğer hukuki bir sürecin

parçası haline gelecekse, bu nesnel ölçütlerin tanımlanmasına doktorların katılımı zorunludur. Bununla birlikte, doktorların insana karşı kullanılan tüm silahlara karşı olduğu unutulmamalıdır.

Öneriler:

Dünya Tabipler Birliği insana karşı kullanılmak üzere silah tasarlamasının, üretiminin ve satışının tiksindirici olduğunu düşünür. Silah kullanımından kaynaklanan hasarları azaltmak ve önlemek için önerileri şunlardır:

1. Varolan ve üretilecek silahların etkisini ölçebilmek için ve silahların geliştirilmesi, üretilmesi ve satılmasını önlemek için kullanılacak nesnel ölçütlerin tanımlanması için girişilen uluslararası çabalara destek vermek.
2. Çağdaş tıbbın giderek daha çok teknolojideki sürekli gelişmelere dayalı olduğu tesbiti ile bu teknolojinin silah üretimine kaydırılması ya da onun tarafından suistimal edilmesini önlemeye çalışmak.
3. Ulusal tabip birliklerinin nesnel ölçütlerin oluşturulabilmesi için gerekli olan verilerin toplanması sırasında hükümetlerin katkısını sağlamalarını istemek.
4. Silah kullanımının dünya çapında halk sağlığını nasıl etkilediği hakkındaki bir araştırma için ulusal tabip birliklerinden destek almak, onları desteklemek ve silah kullanımının savaşa katılmayan kişilerin ve halkların sağlıkları üzerinde yarattığı uzun süreli etkilerden hem kamuyu hem de hükümetleri haberdar etmek için bu araştırmanın sonuçlarını ulusal ve uluslararası düzeyde yayınlamak.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN GENETİK KOPYALAMA KONUSUNDAKİ KARARI

147. Konsey Toplantısında Kabul Edildi (Mayıs 1997, Paris)

Yakın zamanda bir koyunun kopyalanması ile sonuçlanan bilimsel bazı gelişmeleri görerek; ve bu kopyalama tekniğinin insanda da uygulanma olasılığı ve bunun insan onurunun ve insan genetik materyali güvencesinin korunmasına dönük endişeler yaratması üzerine;

Dünya Tabipler Birliği; bu konuda araştırma yapan hekimler ve diğer araştırmacı doktorlar ve bilimadamlarını bu konudaki bilimsel, etik ve yasal konular tüümüyle belirlenmeden insanda kopyalama çalışmalarına katılmaktan gönüllü olarak vazgeçmeye çağırır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜTÜN ÜRETİM, İHRAÇ, İTHAL, SATIŞ VE REKLAMINA İLİŞKİN DUYURUSU

DTB, 42. Genel Kurulu'nda Kabul Edildi (Kaliforniya, ABD, 1990)

Dünya Tabipler Birliği; tütün ürünlerinin sağlığa etkisini bilerek, tüm ülkeleri halk sağlığını korumak için, tütün ürünlerinin ithal, ihraç, satış ve reklamında kısıtlama ve önleme için tedbir almaya çağırır.

Dünya Tabipler Birliği; ayrıca tüm tabip birliklerini kendi ülkelerinde tütünün ithal, ihraç, satış ve reklamında sıkı engellemeler yapmaya davet eder.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRİSİ IN-VITRO DÖLLENME VE EMBRİYO TRANSPLANTASYONU

Ekim 1997 Madrid, İspanya 39. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir.

In-vitro dölleme ve embriyo transplantasyonu dünyanın birçok kesiminde infertilitenin tedavisi için mevcut olan bir tıp tekniğidir. Bu, yalnızca kısırlığın giderilmesi için değil aynı zamanda genetik bozukluklardan muhtemel kaçınma ve insan üremesi ve doğum kontrolü konusundaki temel çalışmaları artırma konusunda da hem hasta olarak bireylere hem de genel olarak topluma yararlı olma potansiyeline sahip bir yöntemdir.

Dünya Tabipler Birliği hekimlerin anne adaylarının sağlığı ve yaşamın başlangıcından itibaren embriyo ile ilgili konularda uygun ve ahlaki şekilde davranmasını öngörür. Ahlaki zorunlulukları kavramada ve izlemede hekimlere yardımcı olmak için, Dünya Tabipler Birliği bu bildiriye düzenlemiştir.

Ahlaki ve bilimsel bakış açısından, insan üremesinde tıbbi yardım aşağıdaki konulara özel referans ile klasik ilaç ve cerrahi tedaviye cevap vermeyen tüm kısırlık vakalarında uygulanır:

- a) immün uyumsuzluk
- b) erkek ve dişi gametler arasında geri dönüşsüz engelleme
- c) bilinmeyen sebeplerden dolayı kısırlık

Tüm bu durumlarda, hekim yalnızca alıcı ve vericilerin onayı ile hareket edebilir. Hekim daima işlemin doğacak çocukla en iyi ilgisini kuracak şekilde davranmalıdır.

Hastalara onların anlama seviyesinde, amaç, yöntem, riskler, uygunsuz durumlar ve işlemin hayal kırıklığına uğratan yönleri konusunda yeterli bilgiyi sağlamak ve hastalardan işlem için yazılı onay almak hekimin sorumluluğudur. Herhangi bir tipteki elektif işlem dahilinde, hekim, işlemi gerçekleştirme sorumluluğunu almadan önce yeterli uzmanlaşmış eğitime sahip olmalıdır. Hekim ulusal tabip birliği ve toplumdaki diğer uygun tıp kurumlarının belirlediği ahlaki gereksinimlerin yanı sıra tüm güncel yasa ve düzenlemelere uymalıdır. Hastalar herhangi bir tıbbi tedavide olduğu şekilde gizlilik ve özel hayata saygıyı görmelidir.

IVF teknikleri kısırlığın hemen tedavisi için kullanılamayacak aşırı ovum ürettiği zaman bunların kullanımı vericiler ile anlaşma dahilinde belirlenmelidir; fazla ovum :

- a) Parçalanabilir
- b) Kriyopreservasyon işlemine alınabilir
- c) Döllendir ve kriyopreservasyon işlemine alınabilir.

Olgunlaşma, döllenme ve çok hücreli gelişme sürecinin ilk evresi ile ilgili bilimsel bilgiler hala erken dönemindedir. Bu yüzden bu sahadaki fiziksel ve kimyasal çalışma ve deneyine devam ederken Helsinki Bildirgesi ve vericilerin yazılı onayına kesin olarak uyulmalıdır.

Araştırma

İnvitro fertilizasyon ve embrio transplatasyon tekniği genetik bozuklukların nasıl ortaya çıktığı ve iletildiği, bunların nasıl önlenebileceği veya tedavi edilebileceği konusunda araştırmaları daha iyi bir anlayışa yöneltmede de yararlı olabilir. Derin moral ve ahlaki prensipler hem hekim hem de hasta için ortaya çıkabilir. Hekim kişisel olarak edindiği moral prensipleri çiğnememeli ve hastanın sahip olduğu moral ve ahlaki prensiplere duyarlı olmalıdır. Hekim araştırmaya katılacak hastalarla tam iletişim kurma konusunda en büyük sorumluluğa sahiptir ve hastaların yazılı onayı, ahlaki standartlar yoluyla belirtilen profesyonel sorumluluğun yanı sıra yasal gerekleri de karşılamalıdır. Dünya Tabipler Birliği'nin Helsinki Bildirgesi'nin ilkeleri invitro fertilizasyon ve embrio transpalantasyonu konusundaki tüm klinik araştırmalara uygulanacak ve böylece klinik araştırma dışında ortaya çıkabilecek tüm problemlerde de uyulacaktır.

Dünya Tabipler Birliği hekimin cinsiyete bağlı ciddi hastalığın geçişinden kaçınmak amacı olmaksızın ceninin cinsiyeti gibi bir tercih yapma amacı için üreme sürecinde müdahaleden kaçınmasını önerir.

Bağış

İnvitrofertilizasyon ve embriyo transplantasyon tekniği ovum, sperm ve embriyonun muhtemelen bağışlanmasını gerektirir ve burada biyolojik donörler bu işlem yoluyla üretilecek çocuğun anne babası olmayabilir. Bağışlanan gametler veya embriyonun bu tip kullanımı hem hastalar hem de invitro fertilizasyon ve embriyo transplantasyon işlemleri ile ilgili hekimlere ciddi yasal, moral ve ahlaki konular çıkarabilir. Hekim tüm makul yasaları ve ulusal tıp birliği yada diğer uygun tıp organizasyonları tarafından belirtilen ahlaki sınırlamaları gözetmelidir. Hekim aynı zamanda hastaların moral ve ahlaki prensiplerine duyarlı ve saygılı olmalı, yasal yada ahlaki sınırlamalara ters düştüğünde yada hastaların moral prensiplerine uymadığında bağışlanan gametlerin veya embriyoların kullanımından kaçınılmalıdır. Hekim kabul edilemez olarak değerlendirdiği herhangi bir girişimi reddetme hakkına sahiptir.

Kriyopreservasyon tekniği bağış için gametlerin ve embriyoların elde bulunma oranını artırır. İzin verilen hallerde bir veya daha fazla gamet vericisi veya bir embriyo vericisi muhtemel çocuğun fonksiyonel anne babaları olmayacaksa, hekim alıcıların doğmamış çocuk için tüm sorumluluğu kabul edeceği ve vericilerin çocuk doğduğu zaman üzerinde hiçbir hak iddia etmeyeceğine dair bir belge imzalatmalıdır.

Uterusu olmayan yetişkin bir kadın hasta olduğunda, vekil annenin kullanıma mevcut yasalar veya ulusal tıp birliği yada diğer uygun tabip örgütlerinin ahlaki kurallarına karşı olmadıkça kullanılabilir. Serbest ve yazılı onay böyle bir vekil yöntemine bir şekilde katılan taraflarca verilmelidir. Böyle bir vekil annelik yönteminin kullanımında yasal, ahlaki ve moral kurallar vardır ve hekim bunları böyle bir yöntemi kullanmada karar vermenin bir parçası olarak kavramalı ve değerlendirmelidir.

Aşağıdaki paragraf erkek ve karısı tarafından benimsenecek bir çocuğun ortaya çıkarılması amacıyla bir erkeğin spermi ile yapay olarak bir ücret karşılığı

inseminasyon işlemine alınacak bir kadın ile anlaşarak “vekil anne babalık” düzenlemesini onaylamaya yönelik değildir.

Ovum, sperm veya embriyonun piyasaya sunuş veya satış için önerilmesi yoluyla herhangi bir ticari amaçla kullanılması Dünya Tabipler Birliği tarafından suç sayılmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ GEÇİCİ BİLDİRİSİ AIDS

Madrid İspanya Ekim 1987'deki 39. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul Edildi.

Edinsel immün yetmezlik sendromunun (sık olarak AIDS olarak anılır) doğrulanmış vakaları 100'den fazla ülkede bildirilmiştir. 5 ile 10 Milyon arasındaki insanın AIDS virüsü ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir ve bu yüzden bu kişiler hastalığı bulaştırma potansiyeline sahiptir. Tüm ulusal tıp birlikleri ve tüm hekimler bir tedavi bulununcaya kadar bu hastalık ile uğraşma konusunda stratejiler geliştirmek için bilgi ve deneyimini paylaşmalıdır.

AIDS tedavi edilemez bir hastalık olduğu ve önemli oranda cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğu için, hastalığa ait bilimsel ve tıbbi konuların yanı sıra birçok karmaşık ahlaki konular da hekimin karşısına çıkar. Hekim ve ulusal tıp birliklerine yardımcı olması amacıyla, Dünya Tabipler Birliği bu bildiriye sunulan ana hatları benimsemektedir. Ayrıca WMA bu 39'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (1987) AIDS konusuna özel bir bilimsel oturum düzenlemektedir. Dünya Tabipler Birliği bu bilimsel bölümde uzmanların tavsiyelerini ve dünya çapındaki uzmanlardan elde edilebilecek en iyi bilgiyi çalışacak ve bu önemli meseleyi 1988'deki 40'ıncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda daha kapsamlı olarak rapor edecektir.

Daha kapsamlı bir rapor oluşuncaya kadar, Dünya Tabipler Birliği aşağıdaki noktaları önermektedir:

1. Ulusal Tıp Birlikleri AIDS ve AIDS ile ilgili problemlerle başa çıkmak için ulusal bir politika geliştirmede hükümetleri ile tam bir işbirliği içinde olmalıdır.
2. Ulusal tıp birlikleri AIDS ve AIDS ile ilgili problemleri ve bu problemlerin genel olarak toplumu nasıl etkileyeceği gibi konularda genel toplum eğitimi için toplumsal uyarı programlarının geliştirilmesine tam olarak katılır.
3. Tüm hekimler etkili AIDS danışmanları olacak şekilde eğitilir. Hekimler hastalarına kendileri ve diğerleri için AIDS riskinden kaçınmak için etkili davranışlar konusunda eğitim vermede danışman olmalıdır. Seropozitif olduğu bulunan hastalar ile ilgili olarak, hekimler şu noktaları etkili olarak verebilmelidir: (a) hastalığın yayılmasını önlemek için sorumlu davranış; (b) kendi sağlıklarının korunması için stratejiler; ve (c) geçmişte ve o anda AIDS virüsü tarafından muhtemel enfeksiyonları ile ilgili cinsel temaslarda uyarı yapılması gerekliliği
4. AIDS virüsü için testler test edilmek isteyen herkes için hazır bulunmalıdır. AIDS virüsünü zorunlu testi kan ve kan elemanları, organ ve diğer dokuların transplantasyonu için niyetlenen vericiler ve yapay dölleme veya invitro fertilizasyon için toplanan meni veya ovum vericileri için zorunlu tutulmalıdır. Ayrıca ulusal politika askeri personel, ceza kurumlarında çalışanlar ve göç-

menler gibi toplumun diğer belirli kesimler için zorunlu test olanağı sağlayabilir.

Hastanın yazılı onayı dahilinde gönüllü test aşağıdaki koşullarda düzenli olarak yapılabilir: (a) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar için tedavi gereken tüm hastalar; (b) İlaç bağımlılığı için tedavi gereken tüm hastalar; (c) Gebeliğin ilk 3 ayındaki hamile kadınlar; (d) Yüksek AIDS insidansı olan bölgelerden gelen veya aile planlaması hizmetleri gerektiren yüksek risk davranışı ile ilgili bireyler; ve (e) Cerrahi veya diğer girişimsel işlemleri gerektiren hastalar. Bununla birlikte, eğer bir gönüllü politika etkili olmazsa zorunluluk getirme durumu gözönünde bulundurulmalıdır.

5. Doğrulanmış her bir AIDS vakası ortak şekilde belirlenmiş bir otoriteye veya epidemiyolojik amaçlar konusunda çalışan bir belirleyiciye bildirilir. AIDS virüsü için seropozitif olduğu bulunan bireyler epidemiyolojik olarak önemli olan yeterli bilgi ile ortak bir temelde bildirilmelidir.
6. AIDS'li hastalar ve AIDS virüsüne karşı antikoru pozitif olarak bulunanlar uygun tıbbi bakım görmeli ve günlük yaşamlarında ters veya mantıksız bir ayırım nedeni ile doğru olmayan şekilde tedavi edilmemelidir. Hekimler enfeksiyon hastalıklarına yakalanmış hastalara şefkat ve teşvik gösterme eğilimi yönünden uzun ve saygıdeğer bir geleneğe sahiptir. Bu gelenek AIDS epidemisi için de sürdürülmelidir. Hekimler ve ulusal tabip birlikleri hastalıktan dolayı istenmeyen bir riske karşı toplumun korunmasında diğerlerinin haklarını ve önceliklerini, mantıksız davranışlardan arınmış olarak, hasta haklarını dikkatle gözönünde çalışma sistemini geliştirmede aktif olarak yer almalıdır.
7. Hasta bilgisine erişim, hastaya yardım etmek veya hasta ile yakından ilgili sağlığı korumak konusunda yasal hakka sahip tıbbi bakım personeli ile sınırlı olmalıdır. AIDS hastaları ve taşıyıcılarının kimliği toplumun sağlığı aksini gerektirmedeği sürece açıklanmadan saklanmalıdır.
8. Hasta bilgisinin gizliliğinin büyük oranda korunması mümkün iken, enfekte bir bireyin şüphe taşımayan cinsel eşini uyarmak için bir yöntem belirlenir. Yöntem, risk altındaki bireyleri uyarmak için profesyonel zorunluluk taşıyan hekime yeterli yasal koruma gücünü vermelidir.
9. Toplum içerisinde virüsün prevalans ve konversiyon hızını belirlemek için yapılan çalışmalarda güvenilir veriler elde edilir. Bu tip çalışmalar hastalığın yayılımını ölçmek için uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ AIDS HASTALARININ TEDAVİ ETMEDE HEKİMLERİN MESLEKİ SORUMLULUĞU

Viyana Avusturya Eylül 1988'deki 40. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul edildi.

Dünya Tabipler Birliği gelişen bir AIDS epidemisi ile başa çıkmak için stratejiler geliştirmede ulusal tıp birliklerine yardımcı olmak için daha önce bazı önemli noktaları benimsemiştir. Bu bildiri AIDS hastalarının tedavisi için başvuru alan kişi olarak profesyonel sorumluluklarına yönelik her hekime yön göstermede ve aynı zamanda hekimin seropozitif olması halinde hastalarına karşı hekimin sorumluluğuna değinen bilgiler sağlar.

AIDS konusunda Dünya Tabipler Birliği geçici bildirisi Ekim 1987'de benimsendi, aşağıdaki kısımları içermektedir:

“AIDS’li hastalar ve AIDS virüsüne karşı antikoları pozitif olarak test edilenler uygun tıbbi bakım almalıdır ve günlük yaşamlarında yanlış veya mantıksız bir ayırmadan dolayı doğru olmayan şekilde tedavi edilmemelidirler. Hekimler enfeksiyon hastalığına yakalanan hastalara şefkat ve teşvik gösterme eğilimini yansıtan uzun ve saygıdeğer bir geleneğe sahiptir. Bu gelenek AIDS epidemisi süresince devam ettirilmelidir.”

AIDS hastaları şefkat ve insan itibarına saygı ile yoğun tıbbi bakım altına alınır. Bir hekim yalnızca hasta seropozitif olduğu için, hekimin mevcut mücadele gerçeği dahilinde olan duruma sahip bir hastayı tedavi etmeyi ahlaki olarak red etmeyebilir. Tıp ahlakı seropozitifliğe bir hastaya karşı kategorik ayırım yapılmasına izin vermez. AIDS’ye yakalanmış bir kişi yoğun, şefkatli tedaviye ihtiyaç duyar. AIDS’li kişilerin ihtiyaç duyduğu bakım ve hizmetleri sağlayamayan bir hekim bu tip hizmetleri sağlamak için donanıma sahip hekimlere veya kurumlara uygun bir başvuru yapmalıdır. Başvuru kabul edilinceye kadar, hekim yetenekleri dahilinde hasta-ya en iyi bakımı vermelidir.

AIDS virüsü ile enfekte olanların hakları ve çıkarları enfekte olmayanlar kadar koruma altına alınmalıdır. Bir enfeksiyon hastalığı olduğunu bilen bir hekim hastalığı diğerlerine bulaştırma riski taşıyan herhangi bir aktivite ile uğraşmamalıdır.

Tıbbi bakımın sağlanmasında enfeksiyon hastalığının bir hekimden bir hastaya bulaşma riski varsa, bu riskin hasta için ortadan kaldırılması yeterli değildir; hastalar hekimlerinin bir enfeksiyon hastalığı ile uğraşmasından dolayı kendilerinin risk altına girmeyeceğini beklerler.

Hiçbir risk yoksa, hekimin tıbbi durumunun hasta açısından ortadan kaldırılması hiçbir mantıksal amaca hizmet etmeyecektir; eğer bir risk varsa, hekim bu aktivite ile uğraşmamalıdır.

Eğer hasta hekimin durumu ve durumun ortaya çıkardığı riskler konusunda tam olarak bilgilendirilirse ve hasta seropozitif hekim ile bakım ve tedaviye devam etmeyi seçerse, gerçek bir yazılı onayın alındığına dair büyük dikkat harcanmalıdır.

Tüm hekimlerin görevi, hastanın düzenli bir ortamda kalmasına yardım etmek yanlış belgelendirmeleri red etmektir.

Hekimin görevi, basit ve etkili olmaları nedeni ile sağlık personeli için sağlıklı ve koruyucu tedbirlerin uygulanmasını sağlamaktır.

Tüm hekimlerin görevi AIDS'nin yayılmasını durdurmak için kamu yetkilileri tarafından başlatılan önleyici programlarda tam olarak katılımcı konumunda bulunmaktır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ HIV EPİDEMİSİ İLE ORTAYA ÇIKAN KONULAR

Marbella, İspanya, Eylül 1992'de 44'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir.

Dünya Tabipler Birliği hekimlerin HIV ile enfekte hastalara yönelik ayırımdan kaçınmasını, enfekte olanlara verilen bakım koşullarını, HIV enfeksiyonlu hekimin bir hastaya enfeksiyon bulaştırmaktan kaçınmadaki sorumluluğunu, hatalı belgelendirme konularını, enfeksiyon kontrol işlemleri ile uyum sağlamayı, önleme programlarında kamu yetkilileri ile ortak çalışmayı, ulusal politika ve programları geliştirmeyi, hastaların HIV enfeksiyonundan kaçınması veya enfekte ise diğer bireyleri enfekte etmekten kaçınması konusunda danışmanlık vermeyi, özellikle enfekte olma ihtimali olanları HIV yönünden test etme olanaklarının yayılmasını, kan bağıışı gibi belirli koşullarda gerçekleştirilecek zorunlu testleri, AIDS ve HIV enfeksiyon vakalarının rapor edilmesini, enfekte hastalar ile enfekte olmayanların hakları arasında dengeleme yapmayı, hasta tıbbi bilgisinin gizliliğini ve HIV'nin prevalans ve insidansına belirlemek için yapılan araştırmaları içeren, HIV epidemisi ile başa çıkmak için daha önceden stratejilerini benimsemiştir.

HIV enfeksiyonlu kişilerin ve AIDS hastalığı ilerlemiş olanların sayısı halen artmaktadır. 2000 yılına kadar tüm dünyada 40 milyon kişinin HIV ile enfekte olacağı tahmin edilmektedir. Bu yüzden Dünya Tabipler Birliği, ulusal tabip birliklerinin önleme, tedavi ve araştırma politikaları ve programlarında aktif bir rol alması konusunda devamlı bir ilgi ifade etmektedir. Dünya Tabipler Birliği önceki önerilerine aşağıdaki eklemektedir:

1. Toplumun ve hükümetin tüm bölümleri ile ortak olarak ulusal tabip birlikleri HIV önleme, tedavi ve araştırması için kapsamlı bir programı geliştirmeli ve uygulamalıdır.
2. Ulusal tabip birlikleri önleme, tedavi, dikkat ve enfekte olanlara toplumsal şevkat konusunda koordine bir programı sağlamak için tüm basın ve iletişim yöntemleri ile çalışır.
3. Ulusal tabip birlikleri hekimlere hastalarını pozitif testin sonuçları hakkında mümkün olduğunca kaba şekilde bilgilendirmede sorumlu olduklarını hatırlatır. Hastaları bu şekilde bilgilendirmede hekimler anlayış ve nezaketi kullanmalı ve hastaların psikolojik durumu için uygun bir değerlendirmeye sahip olmalıdır.
4. Ulusal Tabip Birlikleri HIV enfeksiyonunun tüm evreleri için mevcut güncel tıbbi tedavilerde hekimin eğitim ve bilgilendirmesinde ve uygun enfeksiyon kontrol işlemlerinin ve hastalık kontrolü için merkezler tarafından belirlenen evrensel tedbirlerin kullanımında yardımcı olmalıdır.

5. Ulusal Tabip Birlikleri hekimlerin hastalarına etkili bakımı vermesinde yardımcı olmak amacıyla, HIV ile enfekte hastalarla ilgili biyolojik, klinik ve psikolojik tıbbi eğitimin gerekliliği konusunda ısrarlı olmalıdır.
6. Ulusal Tabip Birlikleri, HIV enfeksiyon risklerinin hastalar tarafından anlaşılmasına yardım etme ve uygun önleyici tedbirler alınması konusunda yetkilileri teşvik etmelidir.
7. Ulusal Tabip Birlikleri, hastaneler ve diğer tıp kurumlarındaki gelişmiş enfeksiyon kontrol işlemlerini değerlendirmeli ve teşvik etmelidir.
8. Ulusal Tabip birlikleri kadın ve çocuklar için HIV teşhis ve tedavisinde gelişmeyi sağlayacak yöntemleri değerlendirmeli ve teşvik etmelidir.
9. Ulusal Tabip Birlikleri özellikle cinsel yolla bulaşabilen hastalıklarla ilgili enfeksiyon ve epidemiler ile uğraşmada geçmişte başarılı olmuş halk sağlığı tekniklerinin kullanımını teşvik etmelidir.
10. HIV bulaşması yollarından olan ilaç bağımlılığı tedavisine daha fazla teşvik vermede ulusal tabip birlikleri için ek bir zemindir.
11. Ulusal Tabip Birlikleri HIV konusundaki önleme, tedavi ve araştırmada ortak çalışma için diğer tıbbi, profesyonel ve sağlık organizasyonlarının dünya çapında stratejiler geliştirmesine katılmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ GENETİK DANIŞMA VE GENETİK MÜHENDİSLİĞİ

Madrid, İspanya, Ekim 1987, 39'uncu Dünya Tabip Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

Dünya Tabipler Birliği genetik alanındaki bilimsel ilerlemelerden dolayı ortaya çıkan ahlaki ve profesyonel konular ile ilgili olarak hekimlere yardımcı olmak için aşağıdaki maddeleri benimsemiştir.

Genetik Danışma

İki temel genetik teşhis alanı vardır:

1. Hasta olabilecek bir çocuğu önceden tahmin edebilmek için ebeveynleri genetik hastalıkları açısından hamilelik öncesinde izleme veya değerlendirme; ve
2. Hamilelik sırasında ultrasonografi amniyosentez ve fetoskopi gibi fetüsün durumunu belirlemeye yarayan in-utero testler

Genetik danışma veren hekimler çocuk yapma kararı konusunda bilgi vermek temelinde anne-baba adaylarına gerekli açıklamayı sağlamaya ahlaki yönden zorunludur. Çocuk sahibi olmayı tercih eden çiftlere bilgileri sağlamada hekimler Dünya Tabipler Birliği, ulusal tabip birliği ve diğer uygun tıp organizasyonları tarafından belirlenmiş olan, toplumdaki tıp uygulamaları için ahlaki gereklere ve profesyonel standartlara bağlı kalmalıdır.

Teknolojik gelişmeler genetik bozuklukları doğru tahmin ve tespit etme olasılığını yükseltmiştir. Fetüste bir genetik bozukluk bulunduğu hallerde, anne-baba adayları düşüğü isteyebilir veya istemeyebilir. Kişisel moral sebeplerle hekimler genetik danışma hizmetlerinin parçası olarak doğum kontrolü, kısırlaştırma veya düşük seçimine karşı çıkabilir veya çıkmayabilir. Kabul etsinler veya etmesinler bu tip hizmetleri sağlamada hekimler kişisel moral değerlerinin ön plana çıkmasından ve anne-baba adayları için kendi moral yargılarını ortaya koymaktan kaçınmalıdır.

Doğum kontrolü, kısırlaştırma ve düşüğü moral değerleri ve bilinçleri ile çelişkili olarak değerlendiren hekimler genetik hizmetleri sağlamamayı seçebilirler. Bununla birlikte uygun koşullarda hekim, anne-baba adaylarına potansiyel bir genetik problemin bulunduğu ve hastayı kalifiye bir uzmandan tıbbi genetik danışma alması gerektiği konusunda uyarmaya zorunludur.

Genetik Mühendisliği

Genetik mühendisliği araştırmaları geliştikçe, uygun rehberlik, bilim toplumu, tıp, endüstri, hükümet ve bu tip araştırmayı düzenleyecek kamu kuruluşları tarafından sağlanmalıdır.

İnsandaki bozuklukların tedavisi için normal DNA'lı gen replasmanı pratik bir gerçek haline geldiği zaman, Dünya Tabipler Birliği aşağıdaki faktörlerin gözönüne alınmasını zorunlu kılar.

1. Eğer işlemler araştırma kurgusu içerisinde gerçekleştiriliyorsa, insanları ilgilendiren biyomedikal araştırmalar konusunda Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi'ne başvuru yapılmalıdır.
2. Eğer işlemler araştırma dışında bir kurguda gerçekleştirilirse, tıp uygulaması ve profesyonel sorumluluk konusunda tüm genel ve yerel standartlara bağlılık Helsinki Bildirgesi prensiplerine bağlı kalmayı içerecek şekilde sağlanmalıdır.
3. Hasta ile öngörülen işlemin tam olarak tartışılması gerekir. Hastanın veya yasal temsilcisinin onayı gönüllü ve yazılı olarak bildirilmelidir.
4. Değiştirme veya düzeltme genini içeren viral DNA üzerinde hiçbir tehlikeli veya diğer istenmeyen virüs olmamalıdır.
5. Yerleştirilen DNA, sağlıklı dokuya ve hastaya zarar vermeyen metabolik hasarı önleyen alıcı hücre içerisinde normal kontrol altında işlev görmelidir.
6. Gen tedavisinin etkinliği mümkün olduğunca en iyi şekilde değerlendirilmelidir. Bu, hastalığın doğal öyküsünün tespitini ve ardından gelen nesillerin takip muayenesini içerecektir.
7. Bu tip işlemler gelecekte yalnızca diğer muhtemel tedavilerin bulunmasının ve etkinliğinin dikkatli değerlendirmesinden sonra gerçekleştirilmelidir. Eğer daha basit ve daha güvenli bir tedavi varsa, işlem zorlanmamalıdır.
8. Tüm bu değerlendirmeler gözönüne alınmalı, gelecekte işlemler ve bilimsel bilgiler geliştikçe uygun şekilde değerlendirilmelidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ İNSAN GENOMU PROJESİ

Marbella, İspanya, Eylül 1992, 44'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir.

ÖNSÖZ

İnsan genomu projesi gen içerisinde yer alan bilgilerin bizi genetik hastalıklardan bir çoğunu rahim içerisinde veya bundan çok daha önce teşhis etmeye götüreceği varsayımına dayanır; bu, döllenmeden önce karar vermemizi sağlayacaktır.

Genetik hastalıkların anlaşılmasındaki anahtar, mutasyon sonrasında genlerin tespiti ve karakterizasyonundadır. Böylece bir kişi tüm insan biyolojisinin anlaşılmasının insan vücudu içerisindeki kromozomlardaki 50 bin ile 100 bin arasındaki genin tespitinde yer aldığını söyleyebilir.

İnsan genomoprojesi temel genetik hastalıklarla ilgili genleri belirlememizi ve karakterize etmemizi sağlayabilir; daha sonra şeker hastalığı, şizofreni ve Alzheimer gibi diğer faktörlerle birlikte bir genetik bileşenli hastalıklarla ilgili genleri belirlemek ve karakterize etmek mümkün olur. Bu hastalıklarda gen bizzat sebep olmak yerine hastalığa bir yatkınlık yaratır. Bu hastalıklar ciddi sosyal problemlerin sebebidir ve hastalığın ortaya çıkışından önce yatkınlığı teşhis etmek mümkün olursa, yaşam tarzındaki değişiklikler, diyet düzenlemeleri ve periyodik kontrollerle önlemek mümkün olabilir.

20. Yüzyılın ikinci yarısında bir kişi hastalıkları biyokimya yönünden düşünmeye başladığı zaman kavramsal bir devrim meydana geldi. Vücuttaki hücrelerde yer alan tüm biyokimyasal süreçlerin genler içerisinde açıklanması yeni bir devrim meydana getirmektedir.

Politika Sorunları

Birçok hastalığı daha iyi anlayabilmemize yarayan genetik bilgiyi çabuk şekilde elde etmek için birçok önemli ahlaki sebep vardır. Bununla birlikte, bu bilgi, aynı zamanda tedavi yollarını geliştirmedeğimiz ve bireyin en iyi seçeneği kullanması amacıyla çeşitli genetik seçenekleri topluma iletmediğimiz sürece de huzursuz edebilir.

Diğer bir soru, yatırım yapılan çabaların daha az maliyet ile aynı hedeflere varmada diğer yöntemlerle karşılaştırılmasının doğru olup olmadığıdır. Proje, kapsamlı bir envantere ulaşmalı mıdır yoksa daha az gösterişli şekilde adım adım ve aşamalı olarak ilerlemeye başlamak mı tercih edilmelidir?

Projenin Maddi Desteği

İnsan genomu projesi uzay programına benzer şekilde "yasaklanabilir" bir proje olarak değerlendirilir, böylece yatırım ve geri dönüş arasında hiçbir oran olmadığı iddia edilebilir. Projenin tahmin edilen bedeli 15 yıl süresince 3 Milyar Dolardır ve bu yılda 200 Milyon dolar demektir. Kistik fibrozis vakfının yalnızca Amerika'da

son 4 yıl içerisinde yalnızca bu hastalık için 120 Milyon Dolar harcamış olduğunu düşündüğümüzde, bu maliyet olağanüstü görünmeyebilir. Böylece maddi korkular projenin gelişmesini önleyemez.

Bir başka rahatsız edici faktör insan embriyolarındaki klinik araştırmalar için fon ayrılmasında bazı ülkelerdeki yasaklardan kaynaklanmaktadır. Genleri haritalama konusunda para harcanmasından sonra, izleme konusundaki klinik araştırmalar için hiç para kalmayabilir.

Bilimsel ortaklık İhtiyacı ve Gizliliğin Korunması arasındaki çatışma

İnsan genlerinin haritalanması anonim olmalıdır fakat elde edilen bilgi bireysel farklılıklar, renk veya ırktan bağımsız olarak her insana uygulanacaktır. Bilgiler genel özellikte olmalı ve iş amaçları için kullanılmamalıdır. Böylece insan genomu veya bunun parçaları için hiçbir patent verilmemelidir.

Özel sigorta ve işe almada genetik ayırım

Yeni teknolojilerin genetik heterojenliği artıran potansiyeli ile özel sigorta ile işe almadaki kriterler arasında bir çatışma vardır. Genetik faktörlerle ilgili olarak işe alma veya sigorta yapmada ırk ayırımının kullanılmasını yasaklayan benzer bir fikir birliğini benimsemek arzu edilebilir.

Genetik haritalama, lekeleme ve sosyal ayırımın bir kaynağı haline gelebilir ve riskli popülasyon kusurlu bir popülasyon haline dönebilir.

Eugeniklerin tehlikesi ve genlerin tıp dışı amaçlarla kullanımı

Eugenikler karar vermede önemli olan genlerin varsayılmasına dayanır ve bunların popülasyonda dağılım şekli üreme davranışını değiştirir. Bu kavrama göre genel olarak iyi olan bireyin özgürlüğündeki sınırlamaları ortaya koyar. Bilginin gücü bunun nasıl kullanılacağı konusuna ilgi uyandırır. Hala ırkın geliştirilmesi ve tıbbi olmayan amaçlarla tıp teknolojisinin kullanılması konusunda Eugenikler üzerinde, hükümet programlarından dolayı korkular vardır.

ÖNERİLER

İnsan genomu projesi ile ortaya çıkan ahlaki konular teknolojinin kendisi ile değil uygun kullanımı ile bağlantılıdır. Bu yeni aracın gücüne bağlı olarak, bunun ahlaki, yasal ve sosyal yönleri program hala başlangıçta olmasına rağmen incelenmelidir.

Araştırmacıların tanrı rolünü oynama eğilimine girebilmeleri veya doğa yasaları ile uğraşmaları konusundaki korkulardan dolayı bazı karşı çıkmalar vardır. Eğer kendimizi insan genomu projesine karşı prensiplerde özgürleştirirsek, yeni bir teşhis ve tedavi yöntemini incelediğimizde bize rehberlik edecek aynı ölçütler ile ilgili ahlaki gidişi belirleyebiliriz. Riske karşı avantajın değerlendirilmesindeki temel kriter, bir kişinin insan olarak saygısı, otonomi ve özel hayata saygısında yatmaktadır.

Risk altındaki toplumun ayırt edilmesini ve genetik lekelenmesini önlemek için genel ahlaki ve yasal ana hatların belirtilmesi gerekir.

Genel başlıklar şunlardır:

- Genetik hizmet, sosyal eşitsizliği artıracak kaynaklara sahip olan kişiler tarafından kullanımını önlemek amacıyla herkes tarafından kolay ulaşılır olmalıdır.
- Tüm ülkeler arasında teknoloji ve bilginin uluslararası paylaşımı ve transferi gereklidir.

- Bilginin kullanımı konusunda taranacak kişilerin isteklerine saygı duymalıdır.
- Kapsamlı bilgi hasta veya yasal vekiline verilmelidir. Tıbbi gizlilik korunmalı ve bilgiler onay alınmadan 3'üncü bir şahsa aktarılmamalıdır. Hastanın aile üyeleri risk altında olsa bile, ciddi bir zarar olmadıkça ve bu zarar bilgiyi saklayarak önlenemediği sürece korunmalıdır; gizlilik ancak hastayı bu bilgileri kendi başına aktarmaya ikna etme çabaları başarısız olduğunda son çare olarak çığnenebilir; bu durumda bile ilgili genetik bilgi gizli tutulmalıdır.
- Bilginin üçüncü bir şahsa açıklanması veya kişisel genetik verilere erişim hastanın yazılı onayı dahilinde uygulanmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ BİYOMEDİKAL ARAŞTIRMADA HAYVAN KULLANIMI

*Hong Kong, Eylül 1989, 41'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda
Benimsenmiştir.*

Önsöz

Biyomedikal araştırma toplumumuzdaki her bireyin sağlığı ve iyiliği için önemlidir. Biyomedikal araştırmadaki ilerlemeler tüm dünyada yaşamın kalitesini dramatik olarak yükseltmiş ve süresini uzatmıştır. Bununla birlikte bilim toplumunun kişi ve toplum sağlığını iyileştirmek için çabalarına devam etme yeteneği, biyomedikal araştırmalarda hayvanların kullanımını ortadan kaldırmaya yönelik bir hareket ile tehdit edilmektedir. Bu hareket toplum tutumlarının çok dışındaki görüşlerde olan ve taktikleri karmaşık lobi faaliyetlerinden, fon yükseltmeden, propaganda ve biyomedikal araştırma etkinlikleri ve bireysel bilim adamları üzerine şiddete dönük saldırı kampanyalarına kadar yanlış bilgilendirme şeklindeki taktikleri olan radikal hayvan hakları aktivist grupları tarafından başlatılmaktadır.

Hayvan hakları konusunda şiddet eylemleri giderek artmaktadır. Yalnızca Birleşik Devletlerde 1980'den beri hayvan hakları grupları ABD araştırma etkinlikleri üzerine 29'dan fazla saldırı gerçekleştirmiş, 2000'den fazla hayvanı çalmış ve böylece süreç içerisinde bilimsel araştırmaların yıllarını gasp etmiş ve fiziksel olarak 7 Milyon Dolardan fazla hasara sebep olmuştur. Hayvan aktivist grupları benzer aktiviteleri İngiltere, Batı Avrupa, Kanada ve Avustralya'da gerçekleştirmiştir. Bu ülkelerdeki çeşitli gruplar arabaları, kurumları, depoları ve araştırmacıların özel evlerini bombalama sorumluluğunu iddia etmiştir.

Hayvan hakları konusundaki şiddet uluslararası düzeyde bilimsel toplumu olumsuz etkilemiştir. Bilimciler, araştırma kurumları ve üniversiteler hayvanların kullanımına bağlı olan önemli araştırma çabalarını değiştirmiş veya daha ciddi olarak sona erdirmiştir. Laboratuvarlar araştırma için ayrılan binlerce doları karmaşık güvenlik ekipmanını oluşturmak üzere harcamaya zorlanmıştır. Diğer şekilde biyomedikal araştırma kariyerine devam edebilecek gençler bakışlarını alternatif uzmanlıklara çevirmiştir.

Hayvan aktivizminden biyomedikal araştırmaları korumak için birçok grubun girişimlerine rağmen, hayvan hakları hareketine cevap bölünmüş, maddi destek düşmüş ve temel olarak savunma konumuna geçmiştir. Biyomedikal toplum içerisindeki birçok grup misillimeden korktuğu için hayvan aktivizmi konusunda toplumsal bir direnç almaya tereddüt etmektedir. Sonuç olarak, araştırma ortaya koymak bir savunma duruşu haline gelmiştir. Motivasyonları sorgulanmakta ve araştırmada hayvanları kullanmanın gerekliliği tekrar tekrar mücadele gerektirmektedir.

Hayvanları ilgilendiren araştırmalar tüm kişilerin tıbbi bakımını artırmada gerekli iken araştırma hayvanlarının insanca muamele görmesinin kesin olarak sağlanması gerektiğini de anlıyoruz. Tüm araştırma personeli için uygun eğitim sunulmalı ve yeterli veteriner bakımı bulundurulmalıdır. Deneyler insan muamelesi, barındırma, bakım, muamele ve hayvanların taşınması konusundaki tüm kural veya düzenlemeye uymalıdır.

Uluslararası tıbbi ve bilimsel organizasyonlar hayvan aktivistleri tarafından ortaya konulan toplum sağlığını daha fazla tehdit etmekte olan karşıt kampanyaları daha kuvvetli ve bütün halinde geliştirmelidir. Liderlik ve koordinasyon sağlanmalıdır.

Dünya Tabipler Birliği bu nedenle aşağıdaki ilkeleri ortaya koymaktadır:

1. Biyomedikal araştırmada hayvan kullanımını tıbbın devamlı ilerlemesi için önemlidir.
2. Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi insanlar üzerinde yapılan çalışmaları ilgilendiren biyomedikal araştırmaların hayvan deneylerine dayanması gerektiğini fakat aynı zamanda araştırma için kullanılan hayvanların haklarına saygı duyulması gerektiğini ifade eder.
3. Biyomedikal araştırmada kullanılan hayvanlara insanca muamele önemlidir.
4. Tüm araştırma etkinliklerinin hayvanlara insanca muamele için tüm yol gösterici prensiplere uyması gereklidir.
5. Tıp dernekleri biyomedikal araştırmada hayvanların uygun kullanımına karşı çıkan herhangi bir girişime direnmelidir çünkü bu tip direniş hasta bakımına zarar verir.
6. Özgür konuşma hakkına karşı çıkılmaması gerekirken, hayvan hakları aktivistleri arasındaki anarşist bileşen suçlanmalıdır.
7. Bilim adamları ve ailelerinin tehditler, şiddet ve kişisel saldırılar kullanılarak zarar görmesi uluslararası düzeyde suç sayılmalıdır.
8. Uluslararası yasa zorlama tedbirleri yoluyla maksimum bir birleşik çaba bir terörist tabiatlı aktiviteden araştırmacıları ve araştırma faaliyetlerini korumak için gerçekleştirilmelidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ

JENERİK İLAÇ UYGULAMASI

Hong Kong, Eylül 1989, 41'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

Tanımlama

Jenerik uygulama burada reçete edilen ilaç ürünü için farklı bir marka veya markasız bir ilaç ürününün verilmesi olarak tanımlanır; yani, aynı dozaj formunda ve tamamen aynı kimyasal kapsama sahip fakat farklı bir firma tarafından dağıtımı yapılan üründür.

Önsöz

Eğer ilaç ürünleri farklı biyolojik olarak inaktif maddelerin varlığı ve/veya farklı üretim süreçleri nedeniyle biyolojik nedeniyle eş değilse, bu tip ilaç ürünleri arasında istenmeyen tedavi eşdeğerliği de değişebilir. Bu yüzden, biyolojik, kimyasal ve terapötik olarak eşdeğer olmayan ilaç ürünleri arasında yer değiştirme meydana geldiği zaman hasta olumsuz yönde etkilenebilir; yani istenmeyen ilaç reaksiyonu veya bir tedavi başarısızlığından yakınabilir. Bu sebeplerle, hekim ulusal yasa yetkilileri tarafından birçok kaynaktan reçetede bulunan ilaç ürünlerinin biyolojik, kimyasal ve tedavi eşdeğerliği konusunda emin hale getirilmelidir. Bu prensip tek kaynaktan gelen ilaç ürünleri için de arzu edilir. Kalite güvence işlemleri yığından yığına biyolojik eşdeğerlik ve kimyasal ve tedavi eşdeğerliği konusunda emin olmayı gerektirir.

İlaç seçimi sürecinde, herhangi bir hastada özel bir endikasyon için tercihte ilacın yazılmasından önce birçok tıbbi değerlendirme yapılmalıdır. Bu primer değerlendirmeler yapıldıktan sonra, hekim hastanın ihtiyaçlarının tümüne en iyi hizmet edecek benzer ilaç ürünlerinin karşılaştırmalı maliyetlerini değerlendirmelidir. Hekim hasta adına en iyi yargıyı uygulama hakkına ve zorunluluğuna sahiptir; öyleyse hekim hasta için en iyi tıbbi ve ekonomik olarak uygun olduğunu değerlendirdiği ilaç ürününün tip ve miktarını seçmelidir. Hasta seçilen ilaca onay verdiği zaman, bu ilaç hasta ve hekimin onayı olmadan değiştirilmemelidir. Üçüncü şahıs konumundaki kariyer sahibi insanların jenerik ilaç değiştirmeleri olduğu zaman bile, hekimin reçete yetkisini korumak için her çaba gösterilmelidir. Bu prensipleri izlemedeki yetersizlik hastanın zarar görmesi ile sonuçlanabilir ve hekimler hasta adına bu tip zararlı sonuçlardan sorumlu tutulabilir ve aynı şekilde ulusal tabip birlikleri bu korumayı elde tutmak için mümkün olan her şeyi yapmalıdır.

Öneriler

1. Hekimler uygulama yaptıkları yerleşimlerde jenerik ilaç uygulaması ile ilgili özel yasa ve/veya düzenlemeleri bilmelidirler.
2. Tedavinin başlamasında, hekimler optimum etkinlik ve emniyet için özellikle normal olarak bir ilacı cevap vermesi beklenmeyen özel popülasyon grupla-

rındaki hastalar veya uzun süreli tedavi gerektiren kronik rahatsızlıkları olan hastalarda ilacın dozunu dikkatli şekilde belirlemelidir.

3. Kronik hastalıklar için bir ilaç reçete edildikten ve başlandıktan sonra, hekimin izni alınmadan herhangi bir jenerik veya marka isimli ürünün değiştirilmemesi gerekir. Eğer bir ilaç ürününün jenerik veya marka adı değiştirilmesi meydana gelirse, hekim ilaç ürünlerinin tedavi eşdeğerliğinden emin olmak için dozunu dikkatli şekilde izlemeli ve ayarlamalıdır.
4. Hekim ilaç değiştirmesi ile ilgili olabilecek ciddi ters ilaç reaksiyonları veya tedavi başarısızlıklarını rapor etme görevi taşır; bulgu belgelenmeli ve uygun ulusal tabip birliğinin de içinde olduğu yetkililere rapor etmelidir.
5. Ulusal Tabip Birlikleri jenerik ilaç değiştirme konularını düzenli olarak takip etmeli ve hastanın bakımı için özel ilgi taşıyan gelişmeler konusunda üyelerine tavsiyelerde bulunmalıdır. Uygun olduğu zaman önemli gelişmeler konusundaki bilgi raporları hekimlere ulaştırılmalıdır.
6. Diğer kurumlarla ortak olarak ulusal tabip birlikleri emniyetli ve etkili tedaviyi sağlamak amacıyla, jenerik veya marka adı ile üretilen tüm benzer ilaç ürünlerinin biyolojik, kimyasal ve tedavi eşdeğerliğini değerlendirmeli ve tespit etmelidir.
7. Ulusal tabip birlikleri hekimin hastanın tıbbi ve ekonomik durumuna en uygun ilacı reçete etme özgürlüğü ve sorumluluğunu sınırlayan herhangi bir eyleme karşı çıkmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİNİN KIRSAL ALANLARDAKİ TIBBİ BAKIMLARLA İLGİLİ ÖNERİLERİ

*Helsinki, Finlandiya Haziran 1964, 18'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'n-
da Benimsenmiştir*

ve

*Venedik, İtalya, Ekim 1983, 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu Tarafın-
dan Kabul Edilmiştir.*

- I. Kırsal popülasyonlar kentsel alanlarda yaşayan insanlar gibi aynı tıbbi bakımını alma hakkına sahiptir. Kırsal alanlarda mevcut olan tıp hizmetlerinin miktarını etkileyen ekonomik ve diğer faktörler bulunabilmesine rağmen, tıp hizmetlerinin kalitesinde hiçbir farklılık olmamalıdır. Ulus içerisinde en yüksek seviyede tıbbi hizmeti gerektiren bütün kişilerin hizmeti alabilmeleri için ısrarlı çabalar gösterilmelidir.
- II. Gerçek verilerin çalışılması ve analizi, kırsal alanlardaki uygun sağlık hizmetlerinin planlanması ve geliştirilmesi için bilgi sağlamada gerekli ve yararlıdır.
- III. Kırsal toplumlardaki eğitim ve sosyo-ekonomik seviyeler birbiriyle çok ilgilidir. Toplumun sağlık eğitimi, etkilenebilecek en üst düzeydeki sağlık uygulamalarının geliştirilmesinde, korunmasında şirketler, kurumlar ve sağlık uzmanlıkları ile toplumun paylaşması halinde, en etkili şekilde başarılabacaktır.
- IV. Hekim-hasta ilişkisi kırsal alanlardaki sağlık hizmetlerinin gelişmesinde de sağlanmalıdır.
- V. Halk sağlığında önerilen koşulların kentsel alanlardaki ile aynı oranda geliştirilmesi için kırsal sağlık hizmetlerini yeterince etkileyici kılma devletin görevidir.
- VI. Kırsal ve kentsel alanlarda koruyucu ve tedavi edici tıp, çevre sağlığı ile sağlık eğitimi için program ve etkinliklerin uygun entegrasyonu sağlanmalıdır.
- VII. Kentsel olduğu kadar kırsal alanda da sağlık hizmetleri için son klinik sorumluluğu yalnızca kalifiye hekimlerin almasını sağlamak için her tür çaba harcanmalıdır. Tıbbi yardımcıları yalnızca kalifiye hekimlerin görevlerini gerçekleştirmesi için geçici olarak kullanılabilirler. Kırsal sağlık personelinin sayısı yeterli olmalı ve kırsal popülasyonun tıbbi ihtiyaçlarına uyum sağlamak için eğitim almalıdırlar. Bunların teknik bilgisi güncel olarak tutulmalıdır.
- VIII. Tıbbi yardımcıların, özellikle hemşirelerin sağlık memurlarının ve ebelerin eğitimi, kırsal alanda yeterli bir sayıda olmaları amacıyla ülkenin kültürel ve eğitimsel seviyesine uygun olmalıdır. Tıbbi uzmanlık mümkün olan her yolla bu gruba mezuniyet sonrası ve tazeleyici kursların yanı sıra temel sağlamada da yardımcı olmalıdır.

- IX. Kırsal alanın özel hastalıkları ilgili alanlarda profesyoneller ile hekimlerin ortak çalışması gerekir.
- X. Tıp uzmanlığı kırsal popülasyonların sağlık eğitiminde liderlik sağlamalıdır. Sağlık eğitiminin mümkün olan en yüksek standardını başarmak amacıyla kırsal popülasyon ile hekim arasında ortak bir çalışmanın bulunması önemlidir.
- XI. Ulusal tabip birlikleri kırsal alandaki hekimlerin şehirdeki hekimlerden daha az olmayan koşullarda uygulama yapmasını sağlamak için mümkün olan her şeyi yapmalıdır.
- XII. Ulusal tabip birlikleri kırsal alanlarda sağlık koşullarını iyileştirmek için planların geliştirilmesinde aktif bir yer almalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ ÇEVRESEL VE DEMOGRAFİK KONULARDA HEKİMLERİN ROLÜ

Viyana, Avusturya, Eylül 1988, 40'ıncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

Giriş

Etkili bir tıp uygulaması, hekimler ve bunların meslek birliklerinin hem bireylerin hem de büyük toplulukların sağlık durumunu etkileyebilecek çevresel ve demografik konuları belirlemesini gerektirir. Genel anlamda konuşursak bu konuların tümü sağlığın korunması ve sonuçta hayatın kendisi için gerekli olan kaynakların kalite ve mevcudiyetini ilgilendirir.

Özel olarak, çevresel konular kısa dönemde ve uzun dönemde sağlığı etkilemede dört boyuta sahiptir:

1. Temiz hava, su gibi yaşam ve sağlık için gerekli kaynakların herkes için bulunabilmesi amacıyla çevrenin tahribini azaltmak gerekir. Taze su kaynaklarımızın ve atmosferimizin hidrokarbonlar ile devamlı kimyasal atık kontaminasyonu, ciddi tıbbi sorunlar ortaya çıkarabilir.
2. Yüzey toprağı ve yağı gibi yenilenemeyen kaynakların kullanımının kontrolü, gelecek nesillere yarar sağlayabilmeleri amacıyla gereklidir.
3. Toplumun devamlı korunması ve tıbbi kaynakların eksilmemesi için mantıklı ve evrensel aile planlaması yöntemlerinin kullanılması gerekir.
4. Bu geniş ve uluslararası düzeyde yer alan problemlerin uluslararası temelde ve geniş çözümlerini geliştirmek amacıyla ulusal sınırlar ötesinde kaynakları harekete geçirmek gerekir.

Bu bildirin temel hedefi bir yandan çevresel kaynaklar arasında gerekli dengenin sağlanması için farkındalığı artırmak ve diğer yandan sağlık için biyolojik ve sosyal ihtiyaçları karşılamaktır. Hekim açısından, ne geometrik popülasyon artışı, ne de çevrenin sorumsuzca tahribi kabul edilebilir. Dünyada, örgütlü tıp bu konuları çözmek için bir aday olarak yer almalıdır.

İlkeler

1. Hekimlerin temsilindeki bir bileşen olarak tıp birlikleri çevresel konuları gözönüne almalıdır. Bu değerlendirme özel bir yerel zorunluluğa sahip problemlerin tespitini; çevresel konulardaki mevcut yasaların zorlanmasında iyileştirme çabalarını; ve çevresel problemlerde kökleri bulunan sağlık konularının belirlenmesini içerir.
2. Tıp dernekleri tıbbi ve ahlaki yönden önemli olan aile planlaması tedbirlerini teşvik etmelidir. Bu tedbirlerin amacı bireylerin kişisel otonomisini baskılamak

değil, tüm aile üyeleri ve gezegen üzerindeki tüm yaşam formlarının devamı için hayat kalitesini zenginleştirmek olacaktır.

3. Dünya Tabipler Birliği çevresel ve demografik konuların tıbbi etkisi üzerine uluslararası bir forum olarak işlev görmeli uluslararası düzeyde belirlenmesi gereken bu tip bir çok konu üzerine hekimler ve tıp dernekleri tarafından yapılan uluslararası çabaları koordine etmek için bir ortaklık sağlamalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ RANCHO MIRAGE BİLDİRGESİ TIP EĞİTİMİ

Madrid, İspanya, Ekim 1987, 39'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

ÖNSÖZ

Tıp eğitimi tıp fakültesine giriş ile başlayan ve aktif uygulamadan emeklilik ile sonlanan bir öğrenme sürecidir. Amacı, tıp öğrencilerini, masa başı hekimlerini ve uygulama hekimlerini insan hastalıklarının önlenmesi ve tedavisi ile günümüzde tedavisi mümkün olmayan hastalıkların hafifletilmesi için en son bilimsel ilerlemeleri uygulamak için hazırlamaktır. Ayrıca tıp eğitimi kişisel kazançtan çok diğerlerine hizmeti vurgulayan düşünce ve davranışın hekimin ahlaki standartları içinde yer almasıdır. Alanları ne olursa olsun, tüm hekimler bu mesleğin üyeleridir. Tıp mesleğinin üyeleri olarak tüm hekimler yalnızca tıp eğitiminin yüksek kişisel standartlarını korumakla değil, aynı zamanda meslek için tıp eğitiminin yüksek standartlarını korumakla da sorumluluğu kabul etmelidir. Bu eğitim aşağıdaki ilkeler üzerine oturtulmalıdır:

Tıp Eğitiminin İlkeleri

İlke I - Tıp Eğitiminin Temel İlkeleri

Tıp eğitimi birinci derecede; mesleki seviyeye uzanan, hekimin hayat boyunca çalışması için gereken uzmanlık, genel tıp ve devamlı eğitim uygulaması için hazırlık dönemi olan klinik eğitimi içerir.

Meslek, fakülteler ve diğer eğitim kurumları ile hükümet, tıp eğitiminin yüksek standart ve kalitesini garanti etme sorumluluğunu paylaşır.

İlke II - Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

Tıp Eğitiminin amacı bu eğitime giren kişilerin eğitimleri ile tutarlı olan hekimleri eğitmek ve sınırsız meslek uygulaması yapmalarını sağlamaktır.

Öncelikle hasta bakımını, halk sağlığını, klinik veya temel araştırmayı veya tıp eğitimini içeren bir kariyer tercihleri yelpazesi için öğrenciyi yetiştiren bir kapsamın tamamlanmasını temsil etmelidir. Her kariyer tercihi birinci profesyonellik derecesi için gerekenin ötesinde ek eğitim gerektirecektir.

İlke III - Fakülte Eğitimi

Genel tıp eğitimi bir fakülte tarafından düzenlenmelidir. Fakülte formal eğitim ve deneyim ile başarılabilir uygun akademik özelliklere sahip olmalıdır. Fakültenin seçimi yaş, cinsiyet, ırk, görüş, politik tercih ve ulusal köken gözetmeden bireyin özelliklerine dayandırılmalıdır.

Fakülte en üst düzeyde teşvik verebilecek öğrenme ve araştırma ortamı olan bir akademik ortam yaratmaktan sorumludur. Bu şekilde, bakımın en üst kalitesinin sağlanması ve tıbbi bilgilerin ilerlemesi için aktif araştırma, en üst tıp standartlarını

sağlamak için akademik ortamlarda yapılmalıdır.. Sunulan eğitim deneyimlerinin amaçları, içeriği, biçimi ve değerlendirmesi, ulusal tabip birliklerinin katılımı ile fakültelerin sorumluluğundadır. Fakülte öğrenme ve araştırmanın en üst şekilde teşvik edilebildiği bir akademik özgürlük ortamındaki temel şartlarda kendi sorumluluklarını sağlamakla sorumludur. Toplumun ihtiyaçlarına olanak sunan ve uygulama yapan hekimlerden girdi sağlayan koşulların sık değerlendirilmesi, tıp eğitiminin kalitesine toplumun ihtiyaçlarının zarar vermediği bir şekilde fakülte tarafından gerçekleştirilmelidir. Fakültenin tanınması kütüphane kaynakları, araştırma laboratuvarları, klinik etkinlikler ve çalışma alanlarının tüm öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek miktarda bulunmasını gerektirir. Ayrıca, uygun idari yapı olmalı ve akademik kayıtlar tutulmalıdır. Gerekli bileşenler bulunduğu zaman, hekimlerin ve uzmanların klinik eğitimi üniversite veya hastane tarafından desteklenebilir.

İlke IV - Tıp Eğitiminin İçeriği

Eğitim ile ilgili deneyim, sağlık bakımının sosyo-ekonomisini, biyolojik ve davranışsal çalışmasını içermelidir. Bu bilimler klinik tıbbın anlaşılmasına temel oluşturur. Kritik düşünme ve kendi başına öğrenme de gereklidir, meslek edinilirken ahlaki prensiplere bağlı kalmada kesin temeller uygulanmalıdır.

İlke V - Klinik Eğitim

Tıp Eğitiminin klinik bileşeni, hastaların gözetimli ile çalışılmasına odaklanmalıdır ve hastalığın teşhis ve tedavisinde doğrudan edinilen deneyimleri ilgilendirmelidir. Klinik bileşen sorumlulukların aşamalı olarak edinilmesi ile kişisel teşhis ve tedavi deneyimlerini içermelidir. Her bir hasta başı eğitim ve öğretimine alınacak kişi yeterli sayıda gözlem yapabilmelidir.

Bağımsız uygulamaya başlamadan önce her hekim klinik eğitimin formal bir programını tamamlamalıdır. Genellikle en az bir yıllık süreyi kapsayan bu program klinik problemlerle uğraşmak için gözetim altında sorumluluğun artırılması ile karakterize olmalıdır.

Fakülte mezun ettiği öğrencilerin klinik tıp, klinik problemleri değerlendirmek için gereken temel yetenekler, bağımsız şekilde uygun eylemde bulunma ve ahlaki bir hekim olmak için yeterli tutum ve karaktere sahip olduğunu belirlemekten sorumludur.

İlke VI - Öğrencilerin Seçimi

Tıp eğitimi öncesi geniş bir eğitim çok fazla arzu edilir. Öğrenciler tıp çalışması için entelektüel yetenekleri, motivasyonları, önceki eğitimleri ve karakterleri temelinde seçilmelidir. Eğitim için kabul edilenlerin sayısı, mevcut eğitim kaynaklarına ve toplumun ihtiyaçlarını aşmamalıdır. Öğrencilerin seçimi yaş, cinsiyet, ırk, görüş, politik eğilim veya ulusal kökenden etkilenmemelidir.

İlke VII - Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi

Mezuniyet takiben doktorun mezuniyet sonrası tıp eğitimi alması arzulanan ve doktor tercihini hasta bakımı, halk sağlığı, klinik veya temel araştırma yada tıp eğitimi için uzmanlaşma arasında yapmalıdır. Klinik eğitimin formal programları hem genel tıp, hem de uzmanlığı içeren gözetim altında olmayan tıp uygulamasını yürütmelidir. Tıp mesleği mezuniyeti takip eden klinik eğitim programlarının tatmin edici şekilde tamamlanmasını belirleme konusunda da sorumludur.

İlke VIII - Sürekli Tıp Eğitimi

Tüm hekimler hayat boyu öğrenmek ile yükümlüdür. Bu eğitim deneyimleri, eğer hekim tıptaki gelişmelerle başa baş ilerleme yapacaksa ve yüksek kaliteli bakım sağlamak için gerekli bilgi ve yetenekleri koruyacaksa; önem taşır; bilimsel ilerlemeler insanların yeterli sağlık hizmeti alması için önemlidir. Tıp fakülteleri, hastaneler ve meslek dernekleri sürekli tıp eğitimi için tüm hekimlere fırsat geliştirme ve sunmada sorumluluğu paylaşır.

Sağlık meselelerinde tıbbi bakım sağlama, hastalığı önleme ve tavsiye verme talebi, mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve devamlı tıp eğitiminin en yüksek standartları için gereklidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ TIP EĞİTİMİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BEŞİNCİ DÜNYA KONFERANSI

Malta, Kasım 1991, 43'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

Tıp eğitimi tıp fakültesine girişle başlayıp, aktif uygulamadan emekli olma ile biten bir eğitim sürecidir. Böylece tüm ulusal tabip birlikleri ve dünya tabip birliğinin öncelikli ilgi alanıdır.

Her ülkedeki tabip birlikleri kendilerini tıp eğitimi kalitesine önderlik etmek ve gereken kaynaklarda öncülük etmeye adanmalıdır. Bu, yeterli fakülte ve maddi kaynaklara ulaşma ile uygun büyüklükteki sınıfların içeriği ile yapılmalıdır.

Tıp eğitimi için profesyonel ve toplum desteğine baktığımızda tüm ülkelerdeki meslek birlikleri vatandaşlarının ihtiyaçlarının, fikirlerinin, beklentilerinin ve kişisel itibarlarının farkına çabuk şekilde varmalıdır.

Tıp eğitimi konusunda beşinci dünya Konferansında bildirilerin bir sonucu olarak, Dünya Tabip Birliği aşağıdaki konuları bildirmektedir:

- Tıp eğitiminin amacı hekim-hasta ilişkilerindeki rollerine saygı duyan yeterli ve ahlaklı hekimleri yetiştirmek olmalıdır.
- Yeterliliğin bileşenleri her bir hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici bakımı sağlayan bilgileri, yetenekleri, değerleri, davranışları ve ahlak kurallarını içermelidir.
- Araştırma, öğretim ve ahlaka uygun hasta bakımı hekimin yeterliliği için, amaçları başarmada ayrılmaz ve önemli unsurlardır.
- Uluslararası asgari koşul yetenekleri uluslararası sınırlara taşınan yeterli hekimleri meydana getirmek ve korumak olacak şekilde geliştirilmelidir.
- Profesyonel yeterlilik ve performansı belirleme konusunda uluslararası standartlaştırılmış yöntemler geliştirilmeli ve mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitiminde uygulanmalıdır.
- Profesyonel şekilde meydana getirilmiş ve analiz edilmiş tıp bilgisinin serbest ve uygun şekilde uluslararası yayılması toplum politikalarının hekim eğitiminin ve toplumun gelişmesine kılavuzluk etmek için epidemiyolojik ve halk sağlığı problemleri konusunda bilgi alışverişi sağlanmalıdır.
- Uluslararası standartlar devamlı bir şekilde eğitim programlarının değerlendirilmesi için uygulamaya konmalıdır.
- Hekimin hayatı boyunca sürececek eğitim, tüm hekimler için ahlak kurallarının uluslararası bir sorumluluk içerisinde verilmesi sağlanmalıdır.

- Tüm ÷lkelerdeki tabip birlikleri tıp eğitiminin bütünlüğünü tehdit eden kuvvetlere cevap vermede bir bütün olmalıdır.

Etkinlik, emniyet ve yeni teknolojilerin uygulanması çabuk şekilde tespit edilmeli ve sürekli tıp eğitimi içerisine katılmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜBERKÜLOZUN İLAÇ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ DUYURUSU

DTB 49. Genel Kurulu'nda kabul edildi, Hamburg, Kasım 1997

Gereke:

Terapötiklerdeki ilerlemeye rağmen tüberküloz (TB) tüm dünyada önemli bir morbidite, mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) yakın zamanda; gelecek 10 yıl içinde TB nedeniyle 30 milyon kişinin öleceğini tahmin etmektedir. Pek çok kişinin tüberküloz olduğu bilinmemekte, tanı konuların bir kısmı da uygun tedavi edilmemektedir. Bunun pek çok nedeni arasında, hekimlerin ilaç yazma bilgileri ve hastaların tedaviye uyumu sayılabilir. Tüberküloz ayrıca HIV pozitif kişiler için çok önemli bir tehdittir ve AIDS'lilerin en sık görülen ölüm nedenlerindedir.

Dahası, bu faktörler ayrıca M. Tüberculosis'in ilaca dirençli hale gelmesinin de nedenidir. Cezaevleri, hastaneler gibi kapalı yerlerde yaşayanlar arasındaki yeni tüberkülozlu hastalar pek çok ilaca dirençli enfeksiyona tutulmuşlardır.

Karar:

Bu gerekçelerle ve antimikrobiyal ilaçlara direnç duyurusu (Doc 10.120) uyarınca; DTB üye birlikleri, DSÖ'nün DOTS (Doğrudan Gözetimli Kısa Süreli Tedavi) projesini ve tüberkülozun daha etkin tedavisini geliştirecek diğer çalışmalarını desteklemeye çağırır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN EKONOMİK AMBARGO VE SAĞLIK İLE İLGİLİ KARARI

DTB 49. Genel Kurulu'nda kabul edildi, Hamburg 1997

Herkesin sağlık hakkı ve sivillere tıbbi yardımın serbestçe sağlanmasını öneren Cenevre Bildirgesi (23 Madde, No IV, 1949) doğrultusunda;

DTB; tüm tabip birliklerini, başka ülkelere ekonomik ambargo uygulayan hükümetlerin temel gıda, ilaç ve tıbbi malzemeleri ambargo dışında tutmalarını sağlamak üzere girişimde bulunmaya çağırır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KLONLAMA KONUSUNDAKİ BİLDİRGE TASLAĞI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ

147. Konseyl Toplantısı Paris, 8-10 Mayıs 1997 Belçika Tabip Birliği tarafından hazırlanmıştır

İnsanlığın klonlanması olasılığının ortaya çıkması ile bir dönüm noktasında bulunduğu dile getirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "İnsanın Klonlanması"nı **etik olarak kabul edilemez bulmaktadır**. Çünkü buna göre, üreme hakkındaki bazı tıbbi temel ilkeler klonlama ile ihlal edilmiş, çiğnenmiş olacaktır. Bu saptamalar insan olma onuruna saygı duymayı ve insanın genetik materyalinin güvenliğini korumayı da içermektedir.

1992'de "İnsan Üremesini Araştırma, Geliştirme ve Deneme Özel Programı" (HRP) Bilimsel Kurulu, Klonlama gibi insanlarda deneyler yoluyla sıradışı biçimler üretmeyi engelleme gereksinimi üzerinde evrensel bir uzlaşma olduğunu vurgulamıştır.

HRP'nin Bilimsel ve Etik Değerlendirme Grubu "Üreme Sağlığı araştırmalarının etik yönleri üzerinde çalışmaktadır. 23-25 Nisan'daki toplantısında, klonlamaya bağlı sorunları değerlendirdiği belirtilmektedir."

DTB, bu global sürece, olası en geniş katılımı sağlamayı arzu etmektedir.

Dolly'nin doğumunun Avrupa Parlamentosu 24 Şubat 1997 tarihinde duyurulmasından sonra 12 Mart 1997'deki çözümü de adapte etmiştir.

Ek olarak, bilimin insan yaşamının başı ve sonu ile uğraştığına inanan birkaç yüksek düzey bilimcinin sözcülük ettiğini varsayan genel basın için, sorun çok karmaşık ve "nazik"tir, araştırmacının takdirine kalmakla birlikte vicdani olabilir, bazı insanların "büyücü çırağı" rolü oynamasını önlemenin zor olduğu belirtilmiştir.

Çözüm:

Avrupa Parlamentosu çözümlerini de dikkate alarak, deneysel infertilite tedavisi, implantasyon öncesi tanı, doku transplantasyonu ve amacı ne olursa olsun insanın klonlanmasının adil olmayacağını veya toplum tarafından tolere edilemeyeceğini bunun temel insan haklarına ve eşitlik ilkesine ters olduğunu, öjenik ve ırkçı seçim olacağını ve insan onuruna ters düşeceğini söylemektedir.

1. Toplumlarda veya üçüncü şahıslarda onur ve hakların korunmasının birinci derecede öncelikli olduğunu,
2. Her bireyin kendi genetik kimliğine sahip olma hakkı bulunduğu tüm dünya çapında insan klonlamanın cezalandırılması gerektiğini,
3. Kullanılan yöntem bakılmaksızın insan klonlamanın oluşum ve gelişiminin bütün devletlerde yasaklanması ve cezai yaptırımlar getirilmesi gerektiğini,

4. İnsan genom araştırmalarındaki doktor ve araştırmacıların, yasal kurallar geliştirilinceye kadar, bu çalışmalara katılmamaları gerektiğini;
5. Bilim adamları ve hükümetlerin tam ve güncel gen teknolojisini halka duyurmaları gereğini, böylece onları sadece alarme etmek değil, biyoteknolojinin yararlarının da anlatılmasının gerektiğini,
6. Biyoloji, biyoteknoloji ve tıpta insan onuru için etik standartların oluşturulması gerektiğini,
7. İnsanın, toplumun veya bilimin önünde tutulması gerektiğini;

Yukarıdaki taslağın, klonlama sonrası bu işlemin etik açıdan nasıl değerlendirileceğine ilişkin, oldukça enformasyon değerini taşıdığı, şu ana dek yapılmış bir takım uluslararası düzeydeki yasaklama haberlerini içermekle kalmayıp yol gösterici önerilerde bulunduğu görülmektedir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ ÖNERİSİ KLONLAMA

*147'nci Genel Kurul görüşmesinde benimsenmiştir.
Paris, Fransa, Mayıs 1997 ve 49'uncu Dünya Tabipler Birliği Tarafından Kabul
Edilmiştir.
Hamburg, Almanya, Kasım 1997*

Bir memelinin yani bir koyunun klonlamasına yönelik bilimde yeni gelişmeler olduğu kabul edilerek ve

bunun insanlarda kullanılmakta olan bu tip klonlama teknikleri ihtimalini ortaya çıkarması, sonuçta insanların itibarı ve insan genetik materyalinin güvenliğinin korunması için ilgiyi artırması nedeni ile,

dünya tıp birliği bilimsel, ahlaki ve yasal konuların hekimler ve bilim adamları tarafından tam olarak değerlendirilmesi ve gerekli kontrollerin yerine getirilmesi sağlanıncaya kadar insanların klonlanmasına gönüllü olarak katılmaktan araştırma ile ilgili doktorların ve diğer araştırmacıların sakınması konusunda çağrı yapmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İŞKENCEYE KATILMAYI REDDEDEN HEKİMLERLE İLGİLİ BİLDİRGESİ

1997, Hamburg

"İşkence ve benzeri insafsızca, insanlık dışı veya onur kırıcı işlemlerde bulunmayı veya bunlara göz yummayı veya katılmayı reddeden tıp doktorlarının desteklenmesi için DTB önerisi".

1. Yukarıdaki başlıkla ilgili olarak çok sayıda uluslararası etik bildirme hekimlere bu konuda kılavuzluk etmek amacını gütmektedir.
2. Bunlar arasında Dünya Hekimler Birliği'nin Uluslar arası Etik Kodu, Cenevre Bildirgesi, Tokyo Bildirgesi ve Hekimin Ölüm Cezasına Katılımı Hakkındaki Çözümü, Ölüm Cezasına Hekimlerin Katılması Konusunda Nordik Ülkelerin Çözüm Metni ve Dünya Psikiyatrlar Birliği Hawaii Bildirgesi bulunmaktadır.
3. Ancak bunlardan hiçbirinde hekimlerin nasıl/hangi sınırlarda korunacağına ilişkin açık bir ifade bulunmamaktadır. Tüm bu bildirme ve anlatımlarda "açık bir destek ifadesi" veya bu gibi işlemleri fark eden hekimlerin korunması yükümlülüğü veya desteklenmesi yönünde bir anlatım yoktur.

ÇÖZÜM

4. Dünya Tabipler Birliği, kurumlaşmış tıp mesleğinin sorumluluğunu yineler ve yeniden doğrularken;
 - i. hekimleri insanlığa hizmet etmek ve bu yönde kendilerini adadıkları bu etik ilkelere zıt/karşı herhangi bir baskıya direnmek yolunda onurlarını korumak için cesaretlendirmek.
 - ii. hekimleri, böyle bir baskıya karşı direnç göstermeleri durumunda karşılaşacakları zorluklara ilişkin desteklemek.
 - iii. mesleğin yüksek etik ilkeleriyle uyumlu davranma çabasının sonucu olarak, sayısız zorlukla karşılaşan hekimlerin desteklenmesini ve yüreklendirilmelerini, Dünya Tabipler Birliği'nin ulusal üye birlikleri gibi öteki uluslar arası organizasyonlara da yaymak gerektiği vurgulanmıştır.
- 5- Dünya üzerinde pek çok ülkede böyle insanlıkdışı işlemlerin sürmesi ve hekimlerin mesleki etik ilkelere uymaya yönelik tutumlarını baskı altına alan olayların belgelenmesi sonucu, Dünya Tabipler Birliği şunları gerekli bulmaktadır;
 - i. Tıp doktorlarının işkence ve benzeri zalimce, insanlık dışı veya onur kırıcı işlemlere katılımını uluslar arası düzeyde protesto etmek,
 - ii. Tıbbi gizlilik de içinde olmak üzere yüksek etik ilkeleri desteklemek hakkı gözetilmek koşuluyla, kurbanların tedavi ve rehabilitasyonunda çalışan veya bu

- tür insanlıkdışı süreçlere katılmayı reddeden hekimleri korumak ve desteklemek ve ulusal hekimlik birliklerini de "koruma ve desteklemeye" çağırarak,
- iii. İşkence kanıtlarını bildiren hekimleri desteklemek ve duyurmak ve hekimleri bu tür süreçlere katmak yolundaki girişimlerden kanıtlanmış olanları,
 - iv. İşkencenin belgelenmesinin, işkence kurbanlarının rehabilitasyonunun ve tedavilerinin, işkence konusundaki araştırmaların ve bu yöndeki eğitimin yüreklendirilmesi.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ SAĞLIK BAKIMINDA DEVAMLILIK KALİTE GELİŞTİRME KONUSUNDA ANA HATLAR

*49'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu Tarafından benimsenmiştir.
Hamburg, Almanya, Kasım 1997*

Önsöz

1.Sağlık bakımının amacı, hastalığı önlemek, teşhis veya tedavi etmek ve toplumun sağlığını korumak ve teşvik etmektir. Sağlık bakımında kalite değerlendirmesinin amacı, hastalar ve toplum için sağlanan hizmetlerin kalitesinin ve bu hizmetleri meydana getirmenin yollarını devamlı olarak iyileştirmektir.

2.Bir kişinin profesyonel yeteneğini devamlı şekilde iyileştirmek ve kullanılan yöntemleri değerlendirme zorunluluğu hekimlerin ahlaki kuralları içerisinde yer almaktadır. Bunlara göre bir hekim bilgi ve yeteneklerini korumak ve artırmak zorundadır. O, yalnızca tıp sanatının belirttiklerine göre etkili ve uygun olduğu bilinen muayene ve tedavileri önerecektir.

Ana Hatların Amacı

3.Hekimler ve sağlık bakım kurumları hizmetlerin devamlı gelişmesi için emek vermek konusunda moral bir zorunluluğa sahiptir. Bu ana hatların amacı, kalite değerlendirme uygulamaları yoluyla bu çabayı kuvvetlendirmek ve klinik çalışmalarını gibi uygulamaları için ahlaki temeller yaratmaktır.

Ana Hatlar

Ana Hatların Uygulaması

4.Devamlı kalite iyileşmesi için ahlaki ana hatlar tüm hekimleri, sağlık bakım hizmetlerini hastalar için sağlayan kurumları ve değerlendirme hizmetlerini üretenleri ilgilendirir.

Kalite değerlendirmesi için zorunluluk

5.Tüm hekimler, diğer sağlık meslekleri (sağlık idarecileri dahil) ve kurumlar işlerinde gelişmeyi hedeflemek zorundadır. Klinik denetleme ve kalite değerlendirme konularında herkesin aktif katılımı teşvik edilmelidir. Kalite değerlendirme çalışmaları dış denetimden bağımsızdır ve yalnız ilerleme amacıyla kullanılabilir.

İyi kaliteli, iş için standartlar

6.Hastalarla çalışma konusunda ilgili kişilerin iyi kaliteli iş ve iş kalitesinin değerlendirmesi için gerekli standartları belirlemesi gerekir. Sağlık bakım uygulamaları içerisinde personelin kaynaklarını ve yeteneklerini bir araya getirmek, iyi kaliteli iş için gereken standartları sağlamada yeterli olmalıdır.

7.Kağıt veya bilgisayar üzerine kayıtlı hasta verileri gizlilik konusundaki zorunluluklar hesaba katılarak dikkatle yazılmalı ve korunmalıdır. Hastalarla ilişkili işlemler,

kararlar ve diğer konuların gerektiğinde bulunacak özel standartları ölçmek için bilgi sağlayacak bir form üzerine kaydedilmesi gerekir.

8.Sağlık bakımı profesyonelleri bilgi ve yeteneklerini korumak ve geliştirmek için yeterli fırsata sahip olmalıdır. Tavsiyeler ve klinik rehberlik buna ihtiyaç duyanlar için kolay ulaşılabilir olmalıdır. Sağlık bakım kurumlarının kendi kullanımları için kalite sistemleri yaratması ve bu tip sistemlerle ilgili açıklamaları takip etmeyi sağlaması gerekir.

Kalite değerlendirmesinin kavranması

9.Tüm hekimler, kendilerini değerlendirme yöntemleri ile işlerinin kalitesini ve yeteneklerinin seviyesini devamlı olarak değerlendirmelidir.

10.Sağlık bakımının kalitesi hem iç hem de dış kaynaklı yöntemlerle belirlenebilir. Her ikisi için de girişimler geniş çapta uygulanmalı ve kullanılan yöntemler genel olarak kabul edilmeli ve araştırma veya yeterli bilgiye dayanmalıdır.

11.Klinik içerisinde akranları (peer review) ile yapılan değerlendirme, muayene ve tedavi yöntemlerinin gözlemlenmesi, diğerleri ile karşılaştırma, hastalardan gelen bilgilerin kaydedilmesi ve takibi için kurumların yeterliliğinin gözlemlenmesi her hizmet sunan tarafından gerçekleştirilmesi gereken sürekli aktiviteler olmalıdır.

12.Dışarıdan akranlarının değerlendirme ve denetimi gibi dış kökenli kalite değerlendirme seçenekleri daima bunun için özel sebep bulunması halinde ve sahadaki ilerlemeye neden olacak şekilde sık olarak gerçekleştirilmelidir.

Hasta Kayıtlarının Gizliliği

13.Hasta kayıtları kalite değerlendirmesinde kullanılabilir. Kalite değerlendirme- sinde kayıtlarının kullanılacağı hastalara haber verilmelidir. Tıbbi kayıtlar gizli tutulmalı ve ortak kullanım şekline sokulmalıdır ve uygun olmayan kişilerin erişeme- yeceği halde tutulmalıdır. Tüm raporlar, fotoğraflar, video görüntüleri ve karşıla- ştırmalı veriler ilgili hastanın bir değerlendirme içerisinde belirlenemeyeceği bir şekilde sunulmalıdır.

Akran değerlendirmesinin gizliliği

14.Başarılı akran değerlendirmesinin ön şartı kurumların ve hekimlerin değerlen- dirmelerde fikir birliği içerisinde olma ve yorumlarını açıklama konusunda özgür olmalarıdır. Değerlendirilecek olan kişilerden yazılı bir onay alınması önerilir.

15.Bir değerlendirmenin sonuçları çalışmanın taraflarına aittir. Ulusal yasalar aksi- ni belirtmedikçe, sonuçlar yalnızca değerlendirmede yer alan ve taraf olanların onayı ile karşılaştırma ve genel amaçlar için kullanılabilir.

16.Hizmeti sunanlar, kalite değerlendirme sonuçları konusunda müşterilerini bilgi- lendirebilir ve bunları yasalar izin verdiği oranda hizmetlerini pazarlamada kulla- nabilir.

17.Tek bir hekimin çalışmasının değerlendirmesi hekimin ve amirinin sorumlulu- ğundadır. Tek bir hekim ile ilgili bilgi ilgili hekimin onayı olmadan yayınlanmama- lıdır.

18.Dış kökenli bir değerlendirme, değerlendirmenin taraflarının yazılı izni olmadan değerlendirme süresince elde edilen sonuçları veya diğer bilgileri başkalarına açık- layamaz.

Etik komiteleri

19.Genel olarak onaylanmış sağlık bakımı ahlak ilkeleri ve tıp ahlakı konusundaki ulusal kurallara kalite değerlendirmesinde uyulmalıdır.

20.Eğer bir değerlendirme projesinde ahlaki konularda şüphe ortaya çıkarsa bunlar bir etik komitesine iletilmelidir. Bununla birlikte, genel olarak etik komiteleri tarafından onay için değerlendirme projelerinin rutin teklifi gerekli değildir.

Değerlendirmecinin Yeterliliği

21.Değerlendirmeci, kalite geliştirme teknikleri ve klinik denetim yöntemlerinde, değerlendirme ile ilgili sahada deneyimli olmalıdır. Tıbbi bakım değerlendiriliyorsa, değerlendirmeci bir hekim olmalıdır. Değerlendirme görevlisi mümkün olduğunca değerlendirilecekler tarafından kabul edilmelidir.

Değerlendirmenin Bir Bütün Olmayışı

22.Tercih edilen değerlendirmeci mümkün olduğunca bağımsız ve her konuda yetkili olmayan birisi olmalıdır. Değerlendirilen aktiviteler ile doğrudan ilişkisi olmamalıdır. Değerlendirmeci raporunda tarafsız olmalıdır. Çıkardığı sonuçlar gözlemlerin ve gerçeklerin kritik bir değerlendirmesine dayanmalıdır. Değerlendirmeci kendi ifadesinin içeriğini etkilemek üzere ticari veya rekabetçi girişimlere izin vermemelidir.

Yetkililer Tarafından Değerlendirme ve Denetim

23.Sağlık bakımının kalite değerlendirmesi ve hizmetlerin devamlı kalite artışı, her hekim ve kurumun aktivitesinin bir parçasıdır. Sağlık bakımı yetkilileri tarafından gerçekleştirilen profesyonel aktivitelerin denetimi ayrı bir iştir ve sağlık bakımı değerlendirmesinden ayrı tutulmalıdır. Hekimlerin değerlendirmesinin sonuçları, ulusal yasalar aksini göstermedikçe sağlık hizmet yetkilileri ve ilgili hekimlerin denetimleri anlaşmak kaydıyla denetim kurumlarının amaçları için kullanılabilir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN SAĞLIK TEHLİKELERİ

*40'ıncı Dünya Tıp Kongresinde benimsenmiştir.
Viyan, Avusturya, Eylül 1988 ve 49'uncu WMA Genel Kongresinde kabul
edilmiştir.
Hamburg, Almanya, Kasım 1997*

ÖNSÖZ

1. Dünyada her yıl tütün kullanımına bağlı 3 Milyon ölüm meydana gelmektedir. Mevcut sigara içme eğilimleri önlenemedikçe, tütün kullanımına bağlı ölüm sayısının 2020'lere kadar veya 2030'ların başına kadar 10 Milyona yükselmesi beklenmektedir ve bunların %70'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelecektir. Dünya Sağlık Örgütü yoluyla global kamu sağlığı topluluğu bu uyarıcı eğilim konusundaki artan ilgisini ifade etmiştir. Ayrıca, tütün içiminden dolayı ortaya çıkan rahatsız edici ve zararlı maddeler sigara içenler ile yakınlığı olan içmeyenler üzerinde bir sağlık tehdidi oluşturabilir.
2. Tütün endüstrisi bunun, hem iç araştırmalar düzenleyerek hem de ortak desteklenmiş endüstri programları yoluyla gerçekleşen dış kökenli çalışmaların finans edilmesi ile tütünün sağlık üzerine etkileri konusundaki bilimsel gerçeği belirlemek üzere verildiğini iddia etmektedir. Bununla birlikte endüstri tütün içilmesinin zararlı etkileri ile ilgili bilgileri tutarlı şekilde red etmekte ve direnmektedir. Yıllardan beri endüstri tütün içilmesinin kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıklara sebep olduğuna dair hiçbir sonuç raporu bulunmadığını iddia etmiştir. Global tıp mesleği bu iddialar ile sürekli mücadele etmiş ve endüstri tarafından yapılan yaygın reklam kampanyalarına açıkça karşı çıkmıştır ayrıca tıp derneklerinin tütüne karşı kampanyalarda kesin bir öncülük yapması gerektiğine kuvvetle inanmaktadır.
3. Tütün endüstrisi ve alt dalları yıllardır raporların araştırılması ve hazırlanmasını desteklemiştir. Bu tıp aktivitelerle ilgilenerek, bireysel araştırmacılar ve/veya kurumlar, tütün endüstrisine sonuçları doğrudan pazarlarda kullanamayacağı durumlarda bile, makul bir görünüm vermektedir. Bu tıp ilişkilerde sağlık teşvikinin amaçları ile ilgilerin temel çelişkilerini artırmaktadır.

Öneriler

4. Henüz uygun eylemi gerçekleştirmemiş olsa bile, Dünya Tabipler Birliği Ulusal Tabip Birliklerini ve tüm hekimlerin sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımını ile ilgili sağlık tehlikelerini azaltmaya yardımcı olmak için aşağıdaki eylemlerini gerçekleştirmelerini istemektedir:
 - i) Sigara ve tütün ürünlerinin kullanımına ilişkin bir politik pozisyonu benimsemek ve benimsenen politikayı yayınlamak.

- ii) Ulusal Tabip Birliklerinin tüm iş, sosyal ve tören toplantılarında, Dünya Tabip Birliğinin tüm kendi toplantılarında benzer bir yasaklamayı uygulama kararı ile aynı çizgide, sigara içilmesini yasaklamalıdır.
- iii) Meslek üyelerini ve toplumu tütün ürünlerinin sağlık açısından tehlikeleri konusundaki eğitim için programlar geliştirmek, desteklemek ve bu programlara katılmaya teşvik etmelidir. Tütün ürünlerinin kullanımından kaçınmak için özellikle çocuk ve genç yetişkinlere yönelik eğitim programları özellikle önemlidir. Kaçınılması amaçlanan dumsuz tütün ürünlerini kullanmayanlar ve sigara içmeyenler için programlar sigara içenlerin tütün ürünlerini kullanmaktan vazgeçmeye ikna edilmesinde amaçlanan eğitim kadar gereklidir.
- iv) Toplum için önemli modeller olarak her bir hekimi ve konuşmacıyı (tütün ürünlerini kullanmayarak) tütün ürünlerinin kullanımından dolayı ortaya çıkan, sağlık üzerine zararlı etkiler konusunda kamuyu eğitime amaçlı kampanyalara teşvik etme. Tüm hastane ve sağlık kurumlarına bünyelerinde sigara içilmesini yasaklamalarını rica etme.
- v) Tütün endüstrisinden gelecek herhangi bir maddi desteği kabul etmekten kaçınma ve endüstriye makul bir durum kazandıracak eylemlerden kaçınmak için, aynısını tıp fakülteleri, araştırma kurumları ve her bir araştırmacının yapmasını sağlamak.
- vi) Yasaların aşağıdaki anlaşma ve zorlamalarını onaylamak. Bu yasalarda yer alacak konular şunlardır:
 - a) Tütün ürünlerinin ve tütün ürünleri ile ilgili tüm reklam ve promosyon malzemelerinin üzerinde sağlık ile ilgili tehlikeleri konusunda uyarıların basılması gereklidir.
 - b) Kamu binaları, ticari hava yolları, okullar, hastaneler, klinikler ve diğer sağlık kurumlarında sigara içilmesini sınırlamak.
 - c) Tütün ürünlerinin reklamı ve satış promosyonu konusunda sınırlamalar getirmek.
 - d) Satış noktası dışında tütün ürünlerinin tüm reklam ve satış promosyonunu yasaklamak.
 - e) Çocuk ve gençlere sigara ve diğer tütün ürünlerinin satışını yasaklama.
 - f) Yurtiçi tüm ticari havayolu uçuşlarında ve tüm uluslararası ticari havayolu uçuşlarında sigara içimini yasaklamak ve havaalanlarında vergisiz tütün ürünlerinin satışını yasaklamak.
 - g) Tütün ve tütün ürünleri için tüm hükümet katkılarını yasaklamak.
 - h) Tütün ürünlerinin kullanım prevalansı ve tütün ürünlerinin toplumun sağlık durumu üzerine etkilerini ortaya çıkaracak araştırmaları sağlama ve tütün kullanımının sağlık için tehlikeleri konusunda toplum için eğitim programları geliştirmek.
 - i) Halen mevcut olmayan tütün ürünlerinin herhangi bir yeni şeklinin promosyon, dağıtım ve satışını yasaklamak.
 - j) Sağlık tedbirleri için gelirleri artırmada kullanılmak üzere tütün ürünlerinin vergisini yükseltmek.

ŞİDDET VEYA KÖTÜ MUAMELE KULLANIMI KONUSUNDA VEYA DÜŞKÜNLÜK YARATAN TEDAVİLERDE YER ALMAYI KABUL ETMEYEN VEYA BUNA ZORLANAN TIP DOKTORLARINA DESTEK İLE İLGİLİ DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ HAMBURG BİLDİRGESİ

*49'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir
Hamburg, Almanya, Kasım 1997*

ÖNSÖZ

1. Tıp mesleği tarafından kabul edilen birçok uluslararası ahlak bildirisi ve ana hatları temelinde dünyadaki tıp doktorlarının herhangi bir sebeple şiddet veya kötü muamelenin insanlara uygulanmasına veya düşkünlük yaratan işlemlere katılması, destek vermesi veya göz yumması yasaklanmıştır.
2. Bu bildiriler arasında birincisi Dünya Tabip Birliğinin Uluslararası Tıp Ahlakı yasası, Cenevre Bildirgesi, Tokyo Bildirgesi ve ölüm cezasında hekimin yer alması konusundaki tutumdur; yürürlükteki Avrupa hekimler komitesinin Madrid bildirisi; ölüm cezasında hekimlerin yer alması ile ilgili Nordic tutum ve Dünya Psikiyatri Derneğinin Hawaii bildirgesidir.
3. Bununla birlikte bu bildiri veya açıklamalardan hiçbirisi tıp doktorlarının insanlarda şiddet veya diğer şiddet türlerinin veya düşkünlük yaratan tedavi veya cezaların içerisinde yer almaları emredildiğinde veya baskı uygulandığında hangi korumanın sağlanması gerektiği konusuna açıkça değinmemektedir. Ayrıca bu bildiri veya açıklamalardan hiçbirisi bu tip işlemleri fark eden veya içinde yer alan hekimlerin koruma konusunda açık destek veya zorunluluk ifade etmez.

ÇÖZÜM

4. Dünya Tabip Birliği burada örgütlü tıp mesleğinin:
 - i) insanlığa hizmet eden ve bu görevi gerçekleştirmede ahlaki prensiplere ters şekilde davranmaya yönelik herhangi bir baskıya direnen hekimlerin kararını desteklemek için tüm doktorları teşvik etmek;
 - ii) böyle bir baskıya direnmeleri sonucunda veya böyle bir insanlık dışı işleme karşı konuşma veya davranma girişimleri karşısında yaşadıkları zorluklarda hekimleri destekleme ve,
 - iii) mesleğinin en yüksek ahlaki prensiplerine göre davranma çabaları sonucunda hekimleri maruz kaldığı zorluklara destek vermek için Dünya Tabip Birliğinin ulusal üye birliklerinin yanı sıra diğer uluslararası organizasyonlara desteğini

genişletme ve teşvik etme sorumluluğunu burada tekrarlamakta ve vurgulamaktadır.

5. Ayrıca tüm dünyada biręok ülkede bu tip insanlık dış işlemlerin devamlı uygulanması açısından ve hekimleri meslekle ilgili ahlaki prensiplerin dışında davranmaya zorlamaya, belgelenmiş baskı olaylarında, Dünya Tabipler Birliği aşağıdaki saptamaları yapmaktadır:
 - i) Tıp doktorlarının şiddet veya kötü muamelede, insanlık dışı veya dşknlk yapan tedavi veya cezalandırma şeklinde davranmaları konusundaki baskıları uluslararası düzeyde kınamak,
 - ii) Bu tip insanlık dışı işlemlere katılmaya karşı ęıkan veya tıbbi gizliliği içeren en yüksek ahlaki prensipleri saklı tutma hakkını sağlamanın yanı sıra, kurbanları tedavi ve rehabilite etmeye ęalıřan hekimleri desteklemek ve korumak üzere ulusal tabip birliklerine ęaęrı yapmak, destek vermek ve koruma altına almak;
 - iii) Bu tip işlemlerde hekimleri ilgilendiren girişimlerin bilinen kanıtlanmış olayları ortaya koymak, şiddet kanıtı bildiren hekimleri desteklemek ve bu konudaki bilgiyi yayımlamak; ve
 - iv) şiddet ve bunun tedavisinin, hayatta kalanların rehabilitasyonun, şiddet konusunda belgelerin ve bu ifadede açıklanan mesleki konuların sonuçlarını tüm tıp fakülteleri ve hastanelerde öğretmek ve araştırmak için ilgili akademik yetkililere rica etmede ulusal tıp derneklerini teşvik etmek.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ AÇIKLAMASI CİDDİ KRİMİNAL SALDIRILAR İÇİN HEKİMLERİN DAVACIDAN KORUNMASININ BELGELENMESİ

*49'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kongresinde Benimsenmiştir.
Hamburg, Almanya, Kasım 1997*

ÖNSÖZ

Hekimler hastalarının iyiliği için çalışmak üzere tıp ahlaki kuralları ile bağlıdırlar. Hekimlerin, şiddet suçları veya insana karşı işlenen suçlarla ilgilenmesi tıp ahlaki kurallarına insan haklarına ve uluslararası yasaya aykırıdır. Bu tip suçlara yönelen bir hekim tıp uygulamasına uymaz.

Tanımlama

Herhangi bir ülkede çalışması gereken hekimler o ülkenin lisans düzenlemelerine tabidir. Uygulamaya uygunluk gösteren görev onay gerektiren kişi ile ilgilidir. Bazı ülkelerdeki lisans kurumları ulusal tabip birliğinden ayırır.

Lisans Yetkilileri tarafından, suçlu bulunduktan sonra veya bir suç nedeni ile mahkum olmasını takiben bir ülkedeki lisanslarını yitiren hekimler, ikinci bir ülkede uygulama için başvurursa genellikle başarısız olacaktır. Bunun sebebi lisans otoritelerinin çoğunun yalnızca yeterlilik kanıtına değil aynı zamanda bir göçmen olan başvuru sahibinin kendi ülkesinde iyi bir mesleki konumu devam ettirmesi konusunda kanıtlara da gerek duymasıdır.

Uluslararası kurumlar tarafından şiddet, savaş suçları veya insanlığa karşı işlenen suçlarla suçlanmış olan hekimler bazen bu suçların işlendiği ülkeden kaçabilmiş ve bir başka ülkedeki lisans kurumundan tıp uygulaması için izin alabilmiştir. Bu kesinlikle kamu yararına aykırıdır ve hekimlerin saygınlığına zarar verir.

ÖNERİ:

Ulusal Tabip Birlikleri haklarında şiddet, savaş suçları veya insanlığa karşı işlenen suçlara katıldığı yolunda ciddi suçlamalar bulunan hekimlerin bu suçlamaları tatmin edici şekilde cevaplayıncaya kadar lisans alamamasını sağlamak için kendi güçlerini kullanmalıdır. Lisans gücüne sahip olmayan ulusal tabip birlikleri şiddet, savaş suçları veya insanlığa karşı suçlar da yer alma ile ilgili ciddi suçlamalar bulunan hekimler konusunda almış olduğu bilgileri uygun lisans yetkililerine iletmeli ve lisans yetkililerinin uygulama lisanslarını vermeden önce bu tip hekimlerin suçlamaları tatmin edici şekilde yanıtlamalarını sağlayan uygun eylemler gerçekleştirmesini teşvik etmelidir. Suistimal ile ilgili kanıtların bulunması halinde, ulusal üye birlikler veya lisans kurumları bu kanıtları uygun yetkililerin dikkatine sunmalıdır.

KADINLARIN SAĞLIK BAKIMINA ULAŞMASINI YASAKLAYAN VE AFGANİSTAN'DA KADIN HEKİMLERİN MESLEKTEN MENEDİLMESİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ ÇÖZÜMÜ

49'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda benimsenmiştir
Hamburg, Almanya, Kasım 1997

ÖNSÖZ

Yıllardan beri Afganistan'daki kadınlar ve kızlar onların haklarına yönelik artan saldırılardan yakınmaktadır; 1996'da 40.000'den fazla kadını etkileyen kadınlar tarafından uygulamanın gerçekleştirilmesi konusunda genel bir yasak uygulamaya konuldu. İnsan hakları derneği bunu Afganistan'daki kadınlar için "insan haklarının çiğnenmesi" olarak adlandırmaktadır. Kadınlar sosyal hayattan tamamen dışlanmakta, kızların okulları kapatılmakta, bayan öğrenciler üniversitelerden çıkarılmakta ve kadınlar ve kızlar caddelerde taşlanmaktadır. Afganistan'daki insan hakları durumu konusunda birleşmiş milletlerden alınan bilgiye göre (Şubat 1996), uygulama yasağı öncelikle eğitim ve sağlık sektörlerinde çalışan kadınları etkilemektedir. Özellikle bayan doktorlar ve hemşirelerin mesleklerini yapmaları önlenmiştir. Bu kısıtlamalar altında sağlık sektörü çökme noktasına gelmesine rağmen, çok az kolaylık sağlanmıştır. Kadın doktorlara ulaşmak dışında kadın hastaların ve çocuklarının sağlık bakımına ulaşması mümkün değildir. Bugün bazı bayan doktorların mesleklerini yapmalarına izin verilmiştir fakat genellikle yalnızca kesin ve kabul edilemez denetim altında izin verilmiştir. (Birleşik Devletler Devlet Bölümü, 1996 insan hakları uygulamaları konusundaki Afganistan raporu Ocak 1997)

ÖNERİ

Böylece Dünya Tabipler Birliği ulusal üye birliklerinin hükümetlerine aşağıdaki konularda ısrar ve çağrı yapmalarını istemektedir:

- Afganistan'daki kadınların temel insan haklarının ciddi olarak çiğnenmesini topluca kınamak; ve,
- Kadınların temel insan haklarını sağlamayı ve kadınları mesleklerini yapmaktan yasaklayan engellemeyi kaldırmayı amaçlayan dünya çapında bir eylem yapmak;
- Akut, subakut ve devam eden tedavileri içeren tüm tıbbi ve cerrahi hizmetlerde kadınların yeterli tıbbi bakım hakları konusunda ısrar etme.

WMA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ EVDE TIBBİ GÖZLEM, “TELE-TIP” VE TIP AHLAK YASALARI

*44'üncü Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.
Marbella, İspanya, Eylül 1992*

Çağdaş tıp teknolojileri ve Tedavileri birçok potansiyel olarak öldürücü hastalıkların tedavisine kontrolüne (fakat kürüne değil) yol açmıştır. Dünya çapındaki bu tıp tıbbi başarılar sonuçta her yaşta kronik olarak hasta ve özürlü popülasyonun hızla büyümesine sebep olmuştur. Dünya sağlık bakım toplumunun karşısına çıkan problem, kronik olarak hasta ve özürlü popülasyon için (yeni teknolojilerin ve sosyal/tıbbi organizasyonların geliştirmesi gerekenler dahil) en iyi bakımın nasıl verileceğidir. Bu vakalarda tıbbi bakımın amacı hastalık süreçlerini kontrol etmek ve hastalara evlerinde veya içinde buldukları topluluklarda bağımsız ve maksimum işlev düzeyini sağlamalarına yardım etmektir.

Tıbbi bakımın alanı yalnızca teşhis ve tıbbi tedaviyi değil aynı zamanda hastanın kendine bakması konusundaki eğitimini, uzun süreli tıbbi takip ve denetlenmesini de içerir.

Hasta eskiden yalnızca eğitilmiş tıbbi personel tarafından gerçekleştirilen çeşitli tıbbi görevleri gerçekleştirmeyi öğrenmelidir. Bu tıp görevler kendi kan şekeri seviyesini günde 2-4 kez kontrol eden ve insülin dozunu uygun şekilde ayarlayan bir şeker hastasından, telefon yoluyla elektro kardiografik ritim şeridini yerel hekimin bürosuna veya uzak bir takip merkezine göndermek için aletleri kullanmayı öğrenen bir kalp pili olan hastaya kadar değişebilir.

İletişim teknolojisi bilgiyi toplamak için hekimlere muhtemel yeni yollar sağlamış ve uzak bir mesafeden hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamıştır. Elektro kardiogramları, ensafalogramları, röntgen filmlerini, fotoğrafları ve her çeşit tıbbi belgeleri içeren tıbbi bilgi artık telefon yoluyla gönderilebilir. Bu tıp bilgi bir hastanın evinden veya hekimin bürosundan yorumlanmak ve tedavi konusunda tavsiye almak için büyük bir tıp merkezine gönderilebilir ve cevap bu yolla alınabilir. Tıbbi bilgilerin hızlı değişimi hastanın evinde ve toplum içerisinde kalmasını ve en çağdaş ve güncel tıbbi bakımı almasını mümkün kılar.

Dünya Tabipler Birliği “Tele-tıp” uygulamasının gelecekte tıp uygulamasında artan şekilde önemli bir rolü oynayacağını kavramıştır.

Tele-Takip sistemlerinin geliştirilmesi aşağıdaki konuların belirlenmesini gerektirir:

- Farklı biyolojik takip sistemlerinden gelen çağrılarını almak ve cevaplayabilmek için bir merkez istasyonu gereklidir.
- Diyalog ve girişim için imkan veren, “interfon sistemi” gibi bir karşılıklı iletişim sistemine ihtiyaç vardır.

- Tele-tıp ağı hastanın evinden en karmaşık tıp merkezine bir tıbbi bağlantı sağlamalıdır.

Tele-takip sistemlerinin uygulanması şunları içerir:

1. Birbirinden uzak doktorlar arasındaki görsel konsültasyon ve ortak çalışma için ve yüksek kaliteli tıbbi uygulamalarda kurumları birbirine bağlamak için iletişim sistemlerinden yararlanma (telefon, tv, uydu)
 - a) Ortak ölçekli tıp merkezleri
 - b) Özel konutlar
 - c) Özel bakım klinikleri
 - d) Coğrafi olarak izole ve uzak yada acil durumda hemen ulaşılamayan sahalarda
2. Belgelerin gönderilmesi: Elektro kardiyografılar, ensefalogramlar, fotoğraflar, röntgen filmleri, tarayıcılar, biyolojik analizler, ekogramlar, manyetik rezonans görüntüleme, hastanın öyküsü, ve benzeri.
 - Belirtilerin açıklaması
 - Tedavi amaçlı ve tıbbi-cerrahi tavsiye
3. Ev bakımına yardım (Tele-uyarı ağı): Kardiyoloji, kadın doğum, böbrek diyalizi solunum problemleri, ciddi fiziksel hastalıklar vb kontrol.

Dünya Tabipler Birliği Tele-tıp sistemlerini geliştirme ve uygulama ile ilgili teknolojik zorluklara ek olarak, bu yeni uygulamalarla ortaya çıkan birçok ahlaki ve yasal konuların bulunduğunu kavramıştır. Öyleyse Dünya Tabipler Birliği hekimlerin “tele-tıp” ağını/sistemini etkili şekilde uygulamaya koyarken aşağıdaki ana hatlardan anahtar bileşenler olarak yararlanmalarını önermektedir.

1. Hekim hastanın veya ailesinin tele-tıp sistemini başlatmadan önce yeterli ve bilgilenmiş olduğunu belirlemelidir.

Verileri toplamak ve göndermek için hasta veya ailesinin yeteneğine dayanan sistemler, eğer hastalar testlerin önemini ve bunları toplamanın ciddiyetini anlamazsa, etkili olmayacaktır. Fiziksel tarafın yanı sıra psikolojik olarak hastanın uyumu önemlidir.

2. Hasta ile onu tıbbi bakımdan sorumlu hekim arasındaki yakın ortak çalışma ve güven bulunmalıdır.

“Tele-Tıp” Hizmetlerini sağlayan kurumlar hastanın kişisel doktorunu tercih etme hakkına saygı duymalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ KADININ DOĞUM KONTROL HAKKI

*46'ncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir
Stockholm, İsveç, Eylül 1994*

Dünya Tabipler Birliği istenmeyen gebelikleri kadınları ve onların çocuklarının sağlığı üzerine belirgin bir etkisi olabildiğini kavramıştır. Hamileliği düzenleme ve kontrol etme yeteneği kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığı ile sosyal iyiliğinin temel bileşenleri olarak değerlendirilmelidir.

Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda hamilelik kontrolü için kuvvetli fakat büyük oranda karşılanmamış bir talep vardır. Bu ülkelerdeki birçok kadın hamilelikten korunmak istemektedir fakat halen doğum kontrolü kullanmamalıdır.

Doğum kontrolü, istenmeyen gebeliklere bağlı risklerden dolayı kadınların erken ölümlerini önleyebilir. Çocuk doğurmak için optimal planlama bebek ve çocukların yaşamasını sağlayacaktır. Politik, dini veya diğer grupların doğum kontrolünün kullanımına karşı çıktığı yerlerde bile her bir kadın doğum kontrolü ile ilgili tercih hakkına sahip olmalıdır.

Dünya Tabipler Birliği tüm kadınların şans eseri değil tercih ederek doğum kontrolünü sağlamasına izin verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca Dünya Tabipler Birliği doğum kontrolü ile ilgili bireysel tercihi uygulamanın ulus veya etnik kökenden bağımsız olarak bir kadın hakkı olduğunu belirtmektedir. Kadınlar aile planlamasından yarar görmek için gereken tüm tıbbi ve sosyal danışmaya ulaşmış olmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ FELAKET OLAYINDA TIP AHLAK KURALLARI

*46'ıncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.
Stockholm, İsveç, Eylül 1994*

1. Bu belgenin amacı yönünden bir felaketin tanımı özellikle tıbbi konulara odaklanmaktadır.

Felaket genellikle ani ve şiddetli olan, büyük oranda maddi hasar, insanların ve/veya kurbanın ve/veya toplumun önemli tahribi veya bunların bir kombinasyonu ile sonuçlanan bir felaket olayının ani olarak meydana gelmesidir. Bu kapsamdaki tanım bu yazıda değerlendirilenlere ek olarak diğer problemlere yol açan uluslararası veya iç kökenli çatışma ve savaş durumlarını içermez. Tıp açısından felaket durumları belirli bir zaman dönemi içerisinde tıp mesleğinin kapasite ve kaynakları ile kurbanların veya sağlığı tehdit altında olan insanların ihtiyaçları arasında akut ve önceden görülemeyen bir dengesizlikle karakterizedir.

2. Doğal (deprem), teknolojik (nükleer veya kimyasal kazalar) veya kaza (tren kazaları) gibi felaketler özel önlemler ortaya çıkaran birkaç özelliikle karakterizedir:

- Ani meydana gelmeleri çabuk şekilde eyleme geçmeyi gerektirir;
- Normal koşullara göre ayarlanan tıbbi kaynakların yetersizliği: Büyük kurban sayısı mevcut kaynakların mümkün olduğunca fazla yaşamı kurtarmak amacı ile en etkili şekilde kullanılması gerektiği anlamına gelir;
- Maddi veya doğal hasar kurbanlara ulaşmayı zorlaştırır ve/veya tehlikeli hale getirir;
- Çevre kirliliği ve epidemi risklerine bağlı sağlık durumuna olumsuz etkiler yapar;

Buna uygun şekilde, felaketlerde taşıma ve gıda desteğinden tıbbi hizmetler, güvenlik, yangın, ordu gibi hizmetlere kadar değişen birçok farklı müdahale tiplerini ilgilendiren çok yönlü bir cevap gerektirir. Bu uygulamalar kamu ve özel çabaları koordine etmek için etkili ve merkezi bir otoriteye ihtiyaç duyar. Kurtarma çalışanları ve hekimler duygusal olarak yüksek durumdaki böyle bir olayda toplum tarafından talep edilen ahlaki gereksinimlerle bir şekilde yüklenmek zorunda oldukları bireysel ahlak kuralları içerisinde istisnai bir durum ile karşılaşır.

Önceden tanımlanmış olan ve öğretilen ahlaki kurallar hekimin bireysel ahlak kurallarını tanımlamalıdır.

Kısa zamanda oluşan yüksek sayıda yaralılara ve bölgeye yetersiz ve/veya hatalı tıbbi kaynak ayrılması özel bir ahlak problemi ortaya koyar.

Bu koşullar altında tıbbi hizmetleri sağlamak ahlaki konulara ek olarak teknik ve organizasyon konuları ile ilgilidir. Dünya Tabipler Birliği, bu yüzden, felaket durumlarında hekimlerin rolü için aşağıdaki ahlaki tutumları önermektedir.

3. TRIAJ

3.1 Triağ değişik sağlık durumlarındaki birçok kurban ile ilgili o anda bulunan sınırlı tedavi kaynaklarına bağlı birinci ahlaki problemi ortaya koyar. Triağ bir teşhis koymaya ve bir prognoz belirlemeye dayanan tedavi ve müdahaledeki öncelikler konusunda bir tıbbi eylemdir. Hastanın yaşamı triaja bağlı olacaktır. Tıbbi ihtiyaçları, tıbbi girişim olanaklarını ve mevcut kaynakları hesaba katarak, çabuk şekilde gerçekleştirilmelidir. Yeniden canlandırmanın hayati eylemleri triağ olarak aynı anda gerçekleştirilmek zorunda kalınabilir.

3.2 Triağ yeterli personel tarafından yardım edilerek yetkili ve deneyimli bir hekim tarafından sağlanmalıdır.

3.3 Hekim kurbanları aşağıdaki şekilde ayırmalıdır:

a) Kurtarılabilecek fakat yaşamları ani tehlikede olmayan, düz bir tedavi gerektiren veya sonraki birkaç saat içerisinde öncelik taşıyan kurbanlardır;

b) Yaşamları ani tehlikede olmayan ve ani tıbbi bakım gerektirmeyen fakat erken müdahale edilmesi gereken kurbanlar;

c) Daha sonra veya çalışanların rahatladığı zaman tedavi edilebilecek, yalnızca küçük tedavi gerektiren yaralı kişiler;

d) Kişisel olarak ilgi gerektirmeyen fakat akut şekilde rahatsızlırsa ikna edilmesi veya sakinleştirilmesi gerekebileen, ikna olma ihtiyacı duyan psikolojik olarak travmaya uğramış kurbanlar;

e) Radyasyona maruz kalma veya özel zaman ve yer şartlarında kurtarılamayacak derecede yanıkları olan veya çok uzun sürecek ve bu yüzden hekimlerin onlar ve diğer hastalar arasında bir seçime mecbur kalacağı özel bir ameliyat ihtiyacı olan kompleks cerrahi vakalar gibi son derece ciddi yaralanmaları olan, durumları mevcut tedavi kaynaklarını aşan kurbanlar. Bu sebeplerle bu kurbanların tümü “acil müdahalenin ötesinde” vakalar olarak sınıflandırılabilir. Felaket durumunda belirtilen öncelikler konusunda “yaralı bir kişiyi terk etme” kararı, “ölümcül tehlikede bir kişiye yardım konusunda eksiklik” olarak değerlendirilemez. En fazla sayıda kurbanı kurtarma niyeti taşıdığı zaman haklıdır.

f) vakalar düzelebildiği ve böylece kategori değiştirebildiği için, triağ ile yükümlü görevlinin durumu düzenli olarak yeniden belirlemesi önemlidir.

3.4 a) Ahlaki açıdan triağ ve “acil bakımın ötesinde” kurbanlara yönelik benimlenen tutum insan kontrolünün ötesindeki istisnai durumlarda hemen mevcut yolları uygulamaya konulması dahilinde bir hekim için neye mal olursa olsun ümidin ötesindeki bir hastanın yaşamını korumakta ısrar etmek böylece başka bir yerde gereken kaynakları harcamak ahlaki bir tutum değildir. bununla birlikte, hekim kişilerin özel yaşamlarının bu anına şefkat ve saygı göstermeli, örneğin onları diğerlerinden ayırarak ve uygun ağrı giderici ve sakinleştiriciler uygulayarak görevini yerine getirmelidir.

b) Hekim mevcut yolları değerlendirerek kendi bilincine göre davranmalıdır. Düzelme şansı olan ve en az morbidite ile sınırlı en yüksek sayıdaki ciddi vakaları kurtaracak tedavi önceliklerini ayarlamaya çalışmalı ve şartlar dolayısıyla ortaya çıkan sınırları kabullenmelidir.

Hekim çocukların özel ihtiyaçları olabileceği gerçeğine özel ilgi göstermelidir.

4. KURBANLAR İLE İLİŞKİLER

4.1 Kurbanlara verilen bakımın tipi ilk yardım ve acil tıbbi bakım olacaktır. Bir felaket olayında hekim yardım isteği beklemeden ve ayırım yapmadan her kurbanına tıbbi yardım sağlamalıdır.

4.2 Kurtarılabilecek hastaları seçerken, hekim yalnızca acil durumlar değerlendirmeli ve tıbbi olmayan ölçütlere dayanan diğer herhangi bir değerlendirmeye yer vermemelidir.

4.3 Kurbanlar ile ilişkiler, hastaların çıkarının korunması gerektiğine saygı duyulacak, mümkünse ani acil yardımda onaylarını alarak sonuçlanan ilk yardım tıbbi bakımı ve ihtiyacın durumu ile belirlenir. Bununla birlikte hekim ilgili popülasyonların kültürel farklılıklarına kendini ayarlamalı ve durumun gereklerine uygun şekilde davranmalıdır. Mümkün olduğunca fazla yaşamı kurtarmak ve morbiditeyi gerçek minimum düzeye indirmek için duygusal bakımın yanı sıra teknolojik bakımı da içeren optimal bakım kavramları ile yönlendirilmelidir.

4.4. Kurbanlarla ilişkiler, hayatını yitirenler için yas tutması ile ilgili, teknik tıbbi davranışlardan oldukça ayrı olan, kişilerin psikolojik gerginliklerini kavrama ve onlara destek olma ile ilgili yönleri içerir. Bunlar kurbanların ve ailelerinin kader ve moral durumlarına saygı duymayı içerir ve hayatta kalanlara yardım eli uzatmayı gerektirir.

4.5 Hekim geleneklere, dini kurallara ve kurbanların inançlarına saygı duymalı ve ayırım gözetmeden davranmalıdır.

4.6 Mümkünse, karşılaşılan zorluklar ve kurbanların tespiti, tıbbi takip için rapor edilmelidir.

5. ÜÇÜNCÜ ŞAHISLAR İLE İLİŞKİLER

Hekim basın ve diğer üçüncü şahıslarla diyalog kurduğunda gizliliği ve özel hayatı korumak ve tedbir ve tarafsızlığı uygulamak ve felaket durumlarını çevreleyen duygusal ve politik atmosfer ile ilgili kader ile davranmak konusunda her hastaya karşı görevlidir.

6. DİĞER SAĞLIK PERSONELİ GÖREVLERİ

Hekimler için geçerli olan ahlaki prensipler hekimin denetimindeki personel için de geçerlidir.

7. EĞİTİM

Dünya Tabipler Birliği felaket tıbbi eğitiminin üniversite kapsamında ve tıptaki mezuniyet sonrası kurslarda yer almasını önermektedir.

8. SORUMLULUK

Dünya Tabipler Birliği üye devletlere ve sigorta şirketlerine, felaket veya acil durumlarda çalışırken hekimlerin maruz kalabileceği eksiklik ve herhangi bir kişisel zararı kapsamak üzere bağlantı kesikliği olmadan sorumluluğu veya bunun azaltılmış bir formunu uygulamak üzere çağrı yapmaktadır.

Dünya Tabipler Birliği; hükümetlerden şunları istemektedir:

a) yabancı hekimlere yardım ve koruma sağlanması ve eylemlerinin, çalışmalarının ve uygulamalarının ırk, din ve benzeri temellerde ayırım yapmadan kabul edilmesi.

b) üst düzey yetkililerin ziyaretleri sırasında tıp hizmetlerinin aksamamasına öncelik verilmesi.

DÜNYADAKİ MÜLTECİ PROBLEMİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ BİLDİRGESİ

*46'ncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir
Stockholm, İsveç, Eylül 1994*

İnsan hakları ihlallerinden, politik baskılardan, ırkçılıktan kıtlıktan ve sivil baskılardan kaçmak için ülkelerini terk etmiş olan dünyanın birçok kesimindeki mültecilerin önüne geçilemez bir akışı varken,

Küba, Bosna, Haiti, Somali, Ruanda ve birçok yerde meydana gelen insanlık trajedilerinin raporları ile dünyanın gündemi belirlenirken,

İnsani yardım tıbbi bakım ve gıda desteği için müthiş bir ihtiyaç varken ve

Birçok gönüllü hekim ve diğer sağlık personeli mültecilere tıbbi bakım sağlarken, tıbbi destek, gıda ve giyimden başka, çok daha fazlası gereklidir.

Öyleyse Bunun Çözümü İçin

1. Ulusal tabip birlikleri, mülteciler ve bu ülkelerin vatandaşları için tıbbi ve insani yardım sağlamaya yardım eder.
2. Ulusal tabip birlikleri insanların yaygın mağduriyetlerini azaltmak için bu çabalara katılma konusunda hükümet kurumlarını ve diğer hükümet dışı organizasyonları zorlar.
3. Tüm bireyler; baskıları bu krizlere sebep olan hükümetlerden yetki almaksızın doğrudan mülteci ve vatandaşlara bu tip yardımların sağlanması konusunda çaba sarf eder.

ÇOCUKLARIN HIRPALANMASI VE İHMALİ KONUSUNDA DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ TUTUMU

1984 yılında 36. Genel Kurul'da (Singapur) kabul edilip, 1989 41. Genel Kurul (Hong Kong), 1990 42. Genel Kurul(ABD) ve 1992 44. Genel Kurul'da (İspanya) değiştirilmiştir)

Ailede şiddet ve kavganın en yıkıcı belirtilerinden biri çocukların hırpalanması ve ihmal edilmesidir. Çocuk istismarının önlenmesi, erken tanınması ve kurbanlarının kapsamlı tedavisi dünya tıp ortamı için önemli bir konudur.

Hırpalanmış çocuk tanımı kültürler arasında farklılıklar gösterir. Ne yazık ki, çocuğa zarar verici bir davranışın kabul edilebildiği kültürler de vardır. Bu tutum (bildirge); çocuğun fiziksel, cinsel ve ruhsal hırpalanmışlığı konularının tümü için geçerlidir. Çocuk ihmali, bir ana-babanın ya da çocuğun bakımından yasal olarak sorumlu olan kimsenin, çocuğun temel gereksinimleri ve yeterli düzeyde bakımını sağlamasındaki başarısızlıktır. Dünya Tabipler Birliği, çocuklara kötü muamelenin dünyada önemli bir sorun olduğunu kabul ederek; tüm ulusal tabip birliklerini aşağıdaki kılavuzu hekimlere iletip, benimsetmelerini önerir:

1. Hekimlerin, hırpalanmış çocuk ve onun sorumlu ailesini belirlemede ve onlara yardım etmede benzersiz ve özel bir görevi vardır.
2. Hekimler çocuk istismarını tanımak için özel bir eğitim almalıdırlar. Bugün pek çok ülkede bu konuda sürekli eğitim programları yapılmaktadır.
3. Hekim; bu konuda deneyimli, çeşitli tıp dalı üyelerini içeren bir ekiple ilişki kurmalıdır. Bu ekipte hekimler, sosyal çalışmacılar, erişkin ve çocuk ruh sağlığı uzmanları, psikolog ve avukatlar yer almalıdır. Böyle bir ekip yoksa, hekim tıp, sosyal ve hukuk alanlarındaki ilgili kişilerle görüş alış-verişi yapmalıdır.
4. Genel pratisyenler, çocuk hekimleri, cerrahlar, psikiyatristler, çocukları tedavi eden diğer hekim grupları, ihmal edilmiş hırpalanmış çocukları tanımak için özel bilgi ve becerilerle donanabilmeli, ana babayı değerlendirebilmeli, toplum bu alandaki kaynaklarını bilmeli, kullanmalı ve yine bu alanda kendi yasal sorumluluklarını da öğrenmelidir.
5. Fiziksel olarak hırpalanan çocuğun tıbbi değerlendirmesinde şunlar yapılmalıdır:

- a) yaralanma öyküsü
- b) iyi bir fizik inceleme
- c) radyolojik tarama
- d) kanama bozukluğu taraması
- e) olabilirse renkli fotoğraf

f)kardeşlerin fizik incelemesi

g)resmi bir rapor hazırlanması

ı)çocuğun gelişiminin nasıl olduğunun belirlenmesi

6. Cinsel saldırıya uğramış çocuğun tıbbi değerlendirilmesi ve tedavisinde ise;

a)fizik ve psikolojik örselenmenin tedavisi

b)kanıtın toplanması

c)gebeliğin önlenmesi/sonlandırılması

d)cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi

yapılmalıdır.

7. Hekimin ailenin işleyişi konusunda bilgi edinmesi gerekir. Hekim evlilik ilişkisinin niteliğini, ailedeki disiplin yöntemlerini, ekonomik baskıları, ruhsal sorunları, alkol, ilaç bağımlılıkları ve kullanımı konularını aşırı bir duyarlık ve özen göstererek öğrenmelidir.

8. Hekimin çocuk ihmali ve hırpalanması konusundaki bilgisi özel bir önem taşır. Sıklıkla, muayeneden fiziki bir iz görünmeyebilir, ancak çocuk ve ailesi ile dikkatli bir görüşme, öykü ve nesnel veriler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarabilir ve hekimi tanıya götürür.

9. Çocuk hırpalanmasından kuşkulandığında; hekim şunları yapmalıdır:

a)tüm kuşkulu olgular çocuk koruması ile ilgili kuruluşlara bildirilmelidir.

b)başlangıç değerlendirme aşamasında koruma gerektiren durumlarda çocuk hastaneye yatırılmalıdır.

c)ana-babaya tanı söylenmeli ve ilgili yasal kurumlara çocuktaki yaralanmalar bildirilmelidir.

10. Çocuk, hekimin hastası, dolayısıyla onun temel sorumluluğudur. Bu nedenle, hekim onun daha çok hırpalanmasını engellemek zorundadır. Çocuğa yardımcı olacak sosyal kurum ya da kuruluş ile görüşmeli, gerekirse çocuğu hastaneye yatırtmalıdır.

11. Hastaneye yatan çocuğa tam bir değerlendirme, diğer uzmanların da katılımı ile yapılmalıdır.

12. Çocuğun hırpalanmış olduğundan kuşkulandığında, hekim aileye bunun çocuğun sorununun ayırıcı tanılarında biri olduğunu söylemelidir. Ancak bu görüşme sırasında, hekimin nesnelliğini koruması, suçlayıcı yorumlardan kaçınması gerekir.

13. Değerlendirme sürecinde tüm bulguların kaydedilmesi zorunludur. Daha ilerde, mahkeme olursa, bu raporlar özellikle gereklidir.

14. Hekim, doğum öncesi ve sonrası dönemde aileye danışmanlık yaparak; çocuk yetiştirme konusundaki sorunları belirleyerek ve aileyi aile planlaması, doğum kontrolü konularında eğiterek koruma çalışmalarına katılmalıdır.

15. Hekimler sağlam çocuk muayenelerini önererek, yaparak, evlere ebe ziyaretlerini sağlayarak bu konuda önlemler alabilirler. Bu programlar hem çocukların sağlığını iyileştirir, hem de çocuk hırpalanmasını önler.

16. Hekimler, bu konunun çok karmaşık olduğunu ve çoğunlukla birden fazla tedavi yöntemi ve hizmet gerektirdiğini bilmelidirler. Yeterli tedavinin yapılması çeşitli meslek gruplarının da katkısını gerektirecektir.
17. Hekimler çocuk istismarı konusunda tıbbi bilgi ve yeterliliği geliştirecek yaratıcı programların oluşturulmasına katkıda bulunmalıdırlar.
18. Çocuk hırpalanması olgularında da hastaların gizlilik hakları olduğu unutulmamalıdır. Taciz ne olursa olsun (fiziksel, ruhsal ve cinsel) rapor yalnızca ilgili kuruma verilmelidir.
19. Hekimler, kendi ülkelerinde bu konuda, önleyici ve koruyucu yasaların çıkarılmasına katkıda bulunmalıdır. Yasalar, bu çocuklara tanı koyup, tedavi eden kişileri de korumalıdır.
20. Hekimler, zarar gören çocuğun yasal olarak hak arayacağı yaşa gelene kadarki dönemde kendisini hırpalayan kişiler için hukuksal girişimde bulunabilmesini desteklemeli, bu konuda hem çocuk hem de sanığın zarar görmemesi için nesnel belirtilerin olması gerektiğini bilmelidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ AHLAKİ STANDARTLAR PRENSİBİNE YENİDEN ADANMA KONUSUNDA BİLDİRGESİ

*46'ncı Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.
Stockholm, İsveç, Eylül 1994*

1. Dünya Tabipler Birliği kendisini bildiri ve açıklamalarında duyurduğu tıp ahlakının yüksek standartlarını el üstünde tutmaya ve tüm hekimlerin mesleki aktivitelerinde bahsedilen bütün ilkelerin en ateşli gözlemcisi olarak kendilerini yeniden adamalarını sağlamaya vakfetmiştir Ve
2. Dünya Tabipler Birliği tüm ulusal tabip birliklerinin bu ahlaki ilkeleri hem hekimlere hem de genel olarak topluma benimsetmek için programlar ve aktiviteler gerçekleştirmeye ve tüm hekimler tarafından bu prensiplerle uygunluğu sağlaması gerektiğini kabul ettirmeye zorlar ve daha ileri çözümler için Dünya Tabipler Birliği uygun hükümet kurumlarının çalışanlarını, bu ilkelere saygı göstermeye ve tıp ahlakının bu yüksek standartları ile uygunluk gösteren hedefleri gerçekleştirmek için ulusal tabip birliği ile çalışmaya zorlar.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İŞYERİ GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞÜ

45. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurul'u; Macaristan, Budapeşte,
Ekim 1993

Hekimler sağlığı geliştirme ile ilgili olarak, işten kaynaklanan hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi konusundaki etkinliklere destek olmalıdır.

Her çalışan en yüksek düzeydeki korunma olanaklarından yararlanmalıdır.

Sağlıklı ve üretken çalışmanın ayrılmaz bir parçası olarak, insan değerleri anlamında işbirliğini sağlama bakımından, hükümet yetkilileri, işverenler, işçiler ve hekimler arasında karşılıklı görüşmelerin büyük önemi vardır.

Üretkenliği etkileyen sağlığın korunması, herkesi sağlığın geliştirilmesi konusunda çabaya yöneltmelidir.

Dünya Tabip Birliği, aşağıdaki noktaları ve önerileri yararlı bulmaktadır:

Çalışanın doğal savunucusu olarak hekim;

1. Mesleki bağımsızlık içinde davranmalıdır,
2. İşverenlere ve işçilere mevzuatın öngördüğü standartları yerine getirmelerini tavsiye etmelidir,
3. İşyerinde güvenliği artırıcı ve özellikle de aralıklı sağlık gözetimini gerektiren mevzuatın hazırlanması konusunda ilgili makamlara önerilerde bulunmalıdır,
4. İşçilere, kendi sağlıklarına, birlikte çalıştığı diğer kişilerin sağlığına ve mesleki çalışmalardan etkilenebilecek diğer kişilerin sağlığına dikkat etmenin, kendi sorumlulukları olduğunu hatırlatmalıdır.
5. Çalışanların, işlerini yapabilme becerilerini değerlendirmelidir,
6. Tıp eğitim içine, işyeri güvenliği konularının girmesi fikrini savunmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SİLAHLI ÇATIŞMA DÖNEMLERİNE İLİŞKİN KURALLAR

*10'uncu Dünya Hekimler Kurultayı'nda (Ekim 1956, Havana-Küba) benimsenmiş,
11'inci Dünya Hekimlik Kurultayı'nda (Ekim 1957, İstanbul-Türkiye) düzeltilmiş
ve 35'inci Dünya Hekimler Kurultayı'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya)
geliştirilmiştir.*

Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Yönerge:

1. Silahlı çatışma dönemlerinde tıp ahlakı, Dünya Hekimler Birliği'nin Uluslar arası Tıp Ahlakı Yasası'nda saptandığı gibi, barış dönemlerinden farklı değildir. Hekimin birincil yükümlülüğü mesleki görevidir. Mesleki görevini yürütürken hekimin en başta gelen yol göstericisi vicdanıdır.
2. Tıp mesleğinde birinci görev sağlığı korumak ve yaşamı sürdürmektir. Bu nedenle hekimlerin şunları yapmaları olanak dışı sayılır:
 - A) Hastanın yararına olmayan koruyucu, tanı koyucu ya da iyileştirici işlemleri uygulamak ya da önermek,
 - B) İyileştirici bir etki sağlamadan kişinin fiziksel ya da zihinsel gücünü zayıflatmak,
 - C) Bilimsel bilgiyi, sağlığı tehlikeye atmaya ya yaşamı ortadan kaldırmaya yönelik olarak kullanmak.
3. Silahlı çatışma dönemlerinde de, insanlar üzerinde deney yapmakla ilgili olarak, barış dönemlerindeki yasa aynen yürürlüktedir; özellikle sivil ya da asker tutsaklar ile ele geçirilmiş ülkelerin halkı gibi özgürlüklerinden yoksun kişiler üzerinde deney yapmak bütünüyle yasaktır.
4. Acil durumlarda hekim, her zaman yansız olarak ve cinsiyet, ırk, ulus, din, politik bağlanma ya da benzeri başka ölçütlere bakmaksızın gereksinimi olanlara sağlık bakımı vermelidir. Bu sağlık bakımı, gerekli ve uygulanabilir olduğu sürece sürdürülmelidir.
5. Mesleki uygulama sırasında tıbbi gizlilik, hekim tarafından korunmalıdır.
6. Hekime sağlanan ayrıcalıklar ve kolaylıklar, mesleki amaçlar dışında kullanılmamalıdır.

Hasta ve Yaralıların Özellikle Çatışma Sırasındaki Bakımlarını Düzenleyen Kurallar:

A.1) Koşullar ne olursa olsun, asker ya da sivil her kişi, cinsiyet, ırk, ulus, din, politik bağlanma ya da benzeri başka ölçütlere bakılmaksızın, gereksinimi olan sağlık hizmetini almalıdır.

2-İyileştirici olmadığı sürece, kişinin sağlığına, fiziksel ya da zihinsel bütünlüğüne zarar veren bütün işlemlerin uygulanması yasaktır.

B.1)Asil durumlar için hekimlerden ve yardımcı sağlık çalışanlarından yapabilecekleri en iyi acil hizmeti sunmaları istenir. Tıbbi yönden, acil olanlar dışında, hastalar arasında herhangi bir ayırım yapılmayacaktır.

B.2)Tıp mesleğinin ve yardımcı mesleklerin üyelerine, kendi mesleki etkinliklerini özgürce yürütebilmeleri için gereken güvence sağlanmalıdır. Sorumluluklarını yerine getirmeleri için zorunlu olan yardım verilmelidir. Yardımlaşmaları gerektiğinde özgür dolaşma hakkı tanınmalıdır. Mesleki yönden tam bağımsız bir ortamda bulunmaları sağlanmalıdır.

3-Tıbbi görev ve sorumlulukların yerine getirilmesi hiçbir koşulda suç sayılmayacaktır. Hekim, hiçbir zaman mesleki gizliliği gözetmesi nedeniyle kovuşturulmayacaktır.

4-Mesleki görevlerini sürdürdükleri sürece, tıp ve yardımcı meslektekiler, beyaz zemin üzerine kırmızı yılan ve asa amblemiyle ayırt edilirler. Bu amblemin kullanılışı özel bir yönergeyle düzenlenmiştir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KIRSAL BÖLGELERDEKİ TIBBİ BAKIMA İLİŞKİN ÖNERİLERİ

18'inci Dünya Hekimler Kurultayı'nda (Haziran 1964, Helsinki-Finlandiya) benimsenmiş, 35'inci Dünya Hekimler Kurultayı'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

I-Şehirselleşen bölgede yaşayan kişiler kadar sağlık bakımı almak, kırsal bölgede yaşayanların hakkıdır. Kırsal bölgelerde sunulan tıbbi hizmetin niteliğini etkileyen ekonomik ve benzeri etkenler bulunsun bile sağlık hizmetlerinin niteliğinde herhangi bir eşitsizlik olmamalıdır. Ülkede sağlık hizmeti sunmakta olan herkesin niteliğini en üst düzeye çıkarmak için sürekli çaba gösterilmelidir.

II-Kırsal bölgelerde sağlık hizmetinin en iyi şekilde planlanması ve geliştirilmesi için gereken bilgilerin sağlanmasında, gerçeği yansıtan verilerin incelenmesi ve çözümlenmesi, kırsal topluluklar ve bölgeler için yararlı olmaktadır.

III-Kırsal topluluklarda eğitim düzeyi ile sosyoekonomik düzey karşılıklı olarak birbirine bağlıdır. Halkın sağlık eğitiminde en büyük etkinlik, ancak, kurumların, örgütlerin, sağlık mesleğinde çalışanların ve toplumun, sağlık uygulamasının gelişmesine ve sürekliliğine en yüksek derecede katılmalarıyla sağlanabilir.

IV-Kırsal bölge sağlık hizmetleri geliştirilirken, hekim ile hasta arasındaki ilişkinin ilkelerinin korunması gerekir.

V-Kamu sağlığına ilişkin atamalarda önerilen koşulların, kırsal sağlık hizmetlerinin de şehirselleşen bölgelerdekilere denk olacak şekilde gelişmesine yetecek çekicilikte olmasını sağlamak devletin görevidir.

VI-Gerek kırsal, gerek şehirselleşen bölgelerde koruyucu ve tedavi edici hekimlik, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi ile ilgili program ve olanakların uygun biçimde bütünleştirilmesi sağlanmalıdır.

VII-Şehirselleşen bölgede olduğu kadar kırsal bölgede de sağlık hizmetlerinin en uç noktada klinik sorumluluğunu yalnızca yetkili hekimlerin üstlenmesini sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir. Hekim yardımcılarını, sorumlu hekimlerin görevlerini yürütmek için ancak geçici olarak görevlendirilmelidir. Kırsal bölge sağlık personelinin yeterli sayıda olması ve kırsal bölgede yaşayanların tıbbi gereksinimlerine uygun şekilde eğitim görmesi gerekir. Bu personelin teknik bilgisinin güncelliği sürekli olarak sağlanmalıdır.

VIII-Yardımcı sağlık personelinin, özellikle hemşire, sağlık memuru ve ebelerin eğitimi, kırsal bölgelere yeterli sayıda personel sağlanabilecek şekilde, ülkenin genel kültür ve eğitim düzeyine göre düzenlenmelidir. Hekimlerce bu grubun mezuniyet sonrası ve bilgi yenileme kurslarına olduğu kadar temel eğitimine de, olabilecek her yoldan yardım sağlanmalıdır.

IX-Kırsal bölgelerin özgül hastalıkları, hekimlerin ilgili mesleklerin mensupları ile işbirliği yapmalarını gerektirir.

X-Hekimler, kırsal bölgede yaşayanların sağlık eğitiminde önderlik yapmalıdırlar. Olabilecek en üst düzeyde sağlık eğitimi standardına ulaşabilmek için hekim ile kırsal bölge halkı arasında işbirliğinin varolması zorunludur.

XI-Kırsal bölge hekimlerinin, kentsel bölge hekimlerine kıyasla daha olumsuz koşullarda çalışmamaları için ulusal hekim birlikleri olası her şeyi yapmalıdır.

XII-Ulusal hekim birlikleri, kırsal bölgelerdeki sağlık koşullarının iyileştirilmesine yönelik planlar geliştirilmesi çalışmalarında etkin bir yer almalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ÖTANAZİ BİLDİRGESİ

39. Genel Kurul'da kabul edildi. Madrid, Ekim 1987

Bir hastanın yaşamını, kendi ya da çok yakınlarının izni ile de olsa sonlandırmak olan ötanazi etik değildir. Bu hekimi hastalığının son dönemlerinde olan bir hastanın doğal ölüm süreci ile ilgili isteğine hürmet etmekten alıkoymaz.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN OLAĞANDIŞI DURUMLAR İÇİN TIP ETİĞİ BİLDİRGESİ

Eylül 1994 tarihinde İsveç'in Stockholm kentinde yapılan 46. Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır:

1. Bu belgede yer alan “olağandışı durum” ile ilgili tanımlamalar daha çok tıbbi konuları içermektedir:

Olağandışı durum genellikle önemli derecede maddi kayıp, insanların ve/veya etkilenenlerin yer değiştirmesi ve/veya toplum dengesinde önemli ölçüde bozulma oluşması ya da bu durumların bir bileşkesi şeklinde sonuçlanan ve genellikle ani ve şiddetli seyreden bir felaket durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda yapılan tanımlama içinde uluslararası ya da ulusların kendi içinde süregelen savaşlar ve çatışmalardan kaynaklanan ve bu durumlara bağlı olarak farklı sorunlara neden olan durumlar yer almamaktadır. Tıbbi açıdan olağandışı durumlar belli bir zaman içindeki akut ve tıp ile ilgili mesleki kapasite ve kaynaklarla, etkilenen kişilerin ya da sağlıkları tehdit altında olan diğer insanların gereksinimleri arasında önceden tahmin edilemeyen dengesizlik olarak tanımlanmaktadır.

2. Doğal (örneğin deprem), teknoloji (örneğin nükleer ya da kimyasal kazalar), ya da kaza nedenli (tren kazaları, trenin raydan çıkması) olağandışı durumlarda bazı “özel” sorunlar görülmektedir:

- a. Olaylar “ani” olarak oluşmaktadır ve “hızlı” müdahalelere gerek vardır.
- b. Normal durumlara yanıt verebilen tıbbi kaynakların yetersiz kalması söz konusudur: Olaydan etkilenen kişi sayısının fazla olması çok sayıda yaşam kurtarabilmek için ulaşılabilir kaynakların daha etkin bir biçimde kullanılması anlamına gelmektedir.
- c. Doğanın ya da araçların zarar görmesi etkilenen kişilere ulaşmayı “zor” ve “tehlikeli” kılmaktadır.
- d. Salgınların yarattığı riskler ve ortamda oluşan kirlilik sağlık üzerinde istenmeyen etkilerin oluşmasına neden olmaktadır.
- e. Düzeni sağlamak için polisin ve askeri birliklerin çağrılmasını gerektiren güvensiz bir ortam oluşmaktadır.
- f. Olay medya tarafından izlenmektedir.

Bunların yanı sıra olağandışı durumlar sıkı bir “güvenlik” (polis, itfaiye hizmetleri, ordu gibi) altyapısı olmamasına karşın nakil ve gıda yardımlarından tıbbi hizmetlere kadar pek çok kurtarma hareketini içeren çok yönlü bir “yanıt” sistemini gerektirir. Bu uygulamalar kamu ve özel olarak yapılan çabaların eşgüdümünü sağlayabilmek için etkili ve merkezîyetçi bir otoriteyi gerektirir. Kurtarma ekipleri ve hekimler, bireysel etik yaklaşımlarının toplum tarafından istenilen etik gereksinimlerle

bir biçimde harmanlanması gerektiği “yoğun” duygusallıkların yaşandığı bu gibi az görülen durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Daha önceden tanımlanmış ve öğretilmiş olan etik kurallar hekimlerin bireysel düzeydeki etik yaklaşımlarını tamamlar nitelikte olmalıdır.

Olay yerindeki yetersiz ve/veya zarar görmüş tıbbi kaynaklar ve kısa süre içinde çok sayıda yaralı olması “duruma özel” bir etik sorunu beraberinde getirmektedir.

Bu koşullar altında tıbbi hizmetleri sağlamak etik konulara ek olarak teknik ve yönetsel konuları da içermektedir. Bu nedenle DTB olağandışı durumlarda hekimin rolünü belirleyebilmek için aşağıda belirtilen bazı etik tutumları önermektedir.

3. Triaj

- a. Triaj ile ilgili ilk etik sorun sağlık durumları çeşitlilik gösteren çok sayıdaki yaralıya yönelik sınırlı sayıdaki tedavi olanaklarını anında kullanılabilir duruma getirme konusundadır. Triaj, tanı ve sonrasındaki girişim biçiminin planlanmasına dayanan tedavi ve durumu yönetebilme konusundaki tıbbi bir uygulamadır. Hastaların yaşayabilmesi triaja bağlıdır. Bu uygulama tıbbi gereksinimleri, tıbbi girişimleri ve hazır olan kaynakları kullanılabilir duruma getirmeyi öncelikle çok hızlı bir biçimde yapılmalıdır. Reanimasyon ile ilgili yaşamsal uygulamalar triajla aynı anda yapılabilir.
- b. Triaj, yetki verilmiş ve deneyimli bir hekime yardım eden yetkin bir yardımcı personel tarafından yürütülmelidir.
- c. Hekim; triaj anında aşağıdaki öncelik sırasını gözetmelidir:
 - a. Hayatlarının kurtarılması mümkün olan ancak tedaviye hemen / anında ya da öncelik açısından ilerleyen birkaç saat içinde gereksinimi olan yaşamsal tehlikesi yüksek kişiler
 - b. Yaşamsal tehlikenin yüksekliği çok öncelikli olmayan ve tedaviye hızlı ancak çok öncelikli olarak gereksinim duymayan kişiler
 - c. Yalnızca ufak bazı girişimlere gereksinim duyan ve daha sonra da tedavi olabilecek ya da kurtarma ekiplerinin girişimi ile iyileşebilecek olan yaralılar
 - d. Psikolojik olarak örselenmiş ve güvenlerini yeniden kazanmaya gereksinimi olan ve o anda bireysel olarak müdahale edilemeyen ancak eğer akut etkilenimleri olmuşsa sedasyona ya da güven ortamına gereksinim duyabilen bireyler
 - e. Gereksinimlerin var olan kaynakları aştığı radyasyon ya da o anda ve koşullarda yapılan girişim ile kurtarılamayacak kadar ağır yanık nedeniyle yaralanan ya da uzun süreli özel bir cerrahi girişim gerektiren karmaşık olgular hekimleri diğer yaralılarla, tanımlanan bu durumlar arasında seçim yapmaya zorlar. Bütün bu nedenlere bağlı olarak bu tip olgular “acil bakımın dışında” olarak sınıflandırılabilir. Olağandışı durumun öncelikleri kapsamında yaralı bir kişi ile ilgilenmemek ölümcül durumdaki bir kişiye yardım etmemek olarak düşünülemez. Bu yaklaşımın doğruluğu, en çok sayıda yaralının kurtulması ile ortaya çıkar.
 - f. Olguların sağlık durumlarının süreç içinde farklılaşması yaralı sınıflandırmasını değiştirebilir. Bu nedenle triaj ekibinin sürekli olarak bu değerlendirmeleri yapması çok önemlidir.

- g. Etik bakış açısıyla, triaj ve “acil bakımın dışında kalan” kişilere karşı tutumla ilgili sorun bireyin denetiminde olmayan az görülen durumlarda o anda var olan araçların tahsis edilmesi ile uyumludur. Hekimin başka durumlar için gerekli olan kaynakları, kurtulması olanaklı olmayan kişilerin yaşamlarını kurtarmak için ne pahasına olursa olsun harcama konusundaki ısrarcı tutumu etik değildir. Ancak, hekim hastalarını diğerlerinden ayırarak ve ağrılarını azaltmak için onlara ağrı kesici ya da yatıştırıcı ilaçlar vererek hastalarının özel yaşamlarına duyduğu saygıyı ve durumlarına gösterdiği merhameti onlara göstermelidir.
- h. Hekim, eldeki kaynakları da düşünerek vicdanına göre davranmalı, durumun yarattığı sınırlılıkları da göz önüne alarak iyileşme şansı olan ve hastalığı kişiye en az düzeyde zarar verecek şekilde sınırlayan en çok sayıdaki ciddi şekilde yaralanan kişiyi kurtaracak tedavi için önceliklerini uygulamak için çaba göstermelidir. Hekim, özel gereksinimleri olabilme olasılığına karşılık çocuklara karşı özel bir duyarlılık göstermelidir.

4. Etkilenen kişilerle ilişki

1. Sunulan hizmet ilkyardım ve acil bakım hizmetleri olmalıdır. Hekim olağandışı durum anında birinin ondan yardım isteyip istemediğine bakmaksızın her bir kişiye ayırım yapmadan tıbbi yardım sağlamalıdır.
2. Hekim, hizmet sunumundaki önceliklerini belirlerken yalnızca “acil” durumlarını değerlendirmeli; tıbbi olmayan diğer konulara göre yapılan değerlendirmeleri göz ardı etmelidir.
3. Olaydan etkilenen kişilerle ilişki; ilkyardım ve acil bakıma ve eğer olanaklı ise acil durum anında hastaların rızalarının alınarak onların en üstün çıkarımının korunması konusundaki gereksinimlerine göre sürdürülmelidir. Ancak, hekim, toplumların kültürel farklılıklarına uyum sağlamalı ve koşulların gerektirdiği biçimde davranmalıdır. Hekim en fazla sayıda yaralıyı kurtarmak ve morbiditeyi olabilecek en az düzeyde tutabilmek için duygusal yaklaşım kadar teknolojiyi de içeren en yüksek bakım yaklaşımını benimsemelidir.
4. Sunulan hizmet varsa olaydan etkilenen kişilerin ölümleri sonucu yas tutma ile ilgili durumları da içermektedir. Bu durum, teknik olarak sağlanan destekten farklıdır ve onların psikolojik olarak zor durumlarını tanımayı, anlamayı ve bu destek olmayı gerektiren bir süreçtir. Aynı zamanda bireylerin ve ailelerinin itibar ve ahlaki değerleri de göz önünde bulundurulmalıdır. .
5. Hekim, olaydan etkilenen kişilerin geleneklerine, dinlerine ve dinsel törenlerine saygı göstermek ve tarafsız davranmak zorundadır.
6. Olanaklı ise süreçte karşılaşılan zorluklar ve etkilenen kişilerin kimlik bilgileri tıbbi izleme için kaydedilmelidir.

5. Üçüncü şahıslarla ilişki

Hekimin her bir hastaya karşı “kişisel karar verme yetkisi ve medya ve diğer üçüncü şahıslarla temas sırasında gizliliği sağlama” ve olağandışı durumları çevreleyen duygusal ve politik atmosfer konusunda saygılı davranma sorumluluğu vardır.

6. Tıp kökenli olmayan kişilerin sorumlulukları

Hekimler için geçerli olan etik ilkeler hekimin yönlendirdiği diğer personel için de geçerlidir.

7. Eğitim

DTB, olağandışı durumlarla ilgili olarak tıbbi eğitimlerin üniversite ve tıp alanında-ki mezuniyet sonrası eğitim müfredatlarında yer almasını önermektedir.

8. Sorumluluk

DTB; üye devletleri ve sigorta kurumlarını, sorumluluğu azaltan ya da yurttaşlarla ilgili taahhütleri yerine getirebilmek ve hekimlerin karşı karşıya kaldığı kişisel herhangi bir zararı suistimal edilmeden karşılayabilmek için “sorumlu” bir yapıyı oluşturma konusunda göreve çağırılmaktadır.

DTB, devletlere aşağıdaki konularda önerilerde bulunmaktadır:

- a. Devletler yabancı uyruklu hekimlere destek sağlamalı, onları korumalı, uygulamalarını, görünümelerini ve kendilerini ifade etme biçimlerini ırk, din, vb. nedenlere bağlı ayrımcılık yapmadan kabul etmelidirler.
- b. Devletler, tıbbi hizmetlerin toplumsal ayrımcılık yapılmadan icra edilmesine öncelik vermelidirler.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN “BİR İLACIN YERİNE BAŞKA BİR İLACIN VERİLMESİ” İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ

2005 yılında Santiago’da yapılan DTB’nin Genel Kurulu’nda uyarlanmıştır:

Giriş

1. İlaçın reçete edilme süreci korunma, iyileştirme ya da hastalık/durumun tedavi edilmesini amaçlayan hasta-hekim ilişkisinde üzerinde düşünülmesi gereken bir uygulamadır. Bu süreç hekimin çok çeşitli bilimsel ve maliyet gibi diğer verileri değerlendirmesini ve hastası için bireysel bir tercih yapmasını gerektirir. Ancak bazen, eczacının, hekim tarafından reçete edilen bir ilacın yerine başka bir ilacı vermesi gerekebilir. Ancak; DTB’nin, bu uygulama ile ilgili ciddi çekinceleri bulunmaktadır.
2. Bir ilacın yerine başka bir ilacın verilmesi jenerik (ambalajında üreticinin adı/markası bulunmayan) ve terapötik uygulamalar olmak üzere iki şekilde yapılabilir.
3. Jenerik değişimde markası belli bir ilaç yerine kimyasal içeriği, etkisi ve dozu aynı olan bir başka ilaç verilir.
4. Terapötik değiştirme; eczacının hekimin yazdığı bir ilaç yerine kimyasal açıdan farklı bir ilaç vermesi durumudur. Eczacı tarafından verilen ilaç aynı farmakolojik ya da terapötik sınıftandır. Ancak, bu ilaçlar farklı kimyasal yapıya sahip olduğundan hastada istenmeyen etkiler oluşabilir.
5. Hastanın ilaç tedavisi sürecinden en üst düzeyde yararlanabilmesi için hekimlerin ve eczacıların sorumlulukları DTB’nin “Tıbbi Tedavi Sürecinde Hekim ve Eczacılar Arasındaki İş İlişkisi” konulu bildirmede yer almaktadır.
6. Reçete edilen ilaçların biyoeşdeğerlik, kimyasal ve terapötik eşdeğerliliğine ilişkin ulusal düzenlemeler hekimi güvence altına almalıdır. Biyoeşdeğerlik, kimyasal ve terapötik eşdeğerliğin sağlanması için niteliğin sağlanması ile ilgili süreç gerçekleştirilmelidir.
7. Özel bir endikasyona bağlı olarak ilaç reçete edilmeden önce hasta ile ilgili geniş bir değerlendirme yapılmalıdır. İlaç tedavisi hastanın klinik öyküsünün tam olarak alınması, o andaki fiziksel bulgular, ilgili laboratuvar verileri ve psiko-sosyal etkenlere dayalı olarak kişiye özel olarak verilmelidir. Bu aşamadan sonra; hekim reçete edeceği ilaçla ilgili fiyat değerlendirmesi yapmalıdır. Son olarak hekim reçete edeceği ilacı hastanın tıbbi ve ekonomik açıdan en yüksek yararını gözetecek şekilde seçmelidir.
8. Hastanın seçilen ilaçla ilgili onamı alındıktan sonraki süreçte hastanın ve hekimin onamı alınmadan ilaçla ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamalıdır. Bu prensibin uygulanmaması hastaya zarar verebilir. Ulusal tabip birlikleri aşağıdaki önerilerin uygulanması konusunda gerekenleri yapmalıdırlar:

Öneriler

9. Hekimler uygulama yaptıkları bir ilaç yerine başka bir ilacın verilmesi konusundaki yasaları ve/veya düzenlemeleri bilmelidirler.
10. Eczacılar, hekim tarafından reçete edilen kimyasal, doz ve dozaj formunu eksiksiz bir şekilde hazırlamakla yükümlüdürler. İlaç bir kez reçete edildiğinde ve başlandığında; hekimin izni olmadan kesinlikle değiştirilemez.
11. Bir ilaç yerine başka bir ilacın verilmesi durumunda hekim süreci dikkatlice izlemeli, tedavi dozunu ayarlamalıdır.
12. Eğer değiştirilen ilaç istenmeyen etkilere neden olmuş ya da tedavide başarısız olmuşsa hekim bu durumu kayıtlarında belirtmeli ve ulusal düzeydeki yetkililere bildirmelidir.
13. Ulusal tabip birlikleri ilaçların başka ilaçlarla değiştirilmesi ile ilgili izleme çalışmaları yapmalıdırlar. Ayrıca üyelerini hasta bakımı konusundaki gelişmelerle ilgili bilgilendirmelidirler. Bu alanda veri toplanması ve değerlendirmelerin yapılması desteklenmektedir.
14. İlaçlarla ilgili düzenlemeler; güvenli ve etkili tedaviyi sağlamak için benzer ilaçların biyolojik, kimyasal ve terapötik açıdan eşdeğerliliğini sağlayacak yapılanmalara sahip olmalıdır.
15. Ulusal tabip birlikleri, hekimin hastanın tıbbi ve ekonomik açıdan en yüksek yararını sağlayacak ilacı reçete etme sorumluluğunu ve özgürlüğünü kısıtlayacak her türlü uygulamaya karşı çıkmalıdır.
16. Ulusal tabip birlikleri ulusal düzenleme kurullarını; ilacı reçete eden hekimin değiştirme konusunda onamının alındığı durumlar dışında ilaçların terapötik nedenle değiştirilmesinin yasal olmadığı konusunda uyarmalıdırlar.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AVIAN İNFLUENZA İLE İLGİLİ KARARI

2005 yılında Santiago'da yapılan DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

DTB; H5N1'in küresel düzeyde neden olduğu mortalite ve morbidite hızından kaynaklanan riski kabul etmektedir. Bu risk her geçen gün ülkeler kendi bölgelerinde enfekte kuşları saptadıkça artmaktadır. DTB; hastalığın Dünya'da yaşayan bireylerin sağlığına vereceği zararı en az düzeyde tutabilmek için ulusal tabip birlikleri, DSÖ ve diğer ilgili taraflarla işbirliği içinde çalışacaktır. Pandemi olasılığını da engelleyebilmek için DTB; hükümetleri de işbirliği konusunda uyarmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN MESLEKİ ÖZERKLİK VE ÖZ-DÜZENLEME İLE İLGİLİ MADRID BİLDİRGESİ

Ekim 1987'de, İspanya'nın Madrid kentinde yapılan 39. DTB Genel Kurulu'nda uyarlanmış ve Mayıs 2005'de Divonne-les-Bains, Fransa'da yapılan 170. Konsey Toplantısı'nda yeniden düzenlenmiştir.

DTB, bütün Dünya'da, tıp mesleğinde, mesleki özerklik ve öz-düzenleme konularının önemini incelemiş, mesleki özerklik ve öz-düzenleme konusunda ortaya çıkan sorunların ve tehditlerin farkına varmış ve aşağıdaki ilkeleri benimsemiştir:

1. Mesleki özerkliğin en önemli unsuru, bir birey olarak hekimin hastalarının bakımı ve tedavisinde mesleki karar verme özgürlüğüne sahip olmasıdır.
2. DTB, niteliği yüksek tıbbi bakımın vazgeçilemez bir ögesi ve dolayısıyla korunması gereken bir hasta yararı olarak mesleki özerkliğin önemini bir kez daha onaylamaktadır. Ayrıca DTB, kendisini, zorunlu bir tıbbi etik ilkesi olan hasta bakımında, mesleki özerkliğin sürekliliğinin sağlanması ve korunmasına adanmıştır.
3. Tıp mesleği, öz-düzenlemenin sağlanması için, mesleki özerklik hakkının bir gereği olarak süreklilik isteyen bir sorumluluk gerektirmektedir. Tıp mesleği, bir birey olarak hekimlere uygulanacak her türlü düzenlemeye ek olarak, hekimlerin tek tek birey olarak yaptıkları eylemlerden ve mesleki davranışlardan da sorumlu olmalıdır.
4. DTB, her ülkedeki hekimin bir öz-düzenleme sistemini kurmasını, sürdürmesini ve buna aktif olarak katılımını zorunlu görmektedir. Hasta bakımı kararlarında mesleki özerkliği sağlayacak olan, etkili öz-düzenlemeye olan bu inançtır.
5. Hasta bakımı ile ilgili nitelik ve bu bakımı sağlayan hekimin mesleki yeterliliği, her türlü öz-düzenleme sisteminde en önemli konu olmalıdır. Hekimler, gerekli değerlendirmeleri yapmakta mesleki yeterlilik ve deneyime sahiptir. Bu değerlendirmeler, hastaların ehil hekimler tarafından, sürekli ve nitelikli bakım almasını sağlamalı ve hasta yararına olmalıdır. Bu sorumluluğun yerine getirilmesi, bilimsel tıptaki yeniliklerin izlenmesi, güvenli ve etkili tedavi protokollerinin kullanımını gerektirmektedir. Deneysel işlemler, DTB Helsinki Deklarasyonu ve her ülkenin kendi belirlediği diğer koruma önlemlerinin gerektirdiği koşullara uygun olarak yapılmalıdır.
6. Maliyet bilinçliliği, öz-düzenlemenin temel bir unsurudur. Hekimler, maliyet kısıtlama kararları için gerekli olan değerlendirmeleri yapacak yeterliliğe sahiptir. Dolayısıyla hekimlerin öz-düzenleme sistemlerinin, maliyet kısıtlama eylemlerini de içermesi zorunludur. Maliyet kısıtlama eylemleri tıbbi bakımın verilmiş biçimi, hastane ve cerrahi hizmetlerine ulaşma, teknolojinin uygun biçimde kullanımını gibi konularla ilişkilidir. Sağlık kurumlarının, tıbbi bakım harcamalarını, özel bakıma gereksinimi olanların, bu hizmetlerden yararlanmasının engellenmesi sonucunu doğuracak kadar yükseltmesine izin verilmemelidir.

7. Sonuç olarak; mesleki eylemler ve hekim davranışları, her ülkede, hekimlere yönelik tıbbi etik ilkeleri ve meslek etiği kuralları sınırları içinde olmalıdır. Ulusal tabip birlikleri, hekimler arasında etik davranışların özendirilmesini sağlamalıdır. Etik kural ihlalleri hemen düzeltilmeli, etik kuralları ihlal eden hekimler eğitilmeli ve rehabilite edilmelidir.
8. Kuşkusuz ulusal tabip birliklerinin sorumluluk alabileceği birçok öz-düzenleme alanı bulunmaktadır. Ulusal tabip birlikleri, yeni ve sonradan gelişen sorunlarla başa çıkma konusunda birbirlerine destek olmak zorundadırlar. Ulusal tabip birlikleri arasında bilgi ve deneyim aktarımı özendirilmelidir..
9. Ulusal tabip birlikleri, ayrıca her ülkede, tıp mesleğinde öz-düzenlemeden sorumlu ve etkili bir sistemin varlığı konusunda halkı eğitmelidir. Halk hasta bakımı, tedavisi ve tıp uygulamalarıyla ilgili güvenebileceği, nesnel ve dürüst bir öz-düzenleme sisteminin varlığını kabul etmiş hale gelmelidir.
10. Mesleki öz-düzenleme sistemi kurma sorumluluğunun tıp mesleği tarafından üstlenilmesi, birey olarak hekimin, hastalarını kendi mesleki karar ve yargısıyla, müdahale edilmeden tedavi etmesi hakkının geliştirilmesini ve garanti edilmesini sağlayacaktır. Etkili ve etkin bir öz-düzenleme sistemi ve hekimin sorumluluk taşıyan mesleki davranışları, halkın hasta olduğunda, yeterli ve ehil hekimler tarafından, nitelikli tıbbi bakım almasını sağlamak için gereklidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK BAKIMINDA KADIN HAKLARI, BU KONUNUN ANNEDEN ÇOCUĞA HIV ENFEKSİYONU BULAŞINDAN KORUNMAYLA İLİŞKİSİ KONUSUNDA KARARI

Nisan 2002'de kabul edilmiş, 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Washington kentinde DTB Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır. 25.11.2002

Giriş

1. Dünya'nın birçok bölgesinde HIV enfeksiyonu prevalansı hızla artmaktadır.
2. HIV/AIDS, daha çok genç insanları etkileyen bir hastalıktır.
3. Dünya'nın bazı bölgelerinde, HIV açısından en önemli risk grupları hemcinsle-riyle cinsel ilişkide bulunan erkekler ve damar içi ilaç kullanan kişilerdir. Ancak Dünya'nın birçok bölgesinde kadınlar da pandemiden büyük ölçüde etkilenmek-tedir.
4. DTB, sağlık bakımına ulaşmanın bir insan hakkı olduğuna inanmaktadır. Bu, kadınların insan haklarına saygı gösterilmesi, bu hakların tam olarak korunması ve cinsiyet eşitsizliklerinin toplumda ve yaşamın özel alanlarında yok edilmesinin sağlanması konusunda resmi ve sivil kuruluşlara yükümlülükler getirmektedir.
5. Kadınların cinsel ve üreme sağlığı haklarının korunması ve geliştirilmesi, HIV/AIDS pandemisi mücadelesinde sağlanacak başarı açısından kritik bir öneme sahiptir.

Öneriler

6. Dolayısıyla, DTB kendisine üye olan ulusal tabip birliklerinin, hükümetlerini aşağıdaki konularda özendirmesini istemektedir:
 1. Eğitim, cinsel eğitim ve yaşam becerileri eğitimlerine ulaşma hakkına sahip olmaları ve ayrımcılık yaşamamaları için bütün yaş gruplarındaki kadınların güçlendirilmesi;
 2. Ekonomik bağımsızlık, sağlık bilgisi, sağlık hizmetleri, bilimsel gelişmelerden yararlanma ve istihdama eşit olarak ulaşmaları için kadınların güçlendirilmesi, kadının kişiliklendirilmesi ya da aşığılanmasına yol açabilecek efsaneler, damgalanmalar ve kalıpların yok edilmesi için medya aracılığıyla kampanya-lar yürütülmesi;
 3. Kadınların temel özgürlükleri ve insan haklarının tam olarak tanınması ve bunlara saygı gösterilmesini kolaylaştıracak uygulamalar, politikalar ve yasa-ların yeniden gözden geçirilmesi ve düzenlenmesi;

4. Henüz gebeyken mümkün olan en kısa zamanda tedavilerine başlanması gereken HIV pozitif gebe kadınların ve cinsel tacize uğrayan kadınların, yaşamlarını kurtarmak ve enfeksiyon yükünü azaltmak için, profilaktik tedavilerinin başlatılmasının asgari kriter olarak sağlanması.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ

34. DTB toplantısında kabul edilmiş (Lizbon, Portekiz, Eylül/Ekim 1981), 47. DTB Kurultayı'nda değişiklikler yapılmış (Bali, Endonezya, Eylül 1995) ve 171. Konsey Toplantısı'nda uyarlanmıştır (Santiago, Şili, Ekim 2005).

Önsöz

Hekimler, hastaları ve toplum arasındaki ilişki son zamanlarda önemli ölçüde değişikliğe uğramıştır. Hekimlerin her zaman kendi vicdanlarına ve hastalarının çıkarına uygun olarak hareket etmeleri gerekir. Aynı zamanda hasta özerkliği ile adil muamelenin sağlanması için eşit çaba sarf edilmelidir. Aşağıda yazılı olan Bildirge tıp mesleğinin onayladığı ve desteklediği temel hasta haklarından bazılarını sunmaktadır. Sağlık bakım hizmetleri veren hekimlerle diğer kişi ya da kurumların bu hakları tanıma ve destekleme konusunda ortak sorumlulukları bulunmaktadır. Mevzuatlar, hükümet önlemleri ya da herhangi bir diğer yönetim ya da kurum, hastaları bu haklarından yoksun bıraktığında, hekimlerin bu hakları temin etmek ya da yeniden sağlamak için gerekli yollara başvurmaları gerekmektedir.

İlkeler

1. Nitelikli bir tıbbi bakım hakkı ile ilgili olarak:
 - a. Her insan ayırım yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir.
 - b. Her hasta herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
 - c. Hasta her zaman en üstün çıkarı korunacak biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.
 - d. Niteliğin sağlanması her zaman sağlık bakım sisteminin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler tıbbi hizmetlerde niteliğin sağlanmasına ilişkin sorumluluklarını kabul etmelidirler.
 - e. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda olası hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir biçimde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın gerçekleştirilmelidir.
 - f. Hasta sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahiptir. Hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekim ileri tedavi endikasyonu olan durumlarda hastaya yeterli destek ve tedavi için seçenekler sunmadan, uygulanmakta olan tedaviyi sonlandıramaz.
2. Seçim yapma özgürlüğü ile ilgili olarak:
 - a. Hasta özel ya da kamu sektöründe olduğuna bakılmaksızın bağımsız olarak hekimini ve hastanesini ya da sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

- b. Hasta herhangi bir aşamada başka bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.
3. Kendi ile ilgili kararlarını belirleme hakkı ile ilgili olarak:
 - a. Hasta kendisi ile ilgili kararları özgürce verebilme hakkına sahiptir. Hekim verdiği kararların sonuçları hakkında hastayı bilgilendirmekle yükümlüdür.
 - b. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı ya da tedaviye yönelik girişimi onaylama ya da kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli biçimde bilgilendirilme hakkı bulunmaktadır. Hasta uygulanacak test ya da tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açıkça anlmalıdır.
 - c. Hastanın klinik çalışmalara ya da tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.
4. Bilinci kapalı hasta ile ilgili olarak:
 - a. Bilinci kapalı ya da iradesini ifade edebilme durumunda olmayan hastalarda hastanın onamı en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınmalıdır.
 - b. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi müdahalenin gerektiği durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onam verdiği varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir.
 - c. Bununla birlikte bir intihar girişimi olasılığından dolayı hekimler her zaman bilinci kapalı hastanın yaşamını kurtarmaya gayret etmelidir.
5. Yasal ehliyeti olmayan hasta ile ilgili olarak:
 - a. Hasta çocuk ise ya da yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onamının alınması gereklidir. Bununla birlikte, hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde karar alma sürecine katılmalıdır.
 - b. Eğer yasal ehliyeti (yeterli) olmayan hasta mantıklı kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir ve böylesi bir durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.
 - c. Yasal temsilcinin ya da hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onam vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise, hekim kararı ilgili yasal mercilerde ya da diğer kurumlarda aramalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına uygun davranacaktır.
6. Hastanın isteğine karşı yapılan girişimler ile ilgili olarak:

Hastanın isteğine karşı tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimler yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kurallar göz önüne alınarak yalnızca istisnai durumlarda yapılabilir.
7. Bilgilendirme hakkı ile ilgili olarak:
 - a. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçeklerle birlikte sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.
 - b. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin kendi yaşamı ya da sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.

- c. Bilgilendirme hastanın yetiştiği kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği biçimde yapılmalıdır.
- d. Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttiklerinde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.
- e. Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.
8. Gizlilik hakkı ile ilgili olarak:
- a. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bununla birlikte, hasta yakınlarının kendileri ile ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşma hakları bulunabilir.
- b. Gizli bilgiler yalnızca hastanın açık izni ya da mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler yalnızca “bilgilendirilmesi gereken” diğer sağlık bakım hizmeti sağlayan personele verilebilir.
- c. Hastanın kimliğine ilişkin tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Kimliğe ilişkin verilerin elde edilebildiği insan ürünleri de aynı biçimde korunmalıdır.
9. Sağlık eğitimi hakkı ile ilgili olarak:
- Her insanın kendi sağlık durumu ve var olan sağlık hizmetleri hakkında seçim yapmasını kolaylaştıracak sağlık eğitimi alma hakkı vardır. Verilecek eğitim sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemleri içermelidir. Herkesin kendi sağlık durumundan kendisinin sorumlu olduğu vurgulanmalıdır. Hekimlerin aktif olarak eğitim çalışmalarına katılma yükümlülüğü vardır.
10. Onurunu koruma hakkı ile ilgili olarak:
- a. Tıbbi bakım ve eğitim sürecinin her aşamasında hastanın onuruna ve özel yaşamına kendi kültürü ve değerleri göz önüne alınarak saygı gösterilmelidir.
- b. Hastalar son bilgilerin ışığında acılarının dindirilmesi hakkına sahiptirler.
- c. Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp mümkün olduğunca onurlu ve rahat bir şekilde ölebilmek için var olan tüm desteği alma hakkına sahiptirler.
11. Dini destek hakkı ile ilgili olarak:
- Hasta kendi dinine uygun bir dini temsilcinin manevi ve moral tesellisini kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ALKOLÜN TOPLUM VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİNİ AZALTMAYA YÖNELİK BİLDİRGESİ

2005 yılında Santiago'da DTB' nin Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

Önsöz

12. Alkol tüketimi pek çok toplumda son derece yaygındır. Alkol; küresel düzeyde hastalık yükünün %4'ünü oluşturur; bu sayı küresel düzeyde tütün kullanımı ve hipertansiyona bağlı hastalık ve ölümler kadar çoktur. Alkol tüketimi ile 60'tan fazla hastalık ve ölümlü trafik kazalarına bağlı yaralanmalar arasında nedensel bir ilişki bulunmaktadır. Alkol tüketimi gelişmekte olan ülkelerde düşük mortaliteli hastalık yükü için önde gelen risk faktörlerindedir, gelişmiş ülkelerde ise üçüncü büyük risk faktörüdür. Sağlık üzerindeki sayısız kronik ve akut etkilerinin ötesinde alkol kullanımının yaygın toplumsal, mental ve emosyonel sonuçları bulunmaktadır. Alkol tüketimine ilişkin bu küresel yük, hem mortalite hem de morbidite açısından önemlidir.
13. Alkole ilişkin sorunların nedeni; bireysel olarak alkollü içeceklerin tüketilmesi ile birlikte bireyin içinde bulunduğu fiziksel çevre, kültürel, ekonomik, politik ve sosyal koşullardır.
14. Toksikitesi, intoksikasyon etkisi ve bağımlılık yaratıcı etkisiyle önemli tıbbi, psikolojik ve toplumsal zararlara yol açan bir madde olması nedeniyle, alkol sıradan bir içecek ya da tüketilen sıradan bir ürün olarak değerlendirilemez. Bazı bireyler için alkol bağımlılığında genetik yatkınlığın bir risk faktörü olduğu konusundaki kanıtlar giderek güçlenmektedir. Mental retardasyonun önlenemez nedenlerinden olan fetal alkol sendromu ve alkolün fetus üzerine etkileri, gebelik döneminde alkol tüketimi sonucu oluşabilir. Giderek güçlenen bilimsel kanıtlar, tam anlamıyla fizyolojik olgunlaşmanın tamamlanmadığı erişkin dönem öncesinde alkol kullanımının gençlerin mental, bilişsel, toplumsal ve beyin işlevleri üzerine zararlı etkileri, erişkin döneme gelindiğinde bağımlılığı ve alkole bağlı oluşan sorunları arttırdığını göstermiştir. Düzenli alkol tüketimi ve içkili ortamlar adolesanlarda okul başarısını olumsuz etkileyebilmekte, suça karışma hızını arttırabilmekte, cinsel performans ve davranışa da olumsuz yönde etkide bulunabilmektedir.
15. Alkol reklam ve promosyonları Dünya'da hızla yayılmakta, özellikle bilinçli ve dikkatli bir biçimde, gençleri de kapsayan hedeflere yönelmektedir. Bu endüstrinin büyük ölçüde göz ardı edilen öz denetim kurallarına karşın, alkol kullanma açısından risk taşıyan genç kuşakların etkilenmesi ve bu grupların alkole alıştırılması amaçlanmaktadır.
16. Etkili bir alkolle mücadele politikası, alkol arzını denetleyecek ve/veya toplumun alkollü içeceklere talebini etkileyecek önlemler getirebilir. Bu tarz geniş bakış açısı olan yasal düzenlemelerle; alkol arz ve talebinin denetlenmesi, alko-

le ulaşılabilirliğin kontrolü (yaş, zaman, yerleşim yeri), halk eğitiminin ve yardıma gereksinimi olan kişilerin tedavisinin sağlanması, alkollü içecek fiyatları ve alkol tüketiminden kaynaklanan sorunların çözümüne kaynak oluşturmak için vergilendirme politikaları uygulanması, trafik kazaları, aile içi şiddet gibi alkole bağlı sorunların oluşumunu engelleyecek stratejilerin belirlenmesi sağlanabilir.

17. Alkole bağlı sorunlar kişi başına düşen tüketimle büyük ölçüde ilişkilidir. Bu nedenle alkol tüketiminin azaltılması sorunları azaltabilir. Alkollü içeceklerle ilgili olarak vergilendirme politikaları gibi fiyat üzerinden yapılan uygulamalar alkol tüketimini etkileyebilir. Bu tür önlemler ağır içicileri bile etkileyebileceği gibi genç içicilerin alkolu bırakmasını kolaylaştırabilir.
18. Ağır içicilerin, alkole ilişkin sorunları ya da alkol bağımlılarının tüketime bağlı oluşan sorunların ortaya çıkmasında büyük payı vardır. Bununla birlikte, birçok ülkede alkole ilişkin sorunların çoğunluğu, “bağımlı” olarak kabul edilmeyen “sosyal içici”lerin çok fazla miktarda alkol aldıkları zaman görülmektedir. Bu durum Dünya’nın pek çok bölgesinde özellikle “sarhoş olmak” amacıyla içen gençlerin sorunudur.
19. Bazı toplumlarda araştırmalar düşük dozda alkol tüketiminin sağlık üzerine “sınırlı” yararları olduğunu göstermiş olmasına karşın bu durum aynı toplum için tüketimin olası zararları açısından çok ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmelidir.
20. Sosyal içicilik ortamını ve alkollü içeceklere ulaşılabilirliği etkileyen toplum temelli yaklaşımlar bireysel yaklaşımlardan (eğitim gibi) daha etkilidir. Alkole ulaşılabilirliği sınırlandırarak ve en küçük satın alma yaşını yasal düzenlemelerle belirleyerek gençleri içki içmekten alıkoyan politikalar alkol nedenli zararların oluşmasını azaltabilir. Sürücüler için izin verilen kan alkol düzeyi sınırını düşüren yasalar ve alkol satış noktalarının sayısının kontrolü alkole ilgili sorunların azaltılmasında etkili olmuştur.
21. Son yıllarda üretim, pazarlama ve alkol tüketimi ile ilgili zorlayıcı uygulamalarda zayıflamalar Dünya genelinde alkollü içeceklere ulaşılabilirliği artırmıştır. Bu durum da hükümetler düzeyinde, bireysel düzeyde, tıp ve sağlık alanlarında acil müdahale programlarını gerektirmektedir.

Öneriler

DTB, ulusal tabip birliklerini ve tüm hekimleri alkolün sağlık ve toplum üzerindeki etkilerini azaltmaya katkı sağlaması için aşağıdaki başlıkları uygulamaya davet etmektedir:

11. Aşağıdaki ulusal politikalarla ilgili savunuculuk yapılması:
 - a. Alkol tüketiminin sağlığa olan zararları hakkında özellikle gençleri de kapsayacak biçimde halk eğitimi ile birlikte diğer etkinliklerin sürdürülmesi
 - b. Birincil olarak, kendilerini ve başkalarını riske atacak kişileri caydırmaya odaklanmış kanıta dayalı yasal yaptırımlar oluşturulması,
 - c. Toplum sağlığını geliştirmeye yönelik yasal ve diğer çevresel desteklerin uygulanması.
12. Gelişmekte olan ülkelerde; gelişmiş ülkelerdeki “en iyi” uygulama modellerinin uyarlamalarının yapıldığı ulusal politikaların üretilmesi: bu politikalar, yasal olarak en küçük satın alma yaşının belirlenmesi, alkol satışı ile ilgili politi-

kalari, satış saatlerinin, günlerinin ve satış yapılan yerlerin sayısının sınırlandırılması, vergilerin artırılması, alkollü araç kullanımına karşı etkili önlemler geliştirilmesi (sürücüler için daha düşürülmüş kan alkol düzeyleri, trafik güvenlik önlemlerinin etkin biçimde uygulanması, rasgele solunum testleri, yinelenen alkollü araç kullanımına yasal ve tıbbi müdahaleler gibi) başlıklarını içerebilir.

13. Alkol endüstrisi tarafından kullanılan kanıta dayalı olmayan alkol kontrol stratejilerinin farkında olunması ve bunların karşısında durulması
14. Gençlerin alkol tüketimi ile ilgili daha az toplumsal baskıyla büyüebilmesi için reklam, promosyon ve alkolün sağlanmasının sınırlandırılması. Alkol reklamlarının alkol endüstrisinin öz denetim kurallarıyla tanımlanmış olan içeriğe uygunluğunu denetleyecek bağımsız bir izleme biriminin oluşumunun desteklenmesi
15. Ulusal ve bölgesel sağlık örgütleri, uzmanlık dernekleri, ilgili diğer kurumlarla (hükümet birimleri, bilimsel, mesleki, resmi olmayan ve gönüllü kurumlar, özel sektör ve sivil toplum) aşağıdaki konularda işbirliği içinde çalışmaları:
 - a. Özellikle gençler arasında, gebelik döneminde, işyerlerinde ve trafikte alkolün zararlı kullanımının azaltılması;
 - b. Her bireyin, alkol tüketimine yönelik başkaları tarafından yapılan baskıdan ve alkolün sağlık açısından zararlarından uzak kalabilmesinin sağlanması,
 - c. Okullarda kanıta dayalı korunma stratejilerinin yürütülmesi.

16.

- a. Hastaların alkol kullanımına bağlı hastalıklar ve “riskli” içicilik açısından taraması ya da taramaların sistematik olarak klinik pratikte kullanılabilen kanıta dayalı tarama araçlarıyla nitelikli personel tarafından yapılmasının sağlanması;
 - b. Anketler aracılığıyla kişiye yönelik tarama/kitle taramaları yürütülmesi, bunlardan değerlendirilmesi gerekenlerin seçilmesi;
 - c. Yüksek risk grubundaki içicileri tüketimlerini ölçülü hale getirmek konusunda güdülemek için girişimlerin sağlanması;
 - d. Alkol bağımlısı kişilerin, kanıta dayalı ilaçların kullanımını da içerecek biçimde özel tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması, bu kişilerin ailelerine yardım edilmesi
16. Hekimlerin, sağlık birimlerinde alkolün etkisine ilişkin veri toplanmasıyla ilgili olarak desteklerinin alınması konusunda özendirici çalışmaların yapılması
 17. Dünya Sağlık Örgütü’nün 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe giren “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”ne benzer şekilde, bir “Alkol Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi”nin hazırlanıp, uygulamaya konulması konusuna önem verilmesi
 18. Var olan ve gelecekte uygulanacak olan alkol kontrol önlemlerinin sürdürülmesi için bütün bunların yanı sıra, alkolün sıradan bir ürün olmadığı fikrinin ve alkollü içeceklerin üretim, dağıtım, satış, reklam, promosyon ya da bu konudaki yatırımları etkileyen önlemlerin uluslararası ticaret anlaşmalarının dışında tutulması gerektiği düşüncesinin benimsenmesi

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KADIN SÜNNETİNE İLİŞKİN BİLDİRGESİ

Ekim 1993'te Macaristan'ın Budapeşte kentinde yapılan 45. DTB Toplantısı'nda kabul edilmiştir. 2005'in Mayıs ayında Fransa'nın Divonne-les-Bains kentinde yapılan 170. Konsey Oturumu'nda gözden geçirilmiştir.

Önsöz

Kadın sünneti otuzdan fazla ülkede yaygın bir uygulamadır. Son zamanlarda, diğer birçok ülkede de, bu sorun, kadın sünnetinin uygulandığı ülkelerden aralarında açlık ve savaştan kaçan göçmenler ve mültecilerin de bulunduğu etnik grupların gelişi nedeniyle ortaya çıkmıştır. Kadınların ve çocukların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerindeki etkisi nedeniyle, “kadın sünneti” hekimlerin ilgi alanı içindedir. Dünya'nın her yerinde, hekimler bu geleneksel uygulamanın sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Zaman zaman kendilerinden bu uygulamayı gerçekleştirmeleri istenmektedir. “Kadın sünneti”nin değişik biçimleri bulunmaktadır. Çoğu kez 5 ile 12 yaş arasındaki kız çocuklarında primer sünnet olarak ya da örneğin doğumdan sonra olduğu gibi sekonder sünnet olarak gerçekleştirilebilmektedir. Primer sünnet, klitoris üzerindeki sünnet derisinin insizyonundan, “pharaonic sünnet”e ya da klitoris ve küçük dudakların çıkarıldığı ve yalnızca idrarın ve menstrüel kanın geçişine olanak verecek ve cinsel ilişkiyi önleyecek biçimde büyük dudakların dikildiği kesi yöntemine kadar değişik kapsamlarda olabilir.

Kapsamından bağımsız olarak, “kadın sünneti” kadınların ve kızların sağlığını etkiler. Araştırma sonuçları, sağlığa ilişkin olarak yarattığı ağır zararları göstermektedir. “Kadın sünneti”nin akut komplikasyonları hemoraji, enfeksiyonlar, yakın organlardaki kanamalar ve şiddetli ağrıdır. Uzun dönemli komplikasyonlar ise ağır skar, kronik enfeksiyonlar, ürolojik ve obstetrik komplikasyonlar ile psikolojik ve toplumsal sorunlardır. “Kadın sünneti”nin cinsellik ve bunun yaşanma biçimi üzerinde ciddi etkileri bulunmaktadır. Doğum sırasındaki rahatsızlıklar, fistül oluşumu, rüptür ve inkontinans gibi çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkar. Sünnetin az zarar verici biçiminde bile, komplikasyonlar ve orgazm yeteneğinin tümüyle yitirilmesini de içeren işlevsel sonuçlar oluşabilir. “Kadın sünneti”nin varlığını ve halen sürüyor olmasını açıklayacak değişik nedenler bulunmaktadır: (Genç kızların bakireliğini korumaya ve kadınların cinselliklerini dışa vurmalarını sınırlandırmaya yönelik) töreler ve gelenekler ile toplumsal nedenler. Bu nedenler, sağlık üzerindeki ciddi zararları haklı göstermez. Büyük dinlerin hiçbiri bu uygulamayı desteklemez. Varolan tıbbi görüş, “kadın sünneti”nin kızların ve kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığı için zararlı olduğu yönündedir. “Kadın sünneti”, birçokları tarafından kadınlara zulmetmenin bir biçimi olarak görülmektedir.

Genel olarak, “kadın sünneti”ni daha açık biçimde kınama konusunda güçlü bir eğilim bulunmaktadır:

- Afrika'daki bu uygulamaya karşı etkin kampanyalar yapılmaktadır. Afrikalı devlet başkanlarının yanı sıra birçok Afrikalı kadın lider bu uygulamaya güçlü biçimde karşı çıkan bildirgeler yayınlamışlardır.
- Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar, “kadın sünneti” sorununun kökünden çözülmesi için özgün önlemler önermişlerdir.
- Çeşitli ülkelerde hükümetler, kendi ceza yasalarında “kadın sünneti”ni yasaklamak gibi yasal düzenlemeler getirmişlerdir.

Öneriler

Bu uygulamanın kapsamında bulunan insanların psikolojik gereksinimleri ve “kültürel kimlikleri”ni göz önünde bulundurarak, hekimler, kadınları, erkekleri ve çocukları “kadın sünneti”ne ilişkin olarak bilgilendirmeli, onları bu uygulamanın yapılması ve sürdürülmesinden caydırmaya çalışmalıdırlar. Hekimler, sağlığı desteklemeyi ve “kadın sünneti”nin yanlışlığını savunmayı işlerinin bir parçası haline getirmelidirler.

Sonuç olarak, hekimler bu yönde etkinlik gösterebilmeleri için yeterli bilgi ve desteğe sahip olmalıdırlar. “Kadın sünneti” konusundaki eğitim programları yaygınlaştırılmalı ve/veya geliştirilmelidir.

Ulusal tabip birlikleri, halkın ve hekimlerin “kadın sünneti”nin zararlı etkilerinin bilincinde olmalarını sağlayacak uyarıları gerçekleştirmelidir.

Ulusal tabip birlikleri, hükümetleri “kadın sünneti”nin uygulanmasını engelleme yönünde harekete geçirmeye çalışmalıdır.

Ulusal tabip birlikleri, bir kız çocuğu “sünnet” edilme riski ile karşı karşıya olduğunda uygun bir önleyici ve yasal strateji oluşturma konusunda (diğer kurumlarla) işbirliği içinde olmalıdır.

Özet

DTB, kadınların ve kızların sünneti de dahil olmak üzere genital olarak yaralama uygulamasını ve hekimlerin bu tür uygulamalar içinde yer almasını kınamaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ÖTANAZİ DEKLARASYONU

DTB'nin Mayıs 2001'de Washington'da yapılan Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

DTB'nin Ekim 1987'de İspanya'nın Madrid kentinde yapılan 38. Dünya Tıp Toplantısı'nda kabul edilen "Ötanazi Bildirgesi"nde aşağıdaki açıklama yapılmaktadır:

"Bir hastanın yaşamının bilerek sonlandırılması eylemi olan ötanazi, hastanın kendisinin ya da yakın akrabalarının isteği ile gerçekleştirilse bile etik değildir. Bu durum, hekimin, hastanın doğal ölüm sürecine izin verilmesi, durumunun hastalığın terminal evresinde izlenmesi yönündeki isteğine saygı duymasına engel değildir."

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HEKİM YARDIMLI İNTİHAR BİLDİRGESİ

DTB'nin Eylül 1992'de İspanya'nın Marbella kentinde yapılan 44. Dünya Tıp Toplantısı'nda kabul edilen Hekim Yardımlı İntihar Üzerine Bildirgesi de, benzer biçimde aşağıdaki saptamayı yapmaktadır:

“Hekim yardımlı intihar da, ötanazi gibi etik değildir ve hekimlik mesleğince kınanması gerekir. Hekimin yardımı, bilerek ve isteyerek, bir bireyin kendi yaşamını sona erdirmesini sağlamaya yönelikse, hekim etik olmayan bir davranış içinde demektir. Bununla birlikte, tıbbi tedavinin reddedilmesi hakkı temel bir hasta hakkıdır ve hekimin bu tür bir isteğe saygı göstermesi, hastanın ölmesine neden olsa bile etik olmayan bir davranış değildir.”

DTB, hekim yardımlı aktif ötanazi uygulamasının bazı ülkelerde yasal olarak kabul gördüğünü belirtmektedir.

Dtb'nin Resmi Oylama Sonucu Kararlarıdır:

DTB ötanazinin tıbbi uygulamanın temel etik ilkeleriyle çeliştiğine ilişkin güçlü inancını bir kez daha onaylamakta ve ulusal tabip birliklerini ve hekimleri, ulusal yasalar buna izin verse ya da belirli koşullar altında bunu suç saymasa bile, ötanazi uygulamasına katılmaktan kaçınma konusunda desteklemektedir.

6.10.2002

Hekim yardımlı intihar ötanazi gibi etik değildir ve hekimler tarafından kınanmalıdır. Hekimin yardımcı olduğu durum bile bile ve kasıtlı olarak kişinin yaşamına son vermesini doğrudan olanaklı kılmaktadır ve bu eylem etik değildir. Bununla birlikte tıbbi tedavinin azaltılması hakkı hastanın temel hakkıdır ve böyle bir istek ölümle sonuçlanacak olsa bile hekimin eylemi etik olmayan bir davranış olmayacaktır.

DTB hekim yardımlı aktif ötanazi uygulamasının bazı ülkelerde yasal olarak kabul edildiğini not etmektedir.

DTB ötanazinin tıp pratiğinin temel etik prensipleri ile çatıştığının güçlü bir inanış olduğunu yeniden kabul etmektedir ve DTB tüm ulusal tabip birliklerini ve hekimleri ulusal yasalar izin verse ve bazı koşullarda suç sayılmasa bile ötanaziden kaçınmaları için şiddetle cesaretlendirmektedir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN KIZ FETUSLARIN ÖLDÜRÜLMESİNE İLİŞKİN KARARI

*DTB'nin 2002'de Washington'da yapılan Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.
6.10.2002*

Üzerinde ciddi olarak durulmasına karşın, bazı ülkelerde kız fetusların öldürülmesi yaygın bir uygulamadır. DTB, kız fetusların öldürülmesini cinsiyet ayrımcılığının tümüyle kabul edilemez bir örneği olarak yermektedir.

DTB, ulusal tabip birliklerine kız fetusların öldürülmesi uygulamasını ve seçici cinsiyet belirleme amacıyla kullanılmasını açıkça yermeye ve hükümetlerine bu yönde öneride bulunmaya çağırmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TOKYO DEKLARASYONU TUTUKLULUK VE HAPİS SIRASINDAKİ İŞKENCE VE ÖTEKİ ZALİMCE, İNSANLIK DIŞI YA DA AŞAĞILAYICI İŞLEM VE CEZALARA İLİŞKİN HEKİMLER İÇİN REHBER

Japonya'nın Tokyo kentinde 1975 yılında 29. Dünya Tıp Toplantısı'nda uyarlanmıştır; Mayıs 2005'de Fransa'da Divonne-les-Bains'de 170. oturumda revize edilmiştir.

Önsöz

Tıbbi insanlığın hizmetine sunmak, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastalarının acılarını dindirmek ve onları rahatlatmak tıp doktorlarına tanınmış bir ayrıcalıktır. İnsan yaşamına duyulan en yüksek saygı tehlike altında bile sürdürülmeli ve herhangi bir tıbbi bilginin insanlık yasalarına aykırı biçimde kullanılmasına fırsat verilmemelidir. Bu bildirgenin amacına yönelik olarak işkence, yalnız başına ya da bir yetkilinin emri altında davranan bir ya da birden çok sayıda kişinin, bilgi edinmek, itiraf ettirmek ya da bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli ya da nedensiz biçimde, bir başka kişiye zor kullanarak, ona fiziksel ya da ruhsal yönden acı çektirmesi olarak tanımlanmıştır.

Silahlı çatışma ya da sivil kavgalar da içinde, hiçbir durumda hekim, işkence ve zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı başka hiçbir işlemi onaylamayacak, hoş görmeyecek ve bunlara katılmayacaktır. Suçu ne olursa olsun, bu işlemlerle karşılaşan kişi ister kuşkulu, ister sanık, ister suçlu olsun ve etkilenen kişilerin inançları ve güdülleri ne olursa olsun bu durum değişmez.

Deklarasyon

Hekim, işkence ya da zalimce, insanlık dışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulanmasına yarayacak ya da maruz kalan kişinin böyle bir işleme dayanma yeteneğini azaltacak herhangi bir yer, araç, madde ya da bilgi sağlamayacaktır.

Hekim, işkence ya da zalimce, insanlık dışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulandığı ya da böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulunmayacaktır.

Hekim, tıbbi açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir karar verirken klinik yönden bütünüyle bağımsız olmalıdır. Hekimin temel görevi, izlediği kişilerin sıkıntısını azaltmaktır; kişisel, toplumsal ya da politik hiçbir güdü, bu yüce amaçtan daha üstün sayılmayacaktır.

Bir hükümlü beslenmeyi reddettiğinde, eğer hekim, beslenmeyi gönüllü olarak reddetmenin yol açacağı sonuçlar üzerinde kişinin tam ve doğru bir yargıya varacak yetenekte olduğu kanısında ise, bu kişiyi damardan beslemeyecektir. Hükümlünün böyle bir yargıya varma yeteneği ile ilgili karar, en azından bir başka bağım-

sız hekimce onaylanmalıdır. Beslenmeyi reddetmenin yol açacağı sonuçların hekim tarafından hükümlüye anlatılması gerekir.

DTB, işkenceye ya da zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı öteki işlemlere göz yummamaları yüzünden karşılaşılabilecekleri tehdit ya da misillemelere karşı hekimleri ve ailelerini destekleyecek ve hekim meslektaşlarını da bu yolda güdüleyeceklerdir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ SORUMLULUK REFORM BİLDİRGESİ

DTB'nin 2005 yılında Santiago'daki Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

1. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve niteliğini azaltan, tıbbi uygulamaları olumsuz yönde etkileyen dava açma yaklaşımı, tüm Dünya'da giderek yaygınlaşmaktadır. Bazı ülkelerin ulusal tabip birlikleri, dava kültürünün sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırdığı, sağlık hizmetlerine erişimi ve hasta güvenliğini geliştirme çabalarını engellediği bir tıbbi sorumluluk krizinden yakınmaktadır. Diğer ülkelerde, tıbbi sorumluluk davaları daha az yaygındır, ancak, bu ülkelerde ulusal tabip birlikleri, hekimlere yönelik tıbbi sorumluluk iddialarının sıklığında ve ciddiyetinde bir artışa yol açabilecek durumlara ilişkin olarak hazırlıklı olmalıdır.
2. Tıbbi sorumluluk davaları, sınırlı olan sağlık hizmeti kaynaklarını doğrudan hasta bakımı, araştırma ve hekim eğitimi alanlarından alıp hukuk sistemine kaydırarak, sağlık hizmetlerinin maliyetini önemli ölçüde arttırmıştır. Bu dava kültürü, aynı zamanda ihmal ile kaçınılmaz olumsuz sonuç arasındaki ayrımı da belirsizleştirmekte, sıklıkla hasta bakım standardının rasgele belirlenmesi sonucunu getirmektedir. Bu da, herkesin, büyük bir tazminat kazanma şansını deneyip hemen hemen her şeyi dava edebileceği yaygın algılamasına yol açmıştır. Böyle bir kültür, hasta-hekim ilişkisinin önemini zedeleyerek hem sağlık sisteminde hem de yargı sisteminde güvensizliğe ve ahlaka önem vermemeye yol açmaktadır.
3. Bu bildirgenin kabulüyle, DTB tüm ulusal tabip birliklerine kendi ülkelerinde güvenilir bir tıbbi yargılama sistemi kurulması talebinde bulunmaları için acil bir çağrı yapmaktadır. Yargı sistemleri, hastaların zarar verici uygulamalara karşı, hekimlerin de haksız davalara karşı korunmasını; tüm tarafların nerede durduklarını bilmeleri için hasta bakım standardının belirlenmesinde tutarlılığı ve güvenilirliği sağlamalıdır.
4. Bu bildirmede, DTB, ulusal tabip birliklerini tıbbi sorumluluk iddialarına ilişkin konu ve gerçeklerle ilgili olarak bilgilendirmek istemektedir. Her bir ülkedeki yasalar ve hukuk sistemleri, toplumsal gelenekler ve ülkenin ekonomik koşullarına ek olarak, bu bildirgenin bazı bölümlerinin o ülkedeki ulusal tabip birliği için anlamını etkileyecek, ancak böyle bir bildirgenin temel önemini azaltmayacaktır.
5. Tıbbi sorumluluk iddialarının sıklığı ve ciddiyeti aşağıdaki durumlardan herhangi birisine bağlı olarak artabilir:
 - a. Hekimlerin geçmişte sahip olmadıkları tıbbi becerileri kazanmasını sağlayan fakat aynı zamanda birçok durumda önemli riskleri de içeren tıbbi bilgi ve tıp teknolojisindeki gelişmeler

- b. Özel ya da resmi sağlık kurumlarında, hekimlere tıbbi bakım maliyetlerini sınırlamak üzere uygulanabilecek baskılar
 - c. Ulaşılabilir olan sağlık hizmetlerine erişim hakkının, garanti edilebilir olmayan sağlığı kazanma ve koruma hakkı ile karıştırılması
 - d. Hekimlerin yeteneklerini, bilgilerini, davranışlarını ve hastaya yaklaşımlarını sorgulamak ve hastaları hekimlerden şikayetçi olmaya yönlendirmek yoluyla medyanın hekimlere güvensizlik duyulmasında oynayabileceği rol
6. Tıbbi ihmal sonucu oluşan zarar ile tıbbi bakım ve tedavi sırasında istenmeden ortaya çıkan ve hekimin hatasından kaynaklanmayan sonuç birbirinden ayırt edilmelidir.
- a. İhmal sonucu oluşan yaralanma (hasar), doğrudan doğruya hekimin hastanın durumuna uygun standartta tedavi uygulamamasının ya da hekimin hastaya bakım uygulama konusundaki becerisinin yeterli olmamasının sonucudur.
 - b. İstenmeyen sonuç, tedavi sırasında ortaya çıkan, ancak tedaviyi yapan hekimin bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanmayan ve hekimin bir sorumluluğu bulunmayan bir hasardır.
7. Tıbbi zarar gören hastaların zararlarının karşılanması konusu, hata kanıtlama zorunluluğu bulunmayan (no-fault) sistem ya da alternatif bir sistem bulunmadıkça, tıbbi bakım ve tedavi sırasında ortaya çıkan istenmeyen sonuçlar için ve tıbbi sorumluluk iddiaları için farklı biçimde karara bağlanmalıdır.
- a. İstenmeyen bir sonuç hekim hatasına bağlı olmaksızın ortaya çıktığında, her ülke, tıbbi zarar gören hastanın zararının karşılanması gerekip gerekmediğini, eğer karşılanacaksa bunun hangi kaynaktan karşılanacağını belirlemelidir. Hastanın zararının, hekimin bir tazminat ödemesi gerekmeden karşılanmasını sağlayabilecek bu tür dayanışma fonlarının bulunup bulunmamasını, ülkenin ekonomik koşulları belirler.
 - b. Yargı çevresinde geçerli olan yasalar, tıbbi sorumluluk iddialarında sorumluluğa hükmetmeye ve tıbbi ihmal kanıtlandığında zarar gören hastaya ödenecek tazminatın miktarının belirlenmesine ilişkin usulleri de göstermelidir.
8. Ulusal tabip birlikleri, hem hekimler hem de hastalar için adil ve tarafsız bir tutum içinde olma çabaları için aşağıdaki etkinliklerin bir bölümünü ya da tümünü göz önünde bulundurmalıdır:
- a. Cerrahideki ve tedavi usullerindeki yeni gelişmelerin bazılarının içerdiği riskler konusunda halk eğitim programları ile bu tür tedaviler ve cerrahi girişimlerde hastanın aydınlatılmış onamının gerektiği durumlar için mesleki eğitim programlarının oluşturulması
 - b. Tıpta ve sağlık hizmetlerindeki katı maliyet kontrol sınırlamalarından kaynaklanan sorunları göstermeye yönelik halk savunucusu programların gerçekleştirilmesi
 - c. Tüm hekimlerin tıp eğitiminin düzey ve niteliğinin klinik deneyimlerinin artırılmasını da içerecek biçimde geliştirilmesi
 - d. Tıbbi bakım ve tedavi niteliğinin gelişmesini sağlayacak eğitim programlarının hazırlanması ve hekimlerin bunlara katılımının sağlanması

- e. Bilgi ve beceri açısından yetersiz bulunan hekimlerin, yetersizlikleri giderilmeye kadar sağlık hizmeti vermelerinin sınırlandırılmasını da sağlayacak biçimde eğitime tabi tutulacağı uygun görevlendirme politikalarının geliştirilmesi
- f. Değişik biçimlerde ortaya çıkabilecek savunmacı hekimliğin tehlikesi konusunda halkın ve hükümetin bilgilendirilmesi (tıbbi işlemlerin artması ya da tersine hekimlerin bundan kaçınması, genç hekimlerin yüksek riskli uzmanlık alanlarına yabancılaşması, hekimlerin ya da hastanelerin yüksek riski bulunan hastaların tedavisi konusunda isteksizliği)
- g. Halkın, tıbbi tedavi sırasında hekimin ihmalden kaynaklanmaksızın ortaya çıkabilecek olası hasarlar konusunda eğitilmesi ve hastaların istenmeyen bu tür durumlara ilişkin ve zararlarının karşılanması için atılması gereken adımlar konusunda bilgi alabilecekleri basit yordamların hazırlanması
- h. Hastalar herhangi bir tıbbi ihmal söz konusu olmaksızın, istenmeyen sonuç nedeniyle zarara uğradığında, hekimlere yasal korunmaları için sahip çıkılması ve bu durumdaki hastaların zararının karşılanması konusunda karar verme süreçlerine katılımın sağlanması
- i. Tıbbi sorumluluk davalarında uygulanacak yasaların ve usullerin hazırlanmasına katılım
- j. Bir değeri olmayan, anlamsız iddialara ve avukatlar tarafından talep edilebilecek maddi bedellere aktif olarak karşı çıkma
- k. Tıbbi sorumluluk iddiaları karşısında kullanılabilir, mahkeme yönteminin dışında, hakemlik gibi yeni alternatif çözüm yordamlarının araştırılması
- l. Hekimleri, tıbbi sorumluluk iddialarına karşı, kendilerinin ya da bir işyerine bağlı olarak çalışıyorlarsa işverenlerinin ödeyeceği kişisel sigorta yaptırmaları konusunda yüreklendirme
- m. Çözümlemeler yapabilme, istenmeyen olayları azaltma, hasta güvenliğini ve sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirme amacıyla, istenmeyen sonuçların ya da tıbbi hataların bildirilmesi için gönüllü, gizliliği ve mahremiyeti koruyan ve yasal olarak korunan sistemlerin geliştirilmesini özendirme
- n. Tıbbi eylemlere ilişkin olarak artan bir eylemi suç haline getirme ve cezai sorumluluğa karşı çıkma

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TELETIP ETİĞİ RAPORU

Ekim 2007'de Danimarka'nın Kopenhag kentinde DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

Tanım

Teletıp, veri, doküman ve diğer bilgilerin telekomünikasyon sistemleri üzerinden taşınmasıyla girişimlerin, tanı/tedavi kararlarının ve önerilerin belli bir mesafe üzerinden yapıldığı tıp uygulamasıdır.

Önsöz

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve ilerlemesi, hasta bakım hizmetlerinde yeni tıbbi tedavi yaklaşımlarının oluşturulmasına neden olmaktadır. Bu araçlar tıbbi uygulamada değişik yollar sunar. Teletıp uygulamasının benimsenmesi, hızı, tıbbi yardıma ulaşmada kısıtlılık halinde hastalara ulaşım kapasitesi ve ek olarak sağlık bakımını geliştirme gücü nedeniyle haklı çıkarılabilir.

Hekimler teletıp uygulamalarında aşağıdaki etik rehberine uymalıdır.

Prensipier

Hasta-hekim ilişkisi ve mahremiyet

Hasta-hekim ilişkisi kişisel karşılaşma, yeterli hasta öyküsü ve bilgisine dayanmalıdır. Teletıp birincil olarak, hekimin güvenli ve kabul edilebilir sürede fiziksel olarak var olmadığı durumda kullanılmalıdır.

Hasta-hekim ilişkisi, karşılıklı güven ve saygıya dayanmalıdır. Hasta ve hekimin teletıp yöntemleri kullanıldığında, itimat edecek kadar birbirlerini tanıyabilmeleri önemlidir.

İdeal olarak teletıp önceden hasta ve hekim arasında kişisel bir ilişkinin var olduğu durumlarda, yalnızca teletıp hizmeti sağlanırken ve düzenlenirken kullanılmalıdır.

Hekim, teletıp konsültasyonu sırasında toplanan veri kodlanarak (kriptolanarak) güvenli hale getirilip yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek diğer güvenlik önlemleri alınarak, hasta mahremiyetinin ve veri doğruluğunun tehlikeye atılmadığından emin olmalıdır.

Hekimin sorumlulukları

Teletıp kullanımı sırasında öneride bulunan hekim, kendisine verilen ve önerinin dayandığı bilgi kadar iyi, kendisinin verdiği öneriye ilişkin detaylı bir kayıtlı da saklamalıdır.

Hekim, hasta ve sağlık çalışanlarının ya da hastaya bakan aile üyesinin gerekli telekomünikasyon sistemlerini ve ilgili araçları kullanabiliyor olduğundan emin olmak durumundadır. Hekim hastanın öneriyi ve tedaviyi anladığından ve bakımın sürekliliğinin garanti edildiğinden emin olmak için araştırmalıdır.

Bir diğer hekimden öneri ya da farklı fikir alan hekim, tedaviden ve hasta için verilen diğer kararlardan/önerilerden sorumludur.

Hekim uzaktan - iletişim sırasında, hasta ile temasında özel zorlukların ve belirsizliklerin farkında olmalı ve bunu kabullenmelidir. Hekim böyle bir durumun olduğunu hissettiği anda hasta ile doğrudan teması önermek konusunda hazırlıklı olmalıdır.

Bakımın niteliği

Teletıpta da en iyi olası tanı ve tedavi uygulamalarından emin olmak için düzenli olarak nitelik değerlendirme ölçekleri kullanılmalıdır.

Acil durumlarda teletıp uygulamalarının olanaklılığının ve zayıflıklarının (zayıf yönleri) farkında olunmalıdır. Eğer acil bir durumda teletıp kullanım gerekliliği doğarsa, tedavi ve önerileri, hastalığın tehlike seviyesinden ve hasta ile birlikte olan kişilerin kapasitesinden ve bilgi düzeylerinden etkilenir.

Öneri

DTB ve ulusal tabip birlikleri, elektronik reçete, hekim tescili, sorumluluk ve elektronik tıbbi kayıtların yasal durumu gibi, teletıp uygulaması ile ilişkili konularda ulusal kanun yapma girişimini ve ilgili uluslararası anlaşmaları özendirmelidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN AİLE PLANLAMASI VE KADININ KONTRASEPSİYON HAKKI ÜZERİNE RAPORU

Somerset-Güney Afrika Cumhuriyeti'nde Ekim 1996'da 48. Genel Kurul'da kabul edilmiş, Ekim 2007'deki Kopenhag-Danimarka'daki Genel Kurul'da değiştirilmiştir.

DTB çok yakın aralıklarla gerçekleşen gebeliklerin kadın ve çocuğunun sağlığı üzerinde ciddi istenmeyen etkilerinin ve istenmeyen gebeliklerin farkındadır. Bu istenmeyen etkiler kadının zamanından önce ölümünü de içerir. Aileler tüm çocuklarının gereksinimlerini karşılayamadığında doğan çocuklar, ölüm ya da sağlığın bozulmasıyla sonuçlanan açlığa, ihmale ya da terk edilmeye maruz kalabilirler. Sosyal işlevleri ve tüm olanaklarını gerçekleştirme yeterlikleri de bundan zarar görebilir.

Dünya Tabipleri Birliği kendi üremelerini kontrol edebilmenin kadınlar için yararının farkındadır. Bu seçimi kendi kendilerine yapmaları ve daha iyisi bunu partnerleri ile tartışabilmeleri için onlara yardım edilmelidir. Kadının fiziksel, mental sağlığı ve sosyal yönden iyilik hali bu seçimi yapabilme yeterliğinin temel bileşeninin şansa bağlı olmayacağı durumda gerçekleşir.

Yeterli üreme kontrol yöntemlerine ulaşım evrensel değildir, Dünya'da birçok yoksul kadın, en az erişime sahiptir. Bedenlerinin nasıl çalıştığı bilgisi, üremelerini nasıl kontrol edecekleri ve bu seçimleri yaparken gereksindikleri materyallerle ilgili bilgi

evrenselidir ve tüm kadınlar için temel insan haklarıdır.

Bireylerin uygun aile planlaması yöntemlerine güvenli ulaşımı, anne ve çocuk sağlığını geliştirmenin en önemli koşullarından birisi olduğu için beşinci binyıl kalkınma hedefleri içinde yer almıştır.

Dünya Tabipleri Birliği ulusal tabip birliklerine aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

a. Hükümetler, sivil toplum kuruluşlarıyla ve diğer kurum/kuruluşlarla birlikte çalışarak güvenli, yüksek nitelikli hizmet ve yardım sağlamak için aile planlaması eğitimlerinin geliştirilmesi.

b. Milliyet, inanç, ırk, din ya da sosyoekonomik duruma bakılmaksızın bilgilere, materyallere, ürünlere ve hizmetlere ulaşılabilirliği sağlamak için girişimde bulunulması.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN GÜRÜLTÜ KİRLİLİĞİ ÜZERİNE RAPORU

Eylül 1992'de İspanya'nın Marbella kentinde 44. Dünya Tıp Kongresi'nde kabul edilmiş, Ekim 2007'de Danimarka'nın Kopenhag kentinde DTB Genel Kurulu'nda değiştirilmiştir.

Önsöz

Gelişen çevresel farkındalık/duyarlılık ve gürültünün sağlık üzerine, ruhsal duruma, performans ve iyi halde olma üzerine etkileri bilgisiyle, çevresel gürültüyle savaş gittikçe önem kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü gürültüyü, endüstriyel uluslarda başlıca çevresel sorun olarak tanımlamaktadır.

Gürültü insanları çeşitli yollarla etkiler. İşitme, vejetatif sinir sistemi, ruhsal durum, sesli iletişim, uyku ve performans ile ilişkili etkileri vardır. Gürültü daha fazla enerji tüketimine ve daha yüksek yıpranmaya neden olarak vücudun üzerinde artan bir yük olan stres etkeni gibi davranır. Bu yüzden gürültünün, stresin katkıda bulunduğu; hipertansiyon, miyokard enfaktüsü, angina pektoris ya da hatta inme gibi şekillerde görülebilen kardiyovasküler hastalıklar için başlıca kolaylaştırıcı olabileceğinden kuşkulandır.

Ayrıca gürültünün psikososyal alanda etkileri dramatiktir. Çevresel gürültünün neden olduğu stres, özellikle trafik gürültüsü, yalnızca endüstriyel uluslarda değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de temel endişedir. Hem yollarda, hem de havada sürekli ve muazzam büyüklükteki trafik sesleri yüzünden, strese neden olan çevresel gürültü, hem devamlığı anlamında, hem de etkilenen alan anlamında sürekli artmaktadır. Bu gürültünün neden olduğu işitme hasarı büyüyen bir endişedir. Bu bağlamda sesin en çok ortak kaynağı, kulağın çeşitli yerlerde, çeşitli ses araçları (taşınabilir müzik çalarlar, stereo sistemler, diskotekler, konserler) ile maruz kaldığı müziktir. Duyma hasarına maruz kalma riski, birçok kişi tarafından tahmin edilemez ya da hatta bile bile inkar edilir. En büyük sorun (ya da görünüm) yüksek risk gruplarındaki (genelde genç kişiler anlamına gelir) farkındalık yaratma sorunu altında yatar. Bu açıdan kanun yapıcılar müdahale etmek ve potansiyel ses düzeyi limitlerini ve müzik olaylarında izin verilen en fazla ses düzeylerini ortaya koyarak ya da çocukların çok yüksek sesli ya da yüksek gürültü düzeyleri üreten oyuncaklarını yasaklayarak, hasarı azaltmak için yardıma çağırılır.

DTB sosyo-medikal sözlerini tutarak, daha geniş bilgilendirme ve daha akut farkındalık aracılığıyla, çevresel gürültüyle mücadelede katkıda bulunmak amacıyla, gürültü kirliliği sorunu konusunda bir rapor yayınlamıştır.

Öneriler

DTB aşağıdaki konuları ulusal tabip birliklerinin dikkatine sunar:

1. Toplum, özellikle çevresel gürültüden etkilenen insanları olduğu kadar, politika üretenleri ve karar verenleri, gürültü kirliliği hakkında bilgilendirin.
2. Ulaşım bakanlarını ve şehir planlamacılarını büyüyen çevresel gürültü kirliliğine karşı koymak duyarlılığında alternatif fikirler geliştirmeleri için yardıma

- çağırın.
3. Çevresel gürültü kirliliğini yok etmek için uygun yasal düzenlemeyi destekleyin.
 4. Yasal gürültü kirliliği uygulamalarını destekle ve kontrol ölçümlerinin etkililiğini izleyin.
 5. Gençleri taşınabilir müzik çalarlardan, kulaklıklılı stereo sistemlerin kullanımından, arabalardaki ses sistemlerinden, rock konserleri ve diskoteklerde bulunanlardan yayılanlar gibi, yüksek sesli müzik dinleme ile bağlantılı riskler hakkında bilgilendirin.
 6. Eğitim otoritelerini, erken durumda kişiler üzerinde gürültünün etkilerine dikkat etmeleri için, çevresel gürültü yüzünden oluşan stresin, nasıl etkisiz hale getirilebileceğini, gürültü kirliliğinde payı olmada bireylerin rolleri ve yüksek sesle müzik dinleme ile bağlantılı riskler hakkında insanları bilgilendirmeleri için yöneltin.
 7. Güç araçları ile çalışma ya da yüksek sesli motorlu araçları yönetme sonucu, özel sektörde gittikçe artan duyma hasarının riskleri hakkında bilgi sağlayın.
 8. İş yerinde yüksek sesli gürültüye maruz kalan bu bireylerin azaltılamaz gürültüye karşı kendilerini korumalarının önemini vurgulayın.
 9. İşte mesleki güvenlik ve sağlıktan sorumlu kişileri, işyerindeki çalışanların sağlığının korunmasından emin olmak için gürültü yayılımını azaltmak amacıyla, daha fazla harekette bulunmaları için yardıma çağırın.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN SAĞLIĞA ZARARLARI ÜZERİNE BİLDİRGESİ

Avusturya'nın Viyana kentinde Eylül 1988'de 40. DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, Kasım 1997'de Almanya'nın Hamburg kentinde 49. DTB Genel Kurulu'nda ve Ekim 2007'de Danimarka'nın Kopenhag kentinde DTB'nin Genel Kurulu'nda değiştirilmiştir.

Önsöz

Dünya'da her üç erişkinden biri ve daha fazla kişi (1.1 milyardan fazla) sigara içmekte, bunların %80'i düşük ve orta-gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı vücutta her organ sistemini etkilemektedir ve kanser, kalp hastalıkları, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, fetal hasarlar ve pek çok diğer hastalığın başlıca nedenidir. Dünya'da her yıl tütün kullanımına bağlı olarak 5 milyon ölüm oluşmaktadır. Var olan sigara içme eğilimleri sürdüğünde 2020 yılında yıllık 10 milyon ölüm görülecek, bunun %70'i gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Tütün kullanımı 20. yüzyılda 100 milyon kişinin ölümünden sorumludur ve etkili müdahalelerde bulunulmazsa 21. yüzyılda 1 milyar kişinin ölümüne neden olacaktır. Ayrıca, 50'den fazla karsinojen ve pek çok diğer toksinler dahil olmak üzere 4000'den fazla kimyasal madde içeren sigara dumanından pasif etkilenim sigara içmeyenlerde akciğer kanseri, kalp hastalığı ve diğer hastalıklara neden olur.

Küresel halk sağlığı topluluğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aracılığıyla tütün kullanımını ve tütüne atfedilen hastalıkların alarm verici trendleri hakkında artan kaygılarını dile getirmişlerdir. 20 Eylül 2007 itibariyle 150 ülke imzalayan ülkelerde tütünün vergisini artırmak, tütün reklam ve promosyonunu yasaklamak, kamusal alanlarda ve iş yerlerinde tütün kullanımını yasaklamak, tütün paketlerinin üzerine etkili sağlık uyarıları yerleştirmek, sigara bıraktırma servisleri ve tedavilerine erişimin geliştirilmesi, tütün ürünlerinin içerik ve emisyonunu düzenlemek, tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin engellenmesi yoluyla tütün kullanımına karşı sert önlemler alınmasını gerektiren Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamıştır.

Sigara içmeye izin verilen her yerde, evlerde, iş yerlerinde ve diğer kamusal alanlarda, sigara dumanından pasif etkilenim bir sorundur. DSÖ verilerine göre her yıl 200.000 işçi, iş yerlerindeki sigara dumanından pasif olarak etkilenmelerinden dolayı ölmekte; 700 milyon yakın çocuk, yaklaşık Dünya toplamının yarısı, özellikle evlerinde tütün dumanı ile kirlenmiş hava solumaktadır. DSÖ; 29 Mayıs 2007'de üç adet güncel ve kapsamlı rapora dayanarak iş yerleri ve kapalı kamusal alanlarda küresel tütün yasağına çağrı yapmıştır.

Tütün endüstrisi tütünün sağlık üzerine etkileri ile ilgili bilimsel gerçeği hem ulusal araştırmalar yürüterek hem de ortak desteklenen endüstri programlarıyla uluslararası araştırmaları destekleyerek ortaya koymaya kararlı olduklarını beyan etmektedirler. Ancak buna karşın tütün endüstrisi sigara içmenin zararlı etkileri ile ilgili

bilgileri inkar etmiş ya da geri çekmiştir. Uzun yıllar boyunca endüstri, sigara içmenin kanser ve kalp hastalığı gibi hastalıklara neden olduğuna ilişkin sonuca ulaşmış kanıt olmadığını ve nikotinin bağımlılık yapmadığını ileri sürmüştür. Bu iddialar küresel düzeyde tıp bilimi tarafından çürütülmüştür. Bu kanıtlar sayesinde endüstri tarafından yürütülen yoğun reklam kampanyalarına karşı çıkmıştır. Ulusal tabip birliklerinin tütün karşıtı kampanyalarda lider rolü üstlenme sorumluluğu bulunmaktadır.

Tütün endüstrisi ve yandaşları yıllardır tütünün sağlık etkileri üzerine yapılmış araştırmaları ve sonuçların yer aldığı raporların hazırlanmasını desteklemiştir. Araştırmacılar ya da kurumlar bu tür etkinliklere katılarak tütün endüstrisine destek sağlamış ve , sağlığın geliştirilmesi hedefleri ile belirgin çıkar çakışmalarına yol açmışlardır.

Öneriler

DTB, ulusal tabip birlikleri ve tüm hekimlerin tütün kullanımına ilişkin sağlık risklerinin azaltılması için aşağıdaki adımları atmasında ısrar eder:

1. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı engelleyen kamusal bir politika belirle..
2. DTB'nin tüm toplantılarında uygulamaya karar verdiği yasak ile aynı doğrultuda olacak şekilde ulusal tabip birliklerinin tüm iş, sosyal, bilimsel toplantıları ve törenlerinde sigara içilmesini yasakla.
3. Hekimleri ve halkı tütün kullanımının sağlık üzerine zararları (bağımlılık dahil) ve sigara dumanından pasif etkilenim hakkında eğitmek için programlar geliştir, destekle ve katıl. Hem sigara içenleri ve dumansız tütün kullananları tütün ürünleri kullanımını kesmeye ikna etmeyi ve yardım etmeyi hedefleyen programlar hem de sigara içmeyen ve dumansız tütün kullanmayanların başlangıçlarını engellemeye yönelik programlar önemlidir.
4. Bireysel olarak hekimleri, rol modeli olmaları (tütün ürünleri kullanmayarak) ve halkı tütün kullanımının sağlığa zararlı etkileri ve tütün kullanımını kesmenin yararları hakkında eğitecek kampanyanın sözcüsü olmaları için özendir. Tüm tıp fakülteleri, biyomedikal araştırma enstitüleri, hastaneler ve diğer sağlık kurumlarından sınırları içinde sigara içilmesini yasaklamalarını iste.
5. Tıp öğrencileri ve hekimler için hastalarında tütün bağımlılığını tanımlayıp tedavi etmelerine hazırlamak için eğitim programları hazırla ya da olanları zenginleştir.
6. Bireysel hasta görüşmesi, sigara bıraktırma grupları, telefon hatları, web tabanlı bıraktırma servisleri ve diğer uygun yöntemlerle tütün bağımlılığının danışmanlık ve farmakoterapiyi de içeren kanıta dayalı tedavisi için geniş erişimi destekle.
7. Tütün kullanımı ve bağımlılığının tedavisi için bir klinik uygulama rehberi geliştir ya da onayla.
8. DTB'nin DSÖ'nü sigarayı bıraktırmada kullanılan etkinliği gösterilmiş ilaçları DSÖ'nün Gereklili İlaçlar Model Listesi'ne alması için zorlamasına destek ver.
9. Tütün endüstrisine güvenilirlik kazandırmamak için bu endüstriden herhangi bir finansal destek ya da eğitim materyali kabul etmekten kaçın ve tıp fakülteleri, araştırma enstitüleri ve bireysel araştırmacıların da aynı şekilde davranmalarında ısrarcı ol.

10. Ulusal hükümetlerin halk sağlığını korumak için Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ni imzalamaları ve bütünüyle uygulamaları konusunda ısrarcı ol.
11. Tütün pazarlamasının gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere doğru kaymasına karşı konuş ve ulusal hükümetlerin de aynı şekilde davranmalarında ısrarcı ol.
12. Aşağıda belirtilen yasaların çıkartılmasını ve uygulanmasını destekle:
 - a. Tütün ürünlerinin üretim, satış, dağıtım ve promosyonu hakkında listelenen spesifik provizyonları da içerecek şekilde kapsamlı düzenlemeler sağla.
 - b. Tütün ürünlerinin satıldığı ambalajlara ve tütün ürünlerinin tüm reklam ve promosyon materyalleri üzerine sağlığa zararlı etkileri hakkında yazılı ve resimli uyarılar basılmasını sağla. *Bu uyarılar belirgin olarak görülmeli ve sigarayı bırakmak isteyenleri geçerli telefonla bıraktırma hatlarına, web sayfalarına ya da diğer kaynaklara yönlendirmelidir.*
 - c. Tüm kapalı kamusal alanlarda (sağlık kurumlarında, okullarda ve eğitim kurumlarında), iş yerlerinde (restoran, bar ve gece klüpleri dahil) ve toplu taşıma araçlarında sigara içilmesini yasakla. Akıl hastalıkları ve kimyasal bağımlılık tedavi merkezleri de sigarasız alanlar olmalı. Hapishanelerde de sigara içilmesine izin verilmemeli.
 - d. Tütün ürünlerinin tüm reklam ve promosyonu yasaklanmalıdır.
 - e. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin çocuk ve ergenlere satış, dağıtım ve ulaşılabilirliğini yasakla.
 - f. Milli sınırlar içinde tüm ticari havayollarının uçuşlarında ve tüm uluslararası ticari havayollarının uçuşlarında sigara içilmesini yasakla ve havaalanları ve diğer yerlerde tütün ürünlerinin vergisiz satışını yasakla.
 - g. Tütün ve tütün ürünleri için tüm sübvansiyonu yasakla.
 - h. Tütün kullanımının prevalansı ve tütün ürünlerinin nüfusun sağlık durumu üzerine etkilerini ortaya koyacak araştırmaları sağla.
 - i. Şu anda olmayan herhangi bir yeni tütün ürününün promosyon, dağıtım ve satışını yasakla.
 - j. Tütün ürünlerinin vergilerini arttır ve elde edilen vergi gelirini korunma programları, kanıta dayalı bıraktırma programları, servisleri ve diğer sağlık hizmetleri için kullan.
 - k. Tütün ürünlerinin yasadışı ticaretini ve kaçak tütün ürünlerinin satışını engelle ya da kısıtla.
 - l. Tütün eken çiftçilerin alternatif ekinlere dönmesine yardımcı ol.
 - m. Hükümetleri tütün ürünlerinin uluslararası ticaret anlaşmalarının dışında bırakılması için zorla.

DÜNYA TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN İŞKENCE YA DA ZALİMCE/İNSANLIK DIŞI/ONUR KIRICI MUAMELELERİN BELGELENDİRİLMESİ VE İHBAR EDİLMESİNDE HEKİMLERİN SORUMLULUĞUNA İLİŞKİN KARARI

Başlangıç: Eylül 2002

*2003 yılında Helsinki'de DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiş ve Danimarka'nın
Kopenhag kentinde Ekim 2007'de DTB Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır.*

DTB,

1. Temel insan hakları, saygınlık ve insani değerler bağlamında bireylerin Birleşmiş Milletler'e olan inancını beyan eden 26 Haziran 1945 tarihli Birleşmiş Milletler Beyannamesi'nin önsözünü,
2. İnsan haklarını saymama ve karşı gelmenin insanlığın vicdanını bozan barbarca hareketlerle sonuçlandığını beyan eden 10 Aralık 1948 tarihli Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi önsözünü,
3. Bu beyannamenin hiç kimsenin işkence, zalim, insanlık dışı ya da onur kırıcı muameleye maruz kalamayacağını beyan eden 5. Maddesini,
4. Amerikan Eyaletleri tarafından 22 Kasım 1969'da uyarlanan ve 18 Haziran 1978'de yürürlüğe giren Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi'ni ve 28 Şubat 1987'de yürürlüğe giren İşkenceden Korunmak ve İşkenceyi Cezalandırmak İçin Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi'ni,
5. İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Muamele ya da Cezalandırma sırasında bir hekimin varlığını ya da herhangi bir tıbbi muameleyi yasaklayan Dünya Tabipler Birliği tarafından 1975'de kabul edilen Tokyo Bildirgesi'ni,
6. Dünya Psikiyatri Birliği tarafından 1977'de kabul edilen Hawaii Bildirgesi'ni,
7. 1981'de Uluslararası İslami Tabip Birlikleri Konferansı'nda uyarlanan Kuveyt Deklarasyonu'nu,
8. Sağlık personelinin, İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Muamele ya da Cezalandırma karşısında gözüaltına alınanların ve tutukluların korunmalarına dair sağlık personelinin, özellikle de hekimlerin rolü ile ilgili 18 Aralık 1982'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda uyarlanan Tıbbi Etik Esaslarını ve özellikle Madde 2'de belirtilen "Aktif ya da pasif olarak işkence ya da diğer zalimce/insanlık dışı/onur kırıcı muameleye katılım, suç ortaklığı, teşvik etme ve ya müdahale sağlık personeli, özel olarak da hekimler için açıkça tıbbi etik ihlalidir..." ifadesini,

9. Aralık 1984'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen ve 26 Haziran 1987'de yürürlüğe giren İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı Muamele ya da Cezalandırmaya Karşı Sözleşme'yi,
10. 26 Haziran 1987'de Avrupa Konseyi tarafından kabul edilen ve 1 Şubat 1989'da yürürlüğe giren İşkence ve İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Muamele ya da Cezalandırmanın Önlenmesi İçin Avrupa Sözleşmesi'ni,
11. Ekim 1990'da Rancho Mirage'da DTB tarafından 42. Genel Kurul'da kabul edilen ve 45, 46 ve 47. Genel Kurullarda değiştirilen İnsan Hakları Kararlarını,
12. Kasım 1997'de DTB tarafından 49. Genel Kurul'da kabul edilen ve hekimleri kötü muamelenin bireysel olarak karşısında olmaya ve tıp ile ilgili ulusal ve uluslararası kurumları bu tür davranışta bulunan hekimleri desteklemeye çağıran Hamburg Deklarasyonu'nu,
13. 4 Aralık 2000'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İstanbul Protokolü'nü (İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Müdahale ya da Cezalandırmanın Etkin Olarak İzlenmesi ve kayıt altına alınması ile ilgili Rehber),
14. Birleşmiş Milletler tarafından 20 Kasım 1989'da kabul edilen ve 2 Eylül 1990'da yürürlüğe giren Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni,
15. Kasım 1991'de Malta'da 43. DTB Genel Kurulu'nda kabul edilen ve Ekim 2006'da Güney Afrika'nın Pılanesberg kentinde DTB Genel Kurulu'nda uyarılan Açlık Grevi Yapanlara Yönelik Malta Bildirgesi'ni

dikkate alır.

DTB;

16. Hekimler tarafından işkence görmüş olguların ve sorumlularının dikkatli ve tutarlı saptanması, kaydedilmesi ve ihbarı, olaydan etkilenenlerin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünün korunmasına ve onun da ötesinde genel olarak insanın saygınlığını zedeleyen durumlarla mücadele etmeye katkıda bulunduğu,
17. Sekelleri irdeleyen ve işkence mağdurlarına olaydan hemen sonra ya da daha geç dönemde müdahale eden hekimlerin bu insan hakları ihlalinin ayrıcalıklı tanıkları olduğunun,
18. Olayın mağdurlarının, psikolojik sekeller ya da üzerlerindeki baskı nedeniyle maruz kaldıkları kötü muamelelerin sorumlularına karşı kendiliklerinden şikayetçi olamadıklarının,
19. İşkence muamelelerinin saptanması ve kayıt aşamalarındaki eksikliğin olay karşısındaki bir tür tolerans ve dolayısıyla da mağdurlara yardım etmeme olarak düşünülebildiğinin,
20. Tıbbi Etik Mesleksi Kodları ve yasal düzenlemeler kapsamında hekimlerin İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Müdahale ya da Cezalandırma karşısında uymaları gereken tutarlı ve açık olarak belirtilmiş olan referansların olmadığı

farkındadır.

DTB; ulusal tabip birliklerine aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır:

1. Gözaltına alınanlar ya da işkence, zulüm, kötü muamele mağdurlarının hemen ve bağımsız sağlık hizmetine ulaşımını sağlamaya gayret etmelidirler. Hekimler işkence ya da kötü muameleden doğan semptomların değerlendirme ve raporlamasını gözaltında ya da tutuklu olan kişileri tehlikeye atmamak için gerekli koruyucu önlemleri alarak tıbbi kayıtlar kapsamında değerlendirmelidirler.
2. İstanbul Protokolü'nün ve protokolün İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Muamelenin etkin bir şekilde izlenmesi ile ilgili ilkelerinin farkındalığını yaygınlaştırmalıdır. Bu ise ülke düzeyinde eğitim, yayımlar ve web tabanlı kaynakları içeren farklı yöntemler kullanılarak yapılmalıdır.
3. İstanbul Protokolü hekimlere dağıtılmalıdır.
4. İşkencenin değişik türlerini tanıma, spesifik işkence yöntemlerinin fiziksel ve psikolojik semptomlarını fark etme ve İstanbul Protokolü'nde öngörülen ve yasal ve idari süreçlerde kanıt olarak kullanılacak raporlama tekniklerini kullanmak üzere hekimlerin eğitimi geliştirilmelidir.
5. Muayene bulguları, işkence yöntemlerini anlama ve hastaların istismar iddiaları arasındaki bağlantı hakkındaki farkındalık geliştirilmelidir.
6. Adli ve idari mercilere sunulmak üzere işkence mağdurlarının niteliği yüksek tıbbi raporlarının hazırlanmasını kolaylaştırmalıdır.
7. Hekimlerin işkence ya da kötü muameleden kaynaklanan semptomları belirleyip rapor ederken bilgilendirilmiş onam almaları ve bireyleri tehlikeye atmaktan kaçınmaları sağlanmalıdır.
8. Hekimlerin tıbbi kayıtlarda işkence ya da kötü muameleden kaynaklanan semptomları belirleyip rapor ederken gözaltındaki ya da tutukluları tehlikeye atmaktan koruyacak ihtiyati tedbirleri almaları sağlanmalıdır.
9. Ulusal tabip birlikleri ülkelerinde etik kuralların ve kanunların kabul edilmesini desteklemelidirler:
 - 9.1 Hekimlerin fark ettikleri anda İşkence ya da Diğer Zalimce/İnsanlık Dışı/Onur Kırıcı Müdahale eylemleri etik açıdan rapor etme ya da ihbar etme zorunlulukları vardır. Rapor ya da ihbar koşullara bağlı olarak tıbbi yasal, ulusal/uluslararası otoritelere, sivil toplum kuruluşlarına, uluslararası ceza mahkemesine yönlendirilir. Hekimler bu konuda İstanbul Protokolü'nün 68. paragrafını akılda tutarak sağduyulu bir biçimde hareket etmelidirler.
 - 9.2 Hekimin; mümkün olduğunda kişinin onamı ile, ancak, mağdurun kendini özgürce ifade edemediği belirli bazı durumlarda kesin onam olmadan istismarı rapor etmesine olanak tanıyan mesleki gizlilik açısından etik ve kanuni istisnai bir durum ortaya çıkar.
 - 9.3 Hekimler, özgürlükten mahrum bırakılmış, baskı ve tehdit altındaki ya da psikolojik durumları bozulmuş mağdurları açık isimleriyle rapor ederek tehlikeye atmaktan kaçınmaları konusunda uyarılmalıdır.
10. Özellikle ulusal otoritelere, sivil toplum kuruluşlarına ve uluslararası ceza mahkemesine rapor etme sürecinde yararlı olacak tüm bilgiler kullanıma sunulmalıdır.

İstanbul Protokolü 68. paragrafı: Kimi durumlarda iki ayrı etik yükümlülük çatışabilir. Uluslararası kurallar bütünü ve etik ilkeler işkence ya da kötü muameleye ilişkin bulguların yetkili makama bildirilmesini gerektirir (Kimi hukuk sistemlerinde bu, aynı zamanda yasal bir gerekliliktir). Ancak hastalar kimi durumlarda böyle bir amaçla muayene edilmeye ya da muayene sonucu edinilen bilgilerin başkalarına açıklanmasına onay vermeyi reddedebilirler. Kendileri ya da aileleri için misilleme riskinden korkuyor olabilirler. Bu gibi durumlarda sağlık çalışanlarının, hem hasta-ya karşı, hem de adaletin yerine getirilmesinde ve suçluların adalete teslim edilmesinden yarar sağlayacak olan topluma karşı çifte yükümlülüğü vardır. Böylesi ikilemler ele alınırken, öncelikli olarak göz önünde bulundurulması gereken temel ilke, olası zarar vermeyi önlemektir. Sağlık çalışanları, kişinin gizlilik hakkını ihlal etmeden, adalete hizmet eden çözüm yollarını araştırmalıdır. Güvenilir kuruluşlardan konuyla ilgili önerileri alınmalıdır; kimi durumlarda bu kuruluş, ulusal tabip birlikleri ya da sivil toplum kuruluşları olabilir. Yeterli derecede destek ve özendirme gördüklerinde, daha önce isteksiz olan bazı hastalar önceden kararlaştırılan parametreler içinde bazı açıklamalar yapılmasını onaylayabilirler.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIP EĞİTİMİNİNİN NİTELİĞİNİ GELİŞTİRMEK İÇİN DÜNYA TIP EĞİTİMİ FEDERASYONU KÜRESEL STANDARTLAR İLE İLGİLİ KARARI

2003 yılında başlatılmış olan bu çalışma Japonya'nın Tokyo kentinde DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

DTB;

1. Tıp eğitimi ile ilgili küresel standartlar geliştirilmesi gerektiğini kabul etmektedir.
2. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (DTEF) ile DTB arasındaki iletişimi önemsemektedir.
3. DTB; DTEF Yürütme Kurulu'nda temsil edilmektedir ve 1997⁽¹⁾ yılından bu yana Uluslararası Tıp Eğitimi Standartlarını geliştirme konusunda Federasyonla birlikte eş sorumluluğa sahiptir.
4. "Temel Tıp Eğitimi⁽²⁾", "Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi⁽³⁾" ve "Sürekli Tıp Eğitimi⁽⁴⁾" konularında DTEF tarafından "Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Üçlü Dokümanı"ndaki geliştirici değişiklikleri izlemektedir.
5. Mart 2003'de Danimarka'nın Kopenhag kentinde yapılmış olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konulu Dünya Tıp Eğitimi Kongresi'ndeki⁽⁵⁾ Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu'nun kabulünü tanımaktadır.

DTB, bu gerekçelerle;

6. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Üçlü Dokümanı içeriğinin uygulamaya geçirilebilmesi ile ilgili desteğini ve güdüleyici tavrını ortaya koymaktadır.
1. *The Executive Council, The World Federation for Medical Education: International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. Med Ed 1998; 32: 549-558.*
2. *World Federation for Medical Education: Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. <http://www.wfme.org/>*
3. *World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen 2003. <http://www.wfme.org/>*
4. *World Federation for Medical Education: Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Copenhagen 2003. <http://www.wfme.org/>*
5. *J.P. de V. van Niekerk. WFME Global Standards receive ringing endorsement. Med Ed, 2003; 37:586-587.*
6. *WFME website: <http://www.wfme.org/>*

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SU VE SAĞLIK İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ

Çalışmalar Nisan 2003 tarihinde başlamış; 2004 yılında Japonya'nın Tokyo kentinde DTB Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır.

A. Önsöz

1. Bireyin ve toplumun sağlığı için temiz ve sağlıklı su bir gereksinimdir. Ancak Dünya nüfusunun yarıdan fazlası bu gereksinime ulaşmamaktadır. Bu bölgelerde aynı zamanda su kirliliği ile ilgili de sorunlar bulunmaktadır.

2. DTB insanlığa karşı olan sorumluluğunu sağlık hizmetlerinin herkes için olması konusundaki uluslararası standartların sağlanması çabasıyla yerine getirmeye çalışmaktadır ve bu bildirgeyi sağlıkla ilgili sorumluluğu olan tarafların bireyin ve toplumun sağlığını düşünmelerini desteklemek için yayınlamıştır.

B. Görüşler

3. Su kaynaklı hastalıklar özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu sorun savaş, deprem, salgın, kuraklık, sel gibi olağandışı durumlarda daha da önem kazanmaktadır.

4. Ekosistemi etkileyen antropojenik değişimler, doğanın suyun zararlı maddelerini ayrıştıran gücünün sınırlı olması gibi durumlar çevreye, özellikle de suyla ilgili çevresel sisteme zarar vermektedir.

5. Halkın sağlığını önceleme yerine ondan “metalaştırılarak” yararlanma sağlanmaya çalışıldığı durumlar güvenli içme suyuna ulaşımı engelleyebilmektedir.

6. Güvenli su temin edebilmek için sürdürülebilir bir altyapının geliştirilmesi toplum sağlığı ve ulusal sağlık açısından çok önemlidir. Suyun temiz olmamasına bağlı oluşan enfeksiyon hastalıklarının ve diğer sorunların önlenmesi ulusal sağlık giderlerini azaltmakta ve üretimi arttırmaktadır. Bu durum da ulusal ekonomiler üzerinde pozitif bir etki yaratmaktadır.

7. Dünya'nın pek çok bölgesinde yaşam için gerekli olan su ile ilgili kıtlık yaşanmaktadır. Bu nedenle kullanımı konusunda çok dikkatli olunmalıdır.

8. Su ile ilgili konularda da küresel düzeyde işbirlikleri yapılmalıdır.

C. Öneriler

9. Hekimler, ulusal tabip birlikleri ve sağlıkla ilgili diğer yetkili birimler sağlık ve su arasındaki ilişkiye ilişkin aşağıda yazılmış olan önerileri yerine getirme konusunda desteklenmelidirler:

a. Dünya üzerinde yaşayan herkes için düşük maliyetli, temiz ve güvenli suya ulaşabilmek ve su kaynaklarının kirlenmemesi için uluslararası ve ulusal programlar.

b. Su kaynaklarının bozulmasını önlemek ve sanitasyon olanaklarının sağlanabilmesi için uluslararası, ulusal ve bölgesel programlar.

- c. Atıklar ve sağlık ilişkisini de içeren su kaynakları ile ilgili araştırmalar.
- d. İçilebilir özellikteki suyun sağlanması ve atıklarının uygun bir biçimde yok edilmesi için planların yapılması. Bu tür uygulamalar olağandışı durumun niteliğine bağlı olarak değişiklik gösterebilir, ancak olayın olduğu anda ve mekanda dezenfeksiyon, su kaynaklarının saptanması ve su pompalarını anında çalıştırabilmek için enerji kaynaklarının bulundurulması bu kapsamda değerlendirilebilir.
- e. Özellikle deprem gibi olağandışı durumlardan sonra sağlık kurumları için güvenli suyun sağlanmasına yönelik koruyucu önlemler. Bu tür önlemler arasında sağlık kurumlarının olağandışı durumlarla baş edebilmeleri için altyapı ve eğitim çalışmaları yer alır. Acil su kaynaklarının sürekliliği ile ilgili programlara ilişkin uygulamalar yerel yetkililer ve toplum katılımıyla birlikte yapılmalıdır.
- f. Su kaynaklarının her ülke tarafından daha etkili kullanımı. DTB; özellikle hastaneleri ve sağlık kurumlarını sürdürülebilir su kaynakları üzerindeki etkilerini inceleme konusunda desteklemektedir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ŞİDDET VE SAĞLIK İLİŞKİSİNE İLİŞKİN BİLDİRGESİ

Çalışmalar Mayıs 2003 tarihinde başlamış; 2005 yılında Finlandiya'nın Helsinki kentinde DTB Genel Kurulu'nda uyarlanmıştır.

A. Giriş

1. 2000 yılında Dünya'da 1.6 milyondan fazla kişi şiddete bağlı olarak yaşamını yitirmiştir; bu da şiddete bağlı ölümlerin her gün 4000'den fazla olduğu anlamına gelmektedir. Ölümlerin yaklaşık yarısı intihara, üçte biri cinayete, geri kalanları ise diğer şiddet nedenlerine bağlıdır. Bu veriler çoğunlukla gelir düzeyi yüksek olan ülkelere ilişkin olup aslında buzdağının üzerinde olan sayıları yansıtmaktadır. Gerçekte şiddet az gelişmiş ülkelerde daha önemli bir sorundur, ancak bu tür ülkelerin kayıt sistemlerindeki yetersizlik Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne veri akışını engellemektedir. Ek olarak; çocuk ihmali ve istismarı, eş şiddeti ve yaşlılara yönelik şiddet gibi şiddetin farklı biçimleri de korku, utanma, kültürel özellikler gibi nedenlere bağlı olarak olduğundan daha az düzeyde saptanmaktadır.

2. Cinayete kurban giden her genç bireye karşın aynı yaş grubundan en az 20-40 kişi şiddete bağlı bir nedenden dolayı hastanede tedavi görmektedir. Her beş kadından birisi ve erkeklerin de %5-10'u çocukluk döneminde cinsel istismara uğramaktadırlar. Uluslararası yapılmış olan toplum tabanlı çalışmalara göre eş tarafından şiddet gören kadınların yüzdesi 10-69 arasında değişmektedir. Şiddete bağlı yaralanmaların doğrudan etkilerinin yanı sıra cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ruhsal sorunlar, üreme sağlığı ile ilgili sorunlar gibi yelpazesi geniş olan durumlar öne çıkmaktadır. Şiddet kaynaklı sağlık etkilerinin geçmesi yıllarca sürebilir ve bazen de bu sorunlar kalıcı ruhsal ve fiziksel engellilik ile sonuçlanabilir. Toplumsal bir bakış açısıyla da şiddetin yarattığı maliyet de önemli bir konudur. Bazı ülkelerde şiddete bağlı sağlık hizmetleri giderleri yurt içi gayri safi milli gelirin %5'ini oluşturmaktadır.

3. Şiddet tek bir kaynağa bağlı oluşmaz. Bu konuda bireyin, toplumun, toplumsal ilişkilerin, sosyal ve politik süreçlerin etkisi vardır.

4. 1996 yılında Dünya Sağlık Asamblesi şiddetin bir halk sağlığı sorunu olduğuna ilişkin vurgu yapılan WHA 49.25 sayılı kararı kabul etmiştir. Karar bir yıl sonra şiddetin önlenmesi için DSÖ'nün bilimsel temellere dayalı toplum sağlığı yaklaşımlarını içeren bütünlük programını da kapsayacak biçimde uyarlanmıştır.

B. Uluslararası Tıpla İlgili Paydaşların Sürece Eklenmesi

5. Şiddete neden olan faktörlerden bağımsız olarak şiddetin sağlık sonuçları tıpla ilgili bütün paydaşları ilgilendiren bir konudur. Hekimler, bizzat şiddete uğrayan kişi de olabilirler ya da her hekim gündelik profesyonel yaşamında şiddete maruz kalan bir kişiyle karşılaşabilir. Örneğin; pediatri olarak bir çocuğun istismar edilip edilmediğini araştırarak; acilde çalışan bir hekim ya da cerrah olarak vurulmuş bir kişiye girişimde bulunarak, psikiyatrist olarak eşinden şiddet gören bir kadının

psikososyal sorunlarını çözümler bu sürecin içinde olunabilir. Bu tür örnekler tıp alanındaki profesyonellerin şiddet yaşayan bireylerin sorunlarına çözüm aşamasında diğer profesyonel meslek gruplarından daha yakın olduklarını göstermektedir.

6. Tıp alanında çalışanların şiddet karşısındaki yanıtları gerçek deneyimler üzerinden kurgulanmalıdır. Bazen veri toplanması gerekli en iyi şey olarak karşımıza çıkar. Hekimler şiddete bağlı yaralanmalarla ilgili sistematik veri toplanması aşamasını sağlık sistemi içinde “uygun” bir şekilde entegre etme konusunda en yetkin kişilerdir. Bazı daha profesyonel yaklaşım gerektiren durumlarda ise klinisyenler ve halk sağlığı çalışanları şiddet ve şiddetin önlenmesi konusunda belirleyici bir role sahiptirler. Toplanmış olan verilerin politika yapıcılara zamanında ve yöntemine uygun bir biçimde ulaştırılabilmesi şiddetin azaltılması için kanıta dayalı politikaların geliştirilmesine katkı sağlar.

C. Öneriler

Ulusal tabip birlikleri şiddetle mücadele edebilmek için aşağıdaki sistematik yaklaşımlar konusunda güçlendirilmelidirler:

7. Savunuculuk. Şiddet küresel bir sağlık sorunudur ve şiddete uğrayanlar çoğunlukla toplumdaki en yoksul, en güçsüz ve en örselenebilir gruplardır. Tıp alanındaki profesyoneller şiddetin ve yarattığı sağlık sorunlarının önlenmesi konusunda etkili stratejiler oluşturulması için yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde savunuculuk yapmalıdırlar. Dahası, bu grup kişisel, toplumsal ve siyasi sorunların çözümünü için şiddet içeren davranışları açığa çıkarmalıdırlar.

8. Veri toplama. Sağlık profesyonelleri şiddetle ilgili rutin veri toplanmasında ve bu verilerin halk sağlığı politikalarına yönlendirmesinde belirleyici bir role sahip olmalıdırlar. Araştırmalar şiddete uğrayanların büyük bir çoğunluğunun olay cina-yet olmadığı için (aile içi şiddet gibi kayıtlara girmeyen olgular olduğundan) ya da bu verilerin kayıtlara geçmemiş olmasından dolayı polis istatistiklerinde yer almadığını ortaya koymaktadır.

9. Tıp eğitimi. Tıp disiplini mezuniyet öncesi eğitim programına şiddet ve yaralanma konularını entegre etmelidir.

10. Önleme. Şiddete uğrayanlara ve ailelerine daha güvenli ve şiddetten uzak bir çevrenin yaratılmasını önceleyen ortamlarda danışmanlık yapabilmek için tıp disiplini klinikte karşılaşılan fırsatları kullanmalıdır.

11. Şiddete uğrayanlara yönelik danışmanlık. Hekimler, şiddete uğrayan ancak hekime ulaşma yolunu bilemeyen kişilerin saptanması konusunda ya da yaralanmaya bağlı olarak yaşanan fiziksel, psiko-sosyal etkiler, gelişen engellilik durumları ile baş edebilme yolları ile ilgili olarak kişilere sunulacak danışmanlık hizmetlerinin etkili ve nitelikli olması konusunda önemli bir role sahiptirler.

12. Araştırma. Şiddet olgularının saptanması sorunu vardır. Şiddetin önlenmesi konusunda nedenlerinin ve farklı önleme stratejilerinin etkilerinin daha iyi anlaşılması için iyi bir dokümantasyona gereksinim vardır.

13. Topluma örnek olma. Tıp disiplini diğer şiddet türü olan işkence ya da hapisanelerdeki kişilere şiddet uygulama sürecine katılmayarak ya da bu durumları tolere etmeyerek toplumda oluşacak sosyal normlara katkıda bulunmalıdır.

14. Politika oluşturma. Birçok ülke şiddetin önlenmesi konusunda kapsamlı plan ve politikaya sahip değildir. Tıp disiplini bu tür politikaların geliştirilmesini desteklemeli ve bazı durumlarda da bu konuda liderlik etmelidir.

17.9. 2003.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN BİYOLOJİK SİLAHLAR KONUSUNDA WASHINGTON BİLDİRGESİ

Belge: 17400

Bu bildirge Eylül 2001'de sunulmuş, DTB Genel Kurulu tarafından Washington'da 2002 yılında kabul edilmiş ve Mayıs 2003'de değiştirilmiştir.

Giriş

1. DTB, uluslararası yıkıcı salgınlara yol açabilecek ve giderek büyüyen bir biyolojik silah tehlikesi olduğunu kabul etmektedir. Bütün ülkeler olası risk altındadır. Çiçek, veba, şarbon ya da diğer hastalıklara neden olan organizmaların yayılması, yol açabilecekleri hastalık ve ölümler ve bu tür hastalıkların yayılmasıyla ortaya çıkacak panik nedeniyle yıkıcı sonuçlara yol açmaktadır. Aynı zamanda, organizmaların genetik olarak değiştirilme yöntemleri basitleştikçe ve biyoteknoloji geliştikçe yeni mikrobiyal etkenlerin üretimi de olası hale gelmektedir. Bu gelişmeler, tıp üyeleri ve halk sağlığı uzmanları için ayrıca önem taşımaktadır çünkü salgın hastalıkların yol açtığı sorunlar ve biyolojik silahların etkilerine uğrayanlarla ilgili en çok sorumluluk taşıyacak ve uğraşacak grubu oluşturmaktadırlar. Dolayısıyla DTB, tıp örgütleri ve sağlıklı uğraşan herkesin, toplumu ve karar vericileri biyolojik silahların etkileri konusunda eğitime ve bilgilendirmede liderlik yapması gerektiğine ve bu tür silahların kullanılması ya da bu konuda araştırma yapılmasının etik ve ahlaki olarak kabul edilemez olduğu konusunda evrensel destek sağlanmasında özel bir sorumluluğu olduğuna inanmaktadır.

2. Kimyasal, nükleer ya da konvansiyonel silahların tersine, biyolojik silah saldırılarının sonuçları sinsice/gizli ilerlemektedir. Etkileri, biyolojik ajanın ikincil ya da üçüncül bulaşı nedeniyle ilk salgından haftalar ya da aylar sonra da sürebilir. Böyle bir biyolojik saldırının sonuçları, eğer enfeksiyon zaten bulaşıcı özellikte ise, kimyasal hatta nükleer bir olayın sonuçlarından daha kötü olabilir. Ulaşımın kolaylaşması, küreselleşmenin artması nedeniyle Dünya'nın herhangi bir yerindeki bir salgın bütün ülkeler için tehdit oluşturabilir.

3. Kısa sürede oluşan birçok ciddi, akut hastalık hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinin kapasitelerini zorlayacaktır. Dünya'daki sağlık hizmetleri, HIV/AIDS ve antimikrobiyallere dirençli organizmaların, savaşlar, mülteciler ve kalabalık, sağlıksız koşullar, yaşlanan nüfusun artmakta olan gereksinimleri nedeniyle oluşan sorunlarla başa çıkmakta zorlanmaktadır. Kısa bir sürede çok fazla sayıda hasta insanın yaratacağı sorunlarla başa çıkmak, bu sağlık sistemlerinin kapasitesini çok daha fazla zorlayacaktır.

4. Kaynağı ne olursa olsun olası risk taşıyan ciddi salgınların zararlı sonuçlarının ve biyolojik silahların yaratacağı risklerin yok edilmesi için eyleme geçilmelidir. Biyolojik silahların geliştirilmesi, üretimi ve kullanımına karşı çıkan evrensel bir ortak görüş/konsensus oluşturulması için uluslararası işbirliği yapılmalıdır. Bütün ülkelerde salgın hastalıklara yanıt verebilecek ve erken tanısı ve tanımlanmasını

sağlayacak sürveyans programlarına, toplum liderleri, toplum ve konu uzmanlarının sağlık eğitimi ve bilgilendirilmesine, hastalıklardan korunma, erken tanı ve tedavisi konusunda gelişmeler sağlayacak araştırmaların yapılması için işbirliği programlarına gereksinim vardır.

5. Biyokimya, biyoteknoloji ve yaşam bilimlerindeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, yeni patojen ve hastalıkların oluşması ve biyolojik silahların basit üretim teknikleriyle üretilmesini kolaylaştırmıştır. Kullanılan teknoloji göreceli olarak ucuzdur çünkü aşı üretimi yapan kuruluşlar gibi biyolojik kuruluşlarda kullanılan ve kolay elde edilebilen üretim teknolojisi kullanılmaktadır. Biyolojik silahları üretme ve etkili bir biçimde dağıtma kapasitesi tüm Dünya'da yaygın olarak bulunmaktadır, hükümetleri ve Dünya'daki tüm insanları tehdit etmektedir. Silahlarla ilgili kontrol önlemleri biyolojik silah tehditini tamamen ortadan kaldıramamaktadır. Dolayısıyla bu silahların geliştirilmesi ve kullanılmasını reddeden ve küresel olarak kabul gören ortak bir dünya görüşüne gereksinim vardır.

Halk Sağlığı ve Sürveyans Sistemlerinin Güçlendirilmesi

6. Salgınlarla başa çıkmada en kritik nokta, güçlü bir halk sağlığı altyapısının bulunmasıdır. Halk sağlığı hizmetlerine yatırım yapılması, nadir ya da alışılmamış hastalık salgınlarının düzenli olarak izlenmesi ve tanınmasını kolaylaştıracaktır. Bütün bu salgın tehditlerine yanıtın oluşturulması, bunların tanınması ve araştırılması için temel halk sağlığı işlevlerinin (hastalık sürveyansı, laboratuvar hizmetlerinin desteklenmesi) yerine getirilmesi gerekmektedir. Daha etkili küresel bir sürveyans programıyla doğal yolla oluşan enfeksiyon hastalıkları, yeni ve yeniden gündeme gelen hastalıkların erken tanısı ve tanımlanması kolaylaşacaktır.

7. Özellikle klinisyenlerin, olağan dışı enfeksiyon olguları ve kümeleşmeleri konusunda uyanık olmaları, tanıda enfeksiyon hastalıkları uzmanlarından destek almaları, olguları halk sağlığı uzmanlarına bildirmeleri son derece önemlidir. Hekimler yalnızca bir ya da birkaç olgu görmekte ve bazen başlamış olan bir salgını fark edememektedirler. Bu nedenle temel sağlık hizmeti veren hekimlerin halk sağlığı yetkilileri ile işbirliği yapmaları çok önemlidir.

8. Halk sağlığı yetkilileri, bir salgınla başa çıkmaya çalışırken, acil yönetim birimleri, kanun yapıcılar, sağlık kurumları ve toplum hizmeti veren birçok kurumun işbirliğine gereksinim duymaktadırlar. Bu farklı grupların birlikte etkili bir şekilde çalışabilmesi için, gelişmiş bir planlamaya gereksinim vardır. Sürveyans programlarına ek olarak, kullanılabilir ajanlar hakkında sağlık görevlilerinin, halk sağlıkçıların ve temel sağlık hizmeti veren personelin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca biyolojik ajanların hızlı tanısı için laboratuvar kapasitesinin güçlendirilmesi ve salgını kontrol etmek için ilaç, aşı, tıbbi hizmetleri ve hastane hizmetlerini sağlamak da gerekmektedir.

Tıbbi Hazırlık ve Yanıt Kapasitesinin Güçlendirilmesi

9. Biyolojik silah kullanımının ilk göstergesi, hekimlerin özellikle acil servis hekimlerinin hastalarla karşılaşmasıdır. Bu nedenle salgınların erken fark edilmesinde hekimin rolü çok önemlidir ve biyolojik silah kaynaklı hastalıkların tanı ve tedavisinde hazırlıklı olmalıdırlar. Kuşkulu hastalıkları en kısa zamanda halk sağlığı yetkililerine bildirmelidirler.

10. Bir salgın sırasında, hekimler büyük bir hasta kitlesi, aşılama, antibiyotik profilaksisi uygulamaları ile karşı karşıya kalacaklardır. Bu sırada hem halkı bilgilendirecek hem de salgını kontrol etmek için hastane ve toplum çalışmaları içinde

olacaklardır. Dolayısıyla hekimler, yerel ve ulusal yetkililerle birlikte tıbbi hazırlık ve yanıt planlarının hazırlanması ve geliştirilmesi çalışmalarına da katılmalıdır.

Biyolojik Silah Araştırmaları ve Tıp Etiği

11. Mikrobiyoloji, moleküler biyoloji ve genetik mühendisliğindeki hızlı gelişmeler, biyomedikal araştırma alanında olağanüstü fırsatlar yaratmışlardır ve insan sağlığının geliştirilmesi ve yaşam niteliğinin artırılmasında büyük umut vaat etmektedirler. Yakın gelecekte daha iyi ve hızlı tanı araçları, yeni aşılar ve ilaçlar geliştirileceği bilinmektedir. Aynı zamanda araştırmaların kötüye kullanılmasının, yeni ve tehlikeli biyolojik silahların yapımına ve yeni enfeksiyon ajanlarının yayılmasına neden olacağı endişesi de bulunmaktadır. Biyomedikal araştırmalarla bu çalışmaların ayırt edilmesi zor olabilmektedir.

12. Biyomedikal araştırmalara katılan herkesin, bulgularının kötüye kullanılma olasılığını göz önünde bulundurma konusunda ahlaki ve etik zorunluluğu vardır. Mikroorganizmaların genetik modifikasyonu, kasıtlı ya da kasıtsız olarak daha virulan, antibiyotiklere daha dirençli ya da çevrede daha kalıcı organizmalar yaratılmasına neden olabilir. Ayrıca bu organizmalar immünogenetik özelliklerini değiştirerek doğal ya da kazanılmış immünitenin bozulmasına yol açabilir. Genetik mühendislik ve gen tedavisi alanındaki gelişmeler, hedef nüfusun immün sistem yanıtının değişmesine neden olabilir. Bu değişim, bu kişilerin normal konak genlerinin işlevini bozacak ya da patojenlere duyarlılığı arttıracak ya da azaltacak yönde olabilir.

13. Biyolojik silah geliştirme amacıyla yapılan çalışmalar engellenmelidir. Biyolojik silah geliştirme ve kullanımına yönelik çalışmaların ve olası zararlı amaçlar için kullanılan biyoteknoloji ve bilgi teknolojilerinin kınanmasında, hekimlerin de, bilim adamları ve yardımseverler kadar sosyal sorumluluğu bulunmaktadır.

14. Hekimlerin ve tıp derneklerinin, biyolojik silahların küresel olarak yasaklanması, bunların kullanımlarıyla ilgili etik ve yasal olmayan çalışmaların engellenmesi ve bu silahların kullanımı sonucu oluşan zararın azaltılması konusunda sosyal rolleri vardır.

Öneriler

15. DTB ve Dünya'daki bütün ulusal tabip birlikleri, profilaktik, koruyucu ve barışçıl kullanılma amacı taşımayan bütün toksinler ve biyolojik ajanların geliştirilmesi, üretilmesi ve kullanımını önleyecek uluslararası çabalarda aktif rol alacaklardır.

16. DTB, Dünya'daki bütün ulusal tabip birlikleri ve sağlık çalışanları, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve diğer kuruluşlarla birlikte, biyolojik silah tehdidini izleme, denetleme, önleme eylemlerini belirleme ve tüm Dünya'da görülen enfeksiyon hastalıklarını izlemek için sistemli bir plan geliştirme amacıyla kurulacak uluslararası tıp ve halk sağlığı liderleri konsorsiyumu oluşturma çabalarını arttıracaktır. Bu planda,

- a) Dünya'daki tüm salgınların sürveyansı ve kontrolü çalışmalarının geliştirilmesi için uluslararası izleme ve bildirme sistemi oluşturulması,
- b) Birleşmiş Milletler Biyolojik Silahlar ve Toksin Konvansiyonu doğrultusunda, etkili bir doğrulama protokolünün geliştirilmesi,
- c) Hekimleri ve halk sağlığı çalışanlarını olası biyolojik silahlar ve yeni enfeksiyon hastalıkları konusunda eğitilmesi,

d) Patolojik ajanların tanısı için laboratuvar kapasitesinin geliştirilmesi,

e) Aşılar ve ilaçlara ulaşılabilirliğin sağlanması,

f) Biyolojik silahların kullanılması ve diğer önemli enfeksiyon hastalıkları riskinin azaltılması için finansal, teknik ve araştırma gereksiniminin karşılanması bulunmaktadır.

17. DTB, hekimleri, açıklanamayan hastalıklar ve ölümler konusunda uyanık olma, hastalık sürveyansı ve kontrolünde bilgili olma ve alışılmamış hastalık, semptom ve olgu kümeleşmelerine yanıt verme kapasitesi geliştirme konusunda zorlayıcı olacaktır.

18. DTB, hekimleri, ulusal tabip birliklerini ve diğer tıp derneklerini, yerel, ulusal ve uluslararası sağlık yetkilileriyle ortak çalışmalar yaparak, doğal ya da biyoterörizm kaynaklı enfeksiyon hastalıkları salgınları için olağandışı duruma hazırlık ve yanıt protokolleri içeren eylem planları hazırlamak ve geliştirmek için destekleyecektir.

19. DTB, tıbbi araştırmalara katılan tarafları, çalışmalarının olası etkileri ve sonuçlarını düşünmek ve bilimsel ilgi alanları ve topluma karşı etik sorumlulukları arasındaki dengeyi sağlamak konusunda zorlayıcı olacaktır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN HAPİSHANE KOŞULLARI/TÜBERKÜLOZ VE DİĞER BULAŞICI HASTALIKLARIN YAYILIMI KONUSUNDA EDİNBURG BİLDİRGESİ

Bu bildirge Ekim 2000'de kabul edilmiştir.

Giriş

- 1.** Mahkumlar insani tedavi ve uygun tıbbi bakım hakkına sahiptirler. Mahkumların tedavilerinde kullanılacak standartlar, Birleşmiş Milletler'in çeşitli kurumları tarafından hazırlanan rehber ve bildirgelerle belirlenmiştir.
- 2.** Hekim ve mahkum arasındaki ilişkideki etik kuralların, hekim ve herhangi bir hasta arasındakinden hiçbir farkı yoktur.
- 3.** Bu kuralların önemini vurgulamak için güçlü halk sağlığı gerekçeleri vardır, yakın zamanda, birçok ülkede mahkumlar arasında tüberküloz oranının arttığını gösteren veriler, yeni cezaevi politikalarını belirlerken halk sağlığı konularının gündeme getirilmesini, varolan ceza ve hapisane sistemlerinde reform için baskıda bulunulmasını gündeme getirmiştir.
- 4.** Hapishaneler enfeksiyon için uygun ortamlardır. Fazlasıyla kalabalık ortam, uzun mahkumiyet süresi, kapalı, kötü ışıklandırılmış, iyi ısınmayan ve dolayısıyla kötü havalandırılmış, nemli alanlar cezaevlerinde sık karşılaşılan durumlardır ve hastalıkların yayılmasına neden olur. Bu etkenler, kötü hijyen, yetersiz beslenme ve sağlık hizmetine ulaşımın sınırlı olmasıyla birleştiğinde, cezaevleri, önemli bir halk sağlığı tehdidi oluştururlar. Mahkumları; tıbbi risklere maruz bırakan ortamlarda tutmak, insani bir sorundur. Enfekte bir mahkum, diğer mahkum yanı sıra cezaevi personeli, akrabaları, ziyaretçiler ve tahliye olduğunda tüm toplum için enfeksiyon riski taşır. Enfeksiyonun yayılımını engellemenin en etkin yolu cezaevi ortamını iyileştirmek, aşırı kalabalığa çözüm bulmaktır.
- 5.** Cezaevinde kalanlarda aktif tüberkülozda artış ve dirençli ve özellikle pek çok ilaca dirençli tüberküloz formlarının gelişmesi (DTB'nin Tüberküloz'un Tedavisi konulu Bildirgesi'nde de yer aldığı gibi), Dünya'nın bazı bölgelerinde cezaevlerinde hızla artan insidans ve prevalansla kendini göstermektedir.
- 6.** Hepatit C ve HIV hastalığı gibi durumlar kişiden kişiye solunum yoluyla geçmediğinden tüberküloz gibi yüksek risk taşımamakta ancak kan yoluyla ya da insan vücut sıvılarının bulaşması yoluyla geçmektedir. Aşırı kalabalıklar cinsel yolla bulaşan hastalıkları, IV ilaç kullanımını, HIV, Hepatit B ve C'nin yayılımını da arttırmaktadır. Bu konulara ayrıca yer verilmelidir, ancak aşağıdaki ilkeler bu tür enfeksiyonların da yayılımını engelleyebilir.

Gereksinim Duyulan Eylemler

7. DTB hem insani hem de halk sağlığı gerekçeleriyle aşağıdaki konulara özel önem verilmesinin çok gerekli olduğunu belirtmektedir:

1. Enfeksiyon durumlarına bakmaksızın ve Birleşmiş Milletler'in cezaevleri altyapısı ile ilgili değişik tutumları doğrultusunda mahkumların haklarını korumak. Mahkumlar, DTB Lizbon Bildirgesi'nde yer alan tüm hasta haklarından herkes gibi yararlanmalıdır.

2. Mahkum ve tutukluların, gözaltı dönemi, tutukluluk dönemi, mahkumiyet döneminde içinde bulunduruldukları ortamın, hastalık oluşumu, artması ya da bulaşına neden olması engellenmelidir. Bu durum, cezaevleri bu amaç için kullanılsa da, iltica işlemleri için bekleyenler için de geçerlidir.

3. Mahkum/tutukluların izole edilmeleri, enfeksiyon durumları için uygun işlem yapılmadan ve sağlık hizmetine ulaşmadan tek başlarına bir yerde tutulmaları engellenmelidir.

4. Başka bir cezaevine nakilde, bakımın sürekliliği açısından mahkum ve tutuklunun durumu ilk 12 saat içinde değerlendirilmelidir.

5. Cezaevinden çıktıklarında, özellikle bir bulaşıcı hastalığı olan kişilerin tedavilerinin sürdürülmesi sağlanmalıdır. Çünkü tedavinin yarım bırakılması bireye ve topluma zarar verir, bu nedenle de mahkum sağlığında en önemli etkenlerden birisi tedavide sürekliliğin sağlanmasıdır.

6. Halk sağlığı yöntemlerinin etkinliği ve gerekliliği açısından, bazen en ender olgularda toplum için çok ciddi risk oluşturan olguların zorunlu tutukluluğu gerekebilir. Bunun çok ender uygulanması, böylesine bir engellemenin dikkatli biçimde izlenmesi ve diğer etkin bir alternatifinin olmadığından emin olunması gerekir. Böyle bir durumda; tutukluluk durumunun çok kısa sürmesi ve engellerin en aza indirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın yakınma başvurusunun önü açık olmalı ve bağımsız bir değerlendirme, periyodik gözden geçirme sistemi oluşturulmalıdır. Her koşulda, bu duruma alternatif yöntemler uygulanmalıdır.

7. Bu model; karşılıklı enfeksiyon bulaşını engellemek ve cezaevi ortamında enfekte mahkumu tedavi etmek için tüm aşamalarıyla kullanılmalıdır.

8. Cezaevlerinde çalışan hekimlerin, mahkumlara verilen sağlık hizmetindeki eksiklikleri ve oluşan yüksek epidemiyolojik riskleri ülkelerinin sağlık otoritelerine ve kendi meslek örgütlerine rapor etme sorumlulukları vardır. Tabip birlikleri bu hekimleri herhangi bir olası olumsuz tepki karşısında korumak durumundadırlar.

9. DTB, üye ulusal tabip birliklerini, ulusal ve yerel yönetimleri; cezaevlerindeki sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme konularında uygun tutum almaları, güvenli ve sağlıklı bir cezaevi ortamını sağlamaları konusunda ikna etmeye çalışmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ORGAN BAĞIŞI VE NAKLİ ÜZERİNE RAPORU

*Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000, 52. Genel Kurul tarafından benimsenmiş ve
Pilanesberg, Güney Afrika, Ekim 2006 DTB Genel Kurulu tarafından gözden
geçirilmiştir.*

Giriş

1. Tıbbi bilimlerde özellikle de cerrahi teknikler, doku tiplemesi ve immünoşüpresif ilaçlardaki gelişmeler, başarılı organ nakli sıklığında önemli bir artış sağlamıştır. Bu gelişmelerin ışığında, organ bağışı ve naklini ilgilendiren etik sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin prensipler üzerinde yeni bir fikre gereksinim vardır. Bu nedenle, DTB organ naklini ilgilendiren sorunlar ve prensiplerin eleştirisini üstlenmiş ve tıbbi kurumlara, bu sorunlar üzerine politika ve protokoller geliştirenlere olduğu gibi hekimlere ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına yol göstermek için bu politikayı geliştirmiştir.
2. Bu politika genel ve tıbbi etiğin prensiplerini temel alır. Etik açısından değerlerin ve prensiplerin çakışması kaçınılmazdır; örneğin, bir yanda önemli tıbbi girişim amacıyla organ sağlama isteği ile diğer bir tarafta tercihin korunması ve kişisel özgürlük arasında bir gerilim bulunmaktadır. Açıklık kazanmasına yardımcı olabilecekleri ve belirli bir ifadenin arkasındaki nedeni belirginleştirebilecekleri bu politika genelinde, uygulanabilir prensiplerden söz edilmektedir.

Hekimlerin Mesleki Sorumlulukları

Hekimlerin birincil sorumlulukları, olası donör ya da nakledilen organların alıcıları olsa da olmasa da bireysel hastalarına karşıdır. Bu sorumlulukla bağlantılı olarak hekimlerin, hastanın aile üyelerine ve yakın arkadaşlarına karşı da, örneğin ölmüş olanın yakınları ya da arkadaşlarından organ alınması üzerine görüşlerini almak ve uymak için, sorumlulukları olabilir. Hastaya karşı olan sorumluluk, aile üleriyle olan ilişkilerde ortaya çıkabilecek bütün sorumluluklar üzerinde önceliğe sahiptir. Buna karşın, bu sorumluluk sınırsız değildir; örneğin, organ nakline gereksinimi olan hastanın iyi olması için hekimin sorumluluğu, organların etik olmayan ve yasa dışı bir biçimde sağlanılmasını haklı göstermemektedir.

3. Hekimlerin topluma karşı, kaynakların adil kullanımını, zararın önlenmesini, herkes için sağlık yararlarının geliştirilmesini kapsayan sorumlulukları bulunmaktadır; bu organ bağışına özendirmeyi de içerebilir.
4. Organ nakli cerrahları, nakil ettikleri organların bu politikanın koşullarına uygun olarak sağlandığından emin olmaya çalışmalıdır, yasal ve etik koşullarda temin edilmediğini bildiği ya da bundan kuşkulandığı organların naklinden kaçınmalıdır.

Organ Sağlanması: Sosyal Yönler

6. DTB, üyelerini bütün taraflarla işbirliği ve danışma ile organ sağlanımını ilgilendiren kapsamlı ve eş güdümlü ulusal stratejilerin geliştirilmesini desteklemeye özendirmektedir. Strateji geliştirmede, insan haklarına, etik prensiplere ve tıbbi etiğe gereken önem verilmelidir. Böyle bir stratejiyle bağlantılı olarak ve genel olarak organ bağıışı ve nakli konularında ortaya çıkan etik, kültürel ve toplumsal sorunlar, halkla ikili görüşmelerin ve güvenilir kanıtların yer aldığı şeffaf bir süreçte çözümlenmelidir.
7. Bazı organ nakli biçimleri ve önemli sağlık hizmeti servisleri kabul edilmiştir. Organ yokluğu gerekli tedavinin koşullarına bir engel oluşturursa, tıbbi uzmanlık gerekli tedavi için organ sağlanmasına ilişkin toplumsal değerlerle uyumlu politikalar ve protokollerin geliştirilmesi için sorumluluğa sahiptir.
8. Bireylerin organ bağıışı seçeneğinden ve organ bağıışı yapıp yapmayacaklarına karar verme şanslarının olduğundan haberdar olmaları önemlidir (örneğin, kolaylaştırılmış seçim). Bilinç ve seçim, medya bilincini ve halk kampanyalarını kapsayan çeşitli araçların ve tarafların eşgüdümlü olarak çok boyutlu yaklaşımlarıyla kolaylaştırılmalıdır. Hekimler hastalarına, ideal olarak hastalarıyla sürmekte olan bir ilişki bağlamında ve seçime aciliyet veren herhangi bir krizin öncesinde, organ bağıışı konusunda seçim yapma fırsatı sunmalıdır.
9. DTB bilgilendirilmiş donör seçimini desteklemektedir. “Varsayılan Onam” politikasını benimsemiş ya da bu politika üzerinde düşünmekte olan ülkelerdeki ulusal tabip birlikleri, tersi bir kanıt ya da “zorunlu seçim” olmadıkça “izin verilmiştir” varsayımının bulunması, bütün kişilerin organ bağıışında bulunmak isteyip istemediklerini bildirmelerinin gerekmesi sayesinde, bu politikaların, hastanın organ bağıışında bulunmayı reddetme hakkını da kapsayan, bilgilendirilmiş donör seçimini azaltmayacağını garanti etmek için ellerinden geleni yapmaları gerekmektedir.
10. Organlarını bağıışlamayı ya da bağıışlamamayı seçmiş ülke vatandaşlarının bir listesini oluşturmak ve sürdürmek için ulusal donör kayıtlarının tutulmasına önem verilmelidir. Bu tarz bütün kayıtlar, kişisel gizliliği ve kayıt dışındaki amaçlar için kişinin sağlık bilgilerinin toplanması, kullanımı, ifşası ve bu bilgilere ulaşılmasını kontrol yetisini korumalıdır. Kararın yeterli bir biçimde ilan edildiğini ve kaydı yapılmış kişilerin ceza almadan kayıt listesinden geri çekilebileceklerini sağlamak için kanun hükümleri uygulamaya konulmalıdır.

Kurumsal ve Bireysel Düzeylerde Organ Sağlanması

11. Organ bağıışı bölgesel politikalar ve protokoller tarafından artırılabilir. DTB'nin, organ temininin ortaya çıktığı tedarik programları, hastaneler ve diğer kurumlara yaptığı önerilere göre, bu kurumlar:
 - a. Bu politikadaki söylem ile uyumlu olarak organ sağlanımını özendiren politikalar ve protokoller geliştirmelidir. Bu tarz politikalar, hekimin mesleki sorumluluklarına, özgür ve bilgilendirilmiş karar vermeyi, gizliliği ve gerekli sağlık hizmetine adaletli bir biçimde erişimi kapsayan toplumsal değerlere uygun olmalıdır.
 - b. Bu politikaları, organ nakli koordinatörlerine, hekimlere ve kurumdaki diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına bildirmelidir.
 - c. Politikaların ve protokollerin doğru bir biçimde uygulanmasını desteklemek için elverişli kaynakların kullanılabilir olmasını sağlamalıdır.

Ölüm Sonrası Organ Bağışı

Hekimler, organ bağışına ilişkin bu tartışmaları kapsayan karşılıklı etkileşimlerin etik prensipler ve hastalarına karşı sorumluluklarıyla uyumlu ve duyarlı olmalarını sağlama yükümlülüğüne sahiptir. Ölmek üzere olan hastaların yataklarının başucundaki koşullar bağımsız ve bilgilendirilmiş karar verme süreci için uygun olmadığından bu özellikle böyle belirlenmiştir. Protokoller, hastaya aile üyelerinin, organların bağışı konusunda diğer belirlenmiş karar vericilerin ya da hastayla görüşen herkesin bu tarz görüşmelerde yer almak için yeterli bilgi, beceri ve duyarlılığın birleşimine sahip olması gerektiğini açıkça belirtmelidir. Tıp öğrencileri ve çalışmakta olan hekimler bu görev için gerekli eğitimi almalıdır ve uygun yetkililer bu eğitimi güvence altına almak için gerekli kaynakları sağlamalıdır. Hasta ya da aile ile organ bağışı konusunda görüşen kişinin organ nakli ekibinden birisi olmaması zorunludur.

Organ Bağışı Hakkında Özgür ve Bilgilendirilmiş Karar Verme Süreci

13. DTB olası donörün isteklerinin oldukça önemli olduğunu göz ardı etmemektedir. Olası donörün, organ bağışı hakkındaki isteklerinin bilinmediği ve organ bağışı hakkında açık bir biçimde isteğini belirtmeden öldüğü durumlarda, aile ve belirli diğer bir kişi hastayı temsilen karar verebilir ve daha önceden tersini belirten istekler olmadığı sürece organ bağışı için izin verme ya da bağışı reddetme yetkisine sahip olabilir.
14. Organ sağlanmasının başlayabilmesi için önce, olası donörün ya da yasal olarak ilgili olduğunda, uygun temsili karar verici kişinin özgür ve bilgilendirilmiş kararının doğruluğunun kesinleştirilmesi gerekir. Varsayılan iznin yasal norm olduğu ülkelerde, organ sağlama süreci, olası donörün organ bağışından vazgeçip vazgeçmediğinden emin olmak için makul adımları içermelidir.
15. Nakil için organ sağlanmasındaki başarı, özgür ve bilgilendirilmiş karar alma sürecinin başarısını ölçmekte bir ölçüt olarak yorumlanmamalıdır. Bu sürecin başarısı, sonucun organ bağışını kabul etme kararı olup olmamasına değil, seçimin yeterince bilgilendirilmiş ve özgür olup olmamasına bağlıdır.
16. Özgür ve bilgilendirilmiş karar alma, bilginin paylaşımı ve kavranışını içeren ancak tehditin ve zorlamanın yer almadığı bir süreçtir. Çünkü hükümlüler ve gözaltında bulunan diğer kişiler özgürce karar verebilecek bir durumda değildir ve zorlamaya maruz kalabilirler, organları o anki aile üyeleri dışında nakil için kullanılmamalıdır.
17. Organ bağışında bulunma kararının gerektiği gibi bilgilendirilmiş olması için, olası donörler ve vekillere eğer isterlerse yararlı ve ilgili bilgi sunulmalıdır. Normal olarak bu, şu konularla ilgili bilgileri içerecektir:
 - a. Yaşayan donörler durumunda, organ naklinin yararları ve riskleri,
 - b. Ölen donörler durumunda, vefatın kararında yer alan prosedürler ve açıklamalar,
 - c. Organ nakli için uygunluklarına karar vermek üzere organlara, olası donörler ve ailelerindeki kuşkuylanılmayan sağlık risklerini ortaya çıkarabilecek testlerin uygulanması,
 - d. Ölen donörler durumunda, ölüme karar verilene ve organ nakli yapılanaya kadar organların işlevlerini korumak için gerekli olabilecek önlemler,
 - e. Ölen donörler durumunda, ölüm açıklandığında bedene ne olacağı,

- f. Hangi organları bağışlamayı kabul ettikleri,
 - g. Aile organ bağışına itiraz ettiğinde aileyi ilgilendiren izlenilecek protokol ve
 - h. Yaşayan donörler durumunda, bağış edilen organ olmadan yaşayanın uygulamaları.
18. Olası donörler, ailelerin bazen organ bağışına itiraz ettikleri konusunda bilgilendirilmelidir; donörler, anlaşmazlığı önlemek için kararlarını aileleriyle görüşmeye özendirilmelidir.
 19. Olası donörler ya da vekillerine, organ bağışı hakkında sorular sorma fırsatı verilmelidir ve sorular duyarlı ve anlaşılır bir şekilde yanıtlanmalıdır.
 20. Hastanın isteklerinin bilindiği ve organ bağışında bulunma kararının zorla, yeterince bilgilendirilmemiş bir biçimde verildiğine ya da değiştiğine inanmak için hiçbir neden olmadığı durumlarda, bu istekler uygulanmalıdır. Bu, yasalarda, politikada ve protokollerde açık bir biçimde belirtilmelidir. Bu koşullar altında, aileler hastanın açıkça belirtilmiş isteklerine saygı göstermeye özendirilmelidir.
 21. Hastanın isteklerinin bilinmediği ya da hastanın istekleri hakkında bir belirsizlik bulunduğu durumlarda, ulusal yasa yürürlüğe girmelidir.
 22. Özgür ve bilgilendirilmiş karar almak için protokoller, organların alıcıları durumunda da izlenilmelidir. Normal olarak bu, şu konularla ilgili bilgileri içerecektir:
 - a. Prosedürün riskleri,
 - b. Olası kısa, orta ve uzun dönemli hayatta kalma, hasta olma durumu ve yaşam kalitesi beklentileri,
 - c. Organ nakline alternatifler ve
 - d. Organların nasıl sağlandığı.
 23. Yaşayan donörler durumunda, organ bağışı kararının zorlama ve tehdit olmadan alındığını garanti altına almak için özel çaba gösterilmelidir. Nakilde organların sağlanması ve alınması için finansal güdüleyiciler zorlayıcı olabilir ve yasaklanmalıdır. Bilgilendirilmiş kararlar almakta yetersiz kişiler, örneğin reşit olmayan kimseler ya da zihinsel olarak ehliyetsiz kişiler, olağanüstü koşullar dışında ve etik komitesinin görüşü ya da yürürlükteki protokoller gereğince olası yaşayan donörler olarak kabul edilmemelidir. Bir çıkar çatışmasını önlemek için, yaşayan donörden bilgilendirilmiş kararı alan hekim, alıcı için organ nakli ekibinin bir parçası olmamalıdır.

Ölüme Karar Verilmesi

24. DTB ölüme karar verilmesini, uzman hekim gruplar tarafından belirlenen geniş ölçüde kabul gören prensiplere uygun olarak ve DTB'nin Ölüme Karar Verilmesi ve Organların Yeniden Kazanımı üzerine, Sidney Bildirisi'nde ana hatlarıyla belirtildiği biçimde yapılması gereken klinik bir mesele olarak değerlendirmektedir.
25. Ölüm tanısı koyulması ve ölümden sonra organ bağışı olanakları hakkında hastaları ve aileleri eğitmek için protokoller ve prosedürler geliştirilmelidir.
26. Bir çıkar çatışmasını önlemek için, olası donörün ölümüne karar veren ve/veya doğrulayan hekim organın alınmasında ya da sonradan gelen organ

nakli süreçlerinde yer almamalı ya da bu organların olası alıcıları bakımından sorumlu olmamalıdır.

Organlara Ulaşımında Adalet

27. DTB, organlara adil ve uygun ulaşımı garanti altına almak için organ bekleyenlerin listelerinin idaresini kapsayan, organ bağışının ve naklinin bütün yönlerini yöneten halkın incelemesine açık politikaların olması gerektiğini düşünür.
28. Bekleyenlerin listelerinin yönetimine ilişkin politikalar verim ve adalet sağlamalıdır. Organların dağıtılmasında değerlendirilmesi gereken ölçüt tıbbi gereksinimin ciddiyetini, bekleyen listelerindeki zamanın uzunluğunu, hastalık çeşidi gibi etkenler tarafından belirlenmiş tıbbi başarı olasılığını, diğer komplikasyonları ve doku uyumunu kapsar. Sosyal statüye, yaşam tarzına ya da davranışa dayalı hiçbir ayırım olmamalıdır.
29. Özel bir alıcının özel bir organ için başvurması dağıtımın adaletli olması üzerindeki olası etkinin değerlendirilmesi için daha fazla çalışma ve etik inceleme yapmayı gerektirir.
30. Organ bağış ve naklinde organlar için yapılacak ödemeler yasaklanmalıdır. Maddi bir özendirme organ bağış kararında vericinin gönüllülüğünü ve elsever tutumunu etkiler. Ayrıca, ödeyebilme gücüne dayalı gerekli tıbbi tedaviye erişim adalet temelleriyle de uyuzmaz. Ticari alışveriş yoluyla elde edildiğinden kuşkulanan organlar nakil için kabul edilmez. Buna ek olarak, para karşılığında organların reklamının yapılması yasaklanmalıdır. Ancak, sağlama, nakil, naklin gerçekleştirilmesi, koruma ve implantasyonda oluşan masrafların makul olarak tazmin edilmesine izin verilebilir.
31. Ticari bir alışveriş yoluyla elde edilen organı nakletmesi istenen hekimler bunu gerçekleştirmeyi reddetmeli ve hastaya böyle bir hareketin neden etik olmadığını açıklamalıdır: çünkü organı veren kişi fedakarlık yerine maddi nedenler için gelecekteki sağlığını tehlikeye atmıştır ve böyle alışverişler nakil için organların tahsis edilmesinde adalet temeline karşıdır.

Deneysel ve Yeni Gelişen Nakil Süreçleri

32. DTB, birçok nakil prosedürünün çok çeşitli tıbbi durumlar için standart bir tıbbi bakım haline gelmiş olmasına karşın, diğerlerinin deneysel ve/veya ahlaki olarak tartışmalı olduğunu ve daha fazla araştırmaya, korumaya, kurula ve kamu müzakeresine gerek duyduğunu düşünür.
33. Deneysel süreçler, etik incelemeleri de kapsayan standart tıbbi süreçlerden daha farklı ve katı protokollere gerek duyar.
34. Başka bir canlı türünden insana yapılan organ nakli, özellikle virüslerin ve diğer patojenlerin farkında olmadan türler arası bulaşması ışığında, özel konuları gündeme getirmiştir. Başka bir canlı türünden insana yapılan organ nakli alanındaki gelişmelerin toplumsal değerlerle uyumlu olmasını sağlamak için, bu alanda acilen geniş bir kamu müzakeresi yapılmalıdır. Bu uygulamaları yönetmek için uluslararası talimatlar geliştirilmelidir.
35. Hücre nükleer değişim teknikleri kullanarak geliştirilen organ nakilleri kabul edilmeden önce bilimsel çalışmaya, kamu müzakeresine ve uygun talimatlara gerek duyar.

14.10.2006

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN ULUSLARARASI HEKİMLİK ETİĞİ

Ekim 1949, Londra, İngiltere 3. DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiş ve Ağustos 1968, Sidney, Avustralya 22. DTB ve Ekim 1983 Venedik, İtalya 35. DTB ve Ekim 2006, Pılanesberg, Güney Afrika, DTB Genel Kurulu tarafından değiştirilmiştir.

Hekimlerin Genel Görevleri

Bir hekim;

1. Her zaman kendi bağımsız profesyonel yargısını uygular ve en yüksek standartlarda profesyonel tavrını sürdürür.
2. Yetkin bir hastanın tedaviyi kabul etme ve reddetme hakkına saygı gösterir.
3. Kişisel çıkarının ya da adil olmayan ayrımcılığın yargısını etkilemesine izin vermez.
4. Kendisini, insan onuruna saygı ve merhamet ile tamamen profesyonel ve ahlaki bağımsızlıkla yetkin tıbbi hizmet sunmaya adanır.
5. Hastalara ve iş arkadaşlarına dürüst davranır ve etik dışı ya da yetkisiz bir biçimde çalışanları ya da yolsuzluk ve aldatmaya karışanları, gerekli yetkililere bildirir.
6. Yalnızca hastaları sevk etmek ya da reçeteye özel ürünler yazmak için herhangi bir maddi çıkar ya da diğer bir özendirme sağlamaz.
7. Hastaların, çalışma arkadaşlarının ve diğer sağlık uzmanlarının haklarına ve tercihlerine saygı gösterir.
8. Halkı eğitmekteki önemli rolünü bilir ancak amatör kanallar yoluyla keşifleri ya da yeni teknikleri ya da tedavileri açıklarken gereken dikkati gösterir.
9. Yalnızca doğruluğundan bizzat emin olduğu şeylere onay verir.
10. Sağlık hizmetleri kaynaklarını, hastalar ve çevresindekilerin en iyi yararlanacağı biçimde kullanmaya gayret eder.
11. Akli ya da fiziksel bir hastalığa yakalanırsa, uygun tedavi ve intizam arar.
12. Yerel ve ulusal mesleki ahlak kurallarına uyar.

Hekimlerin Hastalarına Karşı Görevleri

Bir hekim;

1. Her zaman insan yaşamına saygıyı aklında bulundurur.
2. Sağlık hizmeti sunarken hastanın çıkarına en uygun biçimde davranır.
3. Hastalarına tam bir bağlılık duygusu ile bağlıdır. Muayene ya da tedavinin kendi kapasitesinin üstünde olduğu durumlarda, gerekli beceriye sahip başka bir doktora danışır ya da hastayı sevk eder.

4. Hasta gizliliği kavramına saygı gösterir. Hasta razı olduğunda ya da hasta ya da diğer kimseler için gerçek ve olası bir tehlike bulunuyorsa ve bu tehdit ancak gizliliğin bozulması ile ortadan kaldırılabiliyorsa, özel bilgiyi açıklamak etikdir.
5. Diğerlerinin acil bakım vermeye istekli ve gerekli yetide olduğuna ikna olana kadar insanlık görevi olarak acil servis hizmeti verir.
6. Üçüncü bir kişi için harekete geçtiği durumlarda, hastanın o durumdan tamamen haberdar olduğundan emin olur.
7. Hastası ile cinsel bir ilişkiye ya da başkaca kötü / sömürüye dayanan ilişkiler içine girmez.

Hekimlerin Meslektaşlarına Karşı Görevleri

1. Çalışma arkadaşlarına kendisine davranılmasını istediği gibi davranır.
2. Hastaları etkilemek için meslektaşlarının hasta-doktor ilişkilerine zarar vermez.
3. Tıbbi olarak gerekli olduğunda, aynı hastanın bakımında görev alan meslektaşlarıyla iletişime geçer. Bu iletişim hastanın mahremiyetine saygı göstermeli ve gerekli bilgiyle sınırlı olmalıdır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN TIBBİ ETİK GÜNÜ'NÜN BELİRLENMESİ ÜZERİNE KARARI

Mayıs 2003 tarihinde başlanan çalışmalardan sonra aynı yıl Finlandiya'nın Helsinki kentinde DTB Genel Kurulu tarafından benimsenmiştir.

DTB tıbbi etik alanında özel bir odağa ve işleve sahip olduğu ve bu karar 18 Eylül 1947'de 1. Genel Kurul'da ortaya çıktığı için, ulusal tabip birliklerinin her yıl 18 Eylül tarihini "Tıbbi Etik Günü" olarak kutlamaya özendirilmeleri kararlaştırılmıştır.
2.10.2003.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN CENEVRE BİLDİRGESİ

Cenevre, İsviçre, Eylül 1948 DTB 2. Genel Kurulu'nda benimsenmiş ve Sidney, Avustralya, Ağustos 1968 22. DTB ve Venedik, İtalya, Ekim 1983 35. DTB ve Stockholm, İsveç, Eylül 1994 46. Genel Kurul tarafından değiştirilmiş ve editoryal olarak Divonne-les-Brains, Fransa, Mayıs 2005 ve Divonne-les-Brains, Fransa, Mayıs 2006 173. Yönetim Kurulu Oturumu tarafından gözden geçirilmiştir.

Tıbbi Uzmanlığın Bir Üyesi Olarak Kabul Edildiğim Zaman;

Hayatımı yalnızca insanlık hizmetine adayacağıma AND İÇERİM;

Öğretmenlerime gereken saygıyı ve minnettarlığı GÖSTERECEĞİM;

Mesleğimi, onurlu ve vicdanlı bir şekilde SÜRDÜRECEĞİM;

Benim için en önemli öncelik HASTAMIN SAĞLIĞI olacaktır;

Hasta öldükten sonra bile, bana verilen sırlara SAYGI GÖSTERECEĞİM;

Tıp mesleğinin asil geleneklerini ve onurunu korumak için elimden geleni YAPACAĞIM;

ÇALIŞMA ARKADAŞLARIM benim kardeşlerim olacaktır;

Yaş, hastalık ya da sakatlık, inanç, etnik köken, millet, politik eğilim, ırk, cinsel yönelim, sosyal duruş ya da başka herhangi bir etkenin, görevim ve hastam arası-
na girmesine İZİN VERMEYECEĞİM;

İnsan yaşamı için azami saygıyı SÜRDÜRECEĞİM;

Tıbbi bilgimi, insan haklarını ve bireysel özgürlüklerini ihlal etmek için, tehdit al-
tında bile, KULLANMAYACAĞIM;

Bağımsız bir şekilde, namusum ve şerefim üzerine SÖZ VERİYORUM.

14.10.2006

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIK VERİTABANLARI İLE İLGİLİ ETİK DÜŞÜNCELER BİLDİRGESİ

*Başlama: Ekim 2000/ SMAC / Veritabanları/ Ekim 2002.
2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Washington kentinde DTB Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.*

1. Gizlilik hakkı insanlara bireyler olarak kendileri hakkındaki bilgileri açığa çıkarmayı ve kullanmayı kontrol etmeleri için yetki verir. Bir hastanın kişisel sağlıkla ilgili bilgilerinin gizliliği mahremiyet sorumluluğu olarak hekim tarafından korunmalıdır.
2. Mahremiyet tıbbi uygulamanın merkezindedir ve hasta hekim ilişkisinde güven ve doğruluğun muhafaza edilmesi açısından elzemdir. Gizliliklerine saygı duyulacağını bilmek, hastalara, kendi hekimlerine hassas kişisel bilgilerini paylaşmaları için özgürlük verir.
3. Bu ilkeler DTB'nin kurulduğu 1947'den beri daha önce yayınlanmış olan aşağıdaki bildirilerde yer alır:
 - a) Lizbon Bildirgesi'ne göre hastanın onuruna ve gizlilik hakkına tıbbi bakımın ve eğitimin her aşamasında saygı duyulacaktır.
 - b) Cenevre Bildirgesi'ne göre hekimler hastaları hakkında tüm bildiklerini, hasta öldükten sonra bile tam bir mahremiyet içinde saklamalıdır.
 - c) Helsinki Bildirgesi'ne göre;
 - i. Tıbbi araştırmaya katılanların (katılımcıların) yaşamlarının, sağlıklarının, gizliliklerinin ve onurlarının korunması hekimin sorumluluğundadır.
 - ii. Araştırmada katılımcı ile ilgili gizlilik, bilgilerin mahremiyetine saygı ve araştırma sürecinin katılımcının fiziksel, mental bütünlüğü ve kişiliği üzerindeki etkilerinin en aza indirilmesi için her türlü önlem alınmalıdır.
 - iii. İnsanlar üzerinde yapılan herhangi bir araştırmada, her katılımcı hedefler, yöntemler, ekonomik kaynaklar, olası herhangi bir çıkar çatışması, araştırmacının bağlı olduğu kurum, çalışmanın öngörülen yararları ve olası riskleri hakkında yeterli derecede bilgilendirilmelidir. Katılımcı çalışmaya katılmaktan çekilebileceği ya da katılım onamını geri alabileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Hekim ancak katılımcının yeterli bilgiyi anladığından emin olduktan sonra, tercihan yazılı olarak, özgürce verilmiş aydınlatılmış onam almalıdır.
4. Kişisel sağlıkla ilgili bilgi toplamanın başlıca amacı hastaya bakım sağlamaktır. Artan şekilde, bu bilgi veritabanlarında yer almaktadır. Veritabanında hastanın sağlıkla ilgili bilgileri ya da bu bilgilerin daha özel olanları, örneğin hastalıkla ilgili kayıtları tutabilir.
5. Tıpta ve sağlık bakımı konusundaki gelişme, kalite güvence ve risk yönetimi rehberliğine; bireylerin ve toplumların sağlıkla ilgili bilgilerinin kullanıldığı ret-

rospektif epidemiyolojik çalışmaların da olduğu araştırmalara bağlıdır. Veritabanları sağlıkla ilgili bilgilerin bu gibi ikincil kullanımları açısından değerli kaynaklardır.

6. Bakım; hastaları kendi sağlıkları ile ilgili gereksinim duydukları bilgilerin gizlenmesini engellemeyecek; hastaların örsenebilirliklerinin ve hekimlerine duydukları güvenin kötüye kullanılmadığı biçimde alınmalıdır.
7. *Bu raporun amacına yönelik olarak aşağıdaki tanımlamalar kullanılmaktadır:*
 - a) Kişisel Sağlık Bilgisi: Bireyin kimliğini ortaya koyan fiziksel ve mental sağlığı ile ilgili kayıtlı tüm bilgilerdir;
 - b) Veritabanı ister el ile (manüel) ister elektronik olsun birden fazla bireyden kişisel sağlık bilgisini toplamak, tanımlamak, saklamak, geri almak ve/veya kullanmak için kullanılan bir sistemdir;
 - c) Tanımlanmamış veriler hasta ile bilgi arasındaki bağlantının koptuğu ya da yeniden kurulamadığı zaman oluşan verilerdir;
 - d) Onam bir kişinin eylemin ne içerdiğini ve olası sonuçlarını anlamaya dayanan, bir eylem için gönüllü olarak verdiği izindir. Bazı hükümetlerde, yasa çocukların, kendileri onam verme yeterliliğine sahip olmayan yetişkinlerin ya da ölmüş kişilerin namına, veli ya da vasilerin onamına izin verir.

İlkeler

8. Bu ilkeler, ticari kurumlar tarafından çalıştırılan ya da yönetilenler de içinde olmak üzere, tüm yeni ve var olan sağlık veritabanlarına uygulanır.

Hastalar tarafından bilgiye erişim

9. Hastaların, sağlık veritabanlarında tutulan bilgiler dahil hekimlerin kendileri hakkında hangi bilgilere sahip olduğunu bilme hakkı vardır. Kişiler pek çok ülkede(devlette) örneği olan kendi sağlık kayıtlarının bir örneğini alma hakkına sahiptirler.
10. Hastaların kendi kişisel sağlıkla ilgili bilgilerinin (7.a'da tanımlandığı gibi) silinmesine karar verme hakkı olmalıdır.
11. Ender olarak, sınırlı durumlarda, olasılıkla hasta ya da başka birine ciddi zararlı olacak bir durum ortaya çıkıyorsa, bilgi hasta tarafından tutulabilir. Hekimler, bilginin hasta tarafından saklanması ile ilgili herhangi bir kararın, haklılığını ortaya koyabiliyor olmalıdır.

Mahremiyet

12. Bütün hekimler bireylere yönelik tuttukları kişisel sağlık bilgilerinin mahremiyetinden sorumludurlar. Hekimler aynı zamanda kişisel sağlıkla ilgili bilginin elektronik dahil, depolanması, gönderilmesi ya da alınması sırasındaki güvenlik için uygun düzenlemelerin varlığından emin olmalıdır.
13. Buna ek olarak, tıbbi açıdan kalifiye kişi(ler)in veritabanı ile ilgili olarak izleme, gizlilik ve güvenlik açısından uygun koşulları sağlama gibi sorumlulukları bulunmaktadır.
14. Veritabanının "izleyicileri", veritabanlarındaki kişisel sağlıkla ilgili bilgiye uygunsuz ya da yetkisiz kullanım ya da erişim olmadığından ve verinin güvenilirliğinden emin olmak için yer almalıdır. Veri iletildiği zaman, iletimin güvenli olduğundan emin olmak için düzenlenmeler yapılmalıdır.

15. Denetim sistemleri kişisel sağlıkla ilgili bilgiye kimin, ne zaman eriştiği bilgisinin kaydını tutmalıdır. Hastalar kendileri ile ilgili bilginin denetim kayıtlarını gözden geçirebilmelidirler.

Hastaların onamı

16. Hastalar; eğer sağlıkla ilgili bilgileri bir veritabanında saklanacaksa ve bu bilgilerin çeşitli amaçlar için kullanılma olasılıkları varsa bilgilendirilmelidirler.
17. Hastaların onamı, bir veritabanına eklenmiş bilgileri üçüncü şahıslara açıklamayı gerektiriyor ise ya da 11. maddede tanımlanan istisnai durumlar dışında, hastaların bakımına katılan diğer kişilerden başka kişilerin erişimine izin verilecekse gereklidir.
18. Belli durumlar altında kişisel sağlıkla ilgili bilgi onam alınmadan bir veritabanına eklenebilir. Örneğin bu raporun gerekliliklerine uyan ulusal uygulanabilir yasalara riayet eden durumlarda ya da özel olarak atanmış etik kurul tarafından verilmiş onay durumlarında. Bu istisnai durumlarda hasta, itiraz etme hakkı olmasa bile, bilgilerinin olası kullanımları hakkında bilgilendirilmelidir.
19. Eğer hastalar bilgilerinin başkalarına verilmesine itiraz ederse, örneğin, bu raporun gerekliliklerine uyan ulusal uygulanabilir yasaların gerektirdiği durumlarda ya da ciddi zarar ya da ölüm riskini önleme zorunluluğu durumları gibi istisnai koşullar olmadığı durumda itirazlarına saygı duyulmalıdır.
20. Sağlık veritabanı koruyucuları tarafından yetkilendirme, üçüncü kişiler tarafından erişilebilir veritabanlarında bilgi tutulmadan önce, gereklidir. Yetkilendirme verme işlemleri mahremiyetin kabul edilmiş kurallarına uymalıdır.
21. Özel olarak atanmış etik kurul tarafından verilmiş onay verinin toplandığı zamanda planlanmamış olan yeni araştırmalar dahil, hasta verisi kullanılan tüm araştırmalar için alınmalıdır. Bu gibi durumlarda etik kurul için önemli bir düşünce, “hastalarla onam almak için temas kurulmalı mıdır” ya da “hastadan ek olarak onam almak için hastaya dönmeksizin bilginin yeni amaçla kullanılması kabul edilebilir midir” olacaktır. Kurulun kararları, uygulanabilir ulusal yasa ve bu raporun gereklilikleriyle uyum içinde olmalıdır.
22. Veri erişimi yalnızca yetkinin verildiği amaçlar için kullanılmalıdır.
23. Sağlıkla ilgili bilgiyi toplayan, kullanan, açığa çıkaran ya da erişen kişi bilgiyi gizli tutma göreviyle karşı karşıya olmalıdır.

Tanımlanmamış veri

24. Olası durumlarda ikincil amaçlar için veri de-identified edilmelidir. Eğer bu olanaklı değilse hastaların kimliğinin takma isimler ya da kodlarla korunduğu verinin kullanımı tercihen kolayca tanınabilir veriden olmalıdır.
25. Tanımlanmamış verinin kullanımı genellikle mahremiyetle ilgili sorunlar yaratmaz. Kişilerle ilgili veriler, örneğin bir olgu ya da fotoğraf gibi yaşla bir konuyu içeriyorsa koruma gerektirir.

Verilerin doğruluğu

26. Hekimler uygulanabilir olur olmaz, sağladıkları, tuttıkları bilginin, veritabanlarının tam ve güncel olduklarından emin olmaktan sorumludurlar.
27. Bilgilerini gören ve tam olmadıklarına inanan hastalar, düzeltme isteme ve önerilerini bilgilerine ekleme hakkına sahiptir.

Belgeleme

28. Hangi bilginin tutulduğu ve neden tutulduğunu, hastalardan hangi onamın alındığını, kimin veriye erişebileceğini, neden, nasıl ve ne zaman verinin diğer bilgiyle bağlanabileceğini ve verinin üçüncü kişilerin ulaşabileceği durumları açıklayan belgeleme olmalıdır.
29. Özel bir veritabanı hakkında hastaya verilen bilgi, verinin saklanması ve kullanılması için onamı, veriye erişim haklarını, tam olmayan verinin düzeltilmesi hakkını içermelidir.

Yönetim

30. Soruşturmalar ve yakınmalar için yapılan işlemler uygun olmalıdır.
31. Politikadan, süreçten sorumlu olanlar kişi(ler) ve yakınmada bulunanlar tanı konulabilir olmalıdır.

Politikalar

32. Ulusal tabip birlikleri ilgili sağlık otoriteleri, etik otoriteleri ve kişisel veri otoriteleri ile ulusal ve diğer uygun yönetim düzeylerinde bu belgenin ilkelerine dayanarak sağlıkla ilgili bilgi politikaları formüle etmek amacıyla işbirliği içinde olmalıdır.

06.10.2002

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN SAĞLIKLA İLGİLİ ACİL DURUMLARDA İLETİŞİM VE KOORDİNASYON HAKKINDA RAPORU

Başlangıç Şubat 2004.

Japonya'nın Tokyo kentinde 2004 yılında Dünya Tabipleri Birliği Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

Giriş

1. 2002 sonlarında Çin'in güneyinde yeni ciddi akut solunum sendromu (SARS) salgını başladı. Koronavirüsün neden olduğu SARS, Şubat 2003 sonlarında uluslararası yayılım gösterdi. En ciddi biçimde etkilenen ülkeler, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) küresel uyarılar yayınından önce, hepsi salgına yakalanan Çin, Kanada, Singapur ve Vietnam oldu. DSÖ verilerine göre, yukarıda adı geçen 4 ülke ile beraber 29 ülkede görülen 8422 olgunun 908'i ölümcüldü.
2. SARS tanı ve tedavi için özellikle zor ve yeni bir hastalıktı. Kişiden kişiye kolayca geçti, taşıyıcı (vektör) gerektirmedi, özel coğrafi eğilimi yoktu, pek çok diğer hastalığın belirtilerine benziyordu, en ağır bedelini hastane çalışanları ödedi ve uluslararası düzeyde korku verici bir şekilde ayıldı. SARS'ın uluslararası hava trafiği rotasında yayılımı patojenin sınır tanımadığını ve bu durumun toplum sağlığı ile ilgili küresel stratejilerin güçlendirilmesinin en temel nedenlerden birisi olduğunu göstermektedir.
3. SARS'ın ana salgınları sağlık sistemi iyi gelişmiş bölgelerde görüldü. Eğer SARS sağlık alt yapısı zayıf alanlarda saptansaydı, salgın bu kadar çabuk kontrol edilemezdi. Ancak gelişmiş sağlık bakım sistemlerinde bile, bu salgında bazı çok önemli kusurlar ortaya çıktı:
 - Ön saflarda çalışan hekimler arasında zaman ve iletişim kanallarının etkin kullanılmaması
 - Uygun kaynak, ilaç stoku ve bu tip felaketlerle ilgili donanımın eksikliği,
 - Akut bakım ve toplum sağlık sistemlerindeki kapasite eksikliği.
4. Toplum sağlık otoriteleri (ulusal ve uluslararası) ve klinik tıp arasındaki boşluk bu olay sırasında örneklerle ortaya kondu. Dünya Tabipleri Birliği Eylül 2003'deki Genel Kurul'unda SARS hakkında ilke kararı kabul etti: DSÖ küresel tıbbi toplumun erken, sürekli ve anlamlı düzenleme ve dahil olma amacıyla kendi acil cevap protokolünü geliştirmek için kesinlikle özendirilmelidir..."

Temel İlkeler

5. Uluslararası toplum acil hastalık salgın tehdidine karşı sürekli alarmda ve küresel strateji ile cevap vermeye hazırlıklı olmalıdır. DSÖ'nün Küresel Salgın Uyarısı ve Cevap Ağı (GOARN) küresel sağlık güvenliğinde önemli bir rol oynar:
 - Salgınların yayılımı ile uluslararası mücadele ederek,
 - Etkilenen bölgelere hızla yeterli teknik yardımın ulaşmasını sağlayarak,

- Uzun dönemli salgın hazırlıklarına ve kapasite oluşturmaya katkıda bulunarak. Dünya Tabipleri Birliği uygun olan yerde GOARN'a aktif olarak katılmaktadır. GOARN'ın rolü ancak tıp mesleğinin onaylanması ve aktif olarak özendirilmesi olmalıdır.
6. Devletlersınırları içinde sağlık gereksinimlerini belirleme sorumluluğuna sahiptir. Ancak bugün, sağlık güvenliği ile ilgili pek çok risk ulusal sınırlar tarafından kısıtlanamamaktadır. Etkin ulusal gözetim sistemleriyle, toplum sağlığını tehdit eden hastalıkları erken saptama konusunda DSÖ, taraf ülkeleri ve DTB gibi hükümet dışı ortaklarla uluslararası düzeyde işbirliği, uluslararası sağlık ve acil durumlara etkin cevap için gerekir. Uluslararası sağlık düzenlemelerinin, yeni ve gelecek sağlıkla ilgili acil durumları kapsayacak biçimde genişletilmesi için güçlendirilmesi ve DSÖ'ye, uluslararası sağlık güvenlik tehditlerine karşılık veren taraf ülkelere aktif olarak yardım etmesi için olanak verilmesi, küresel salgın kontrolü için ek olanak sağlayacaktır.
 7. DSÖ ve DTB, DTB ve üye tabip birlikleri, ulusal tabip birlikleri ve hekimler arasındaki etkin iletişim toplumsal sağlıkla ilgili acil durum sırasında DSÖ ve onun üyesi devletler arasındaki bilgi alış verişini güçlendirebilir.
 8. Hekimler genellikle yeni hastalıkların acil durumlarıyla temasta ilk noktadırlar, bu yüzden tanınım, tedavinin, etkilenen hastaların rapor edilmesinin ve hastalığın engellenmesinin tüm unsurlarında yardım etme konumundadırlar. Hekimler anahtar uzmanlıklarıyla sağlıkla ilgili acil durumlarda karar verme sürecini birleştirmelidir ki böylelikle klinik düzenlemeler hakkında ulusal ve uluslararası talimatlar ve hasta bakımı anlaşılsın.
 9. DSÖ ve onun üye devletleri, DTB ve ulusal tabip birlikleri ile, hastaların ve yeni hastalığın salgınları sırasında hastalığı taşıyan sağlık çalışanlarının güvenliğini olası sonuçlar ortaya çıkmadan belirlemek için çalışmalıdır. Tanımlamada ve koruyucu donanım araçlarını sağlık çalışanlarına ve hastalarına dağıtmada gecikmeler bulaşıcı hastalığın yayılım risklerini daha da şiddetlendirir. Konu ile ilgili ve yeterli araçların stoklanması ve etkilenen alanlara süratle gönderilmesini sağlayan ulusal ve uluslararası sistemler oluşturulmalı ya da geliştirilmelidir. Hasta güvenliğini korumak için çalışan bütün ilkelere uyulmalı ve SARS gibi acil durumlarda bu ilkeler izlenmelidir.

Öneriler

10. DTB ve üye ulusal tabip birlikleri DSÖ, ulusal hükümetler ve diğer profesyonel gruplar ile bu raporun unsurlarını ortaklaşa geliştirmek için yakın çalışmalıdır.
11. DTB ısrarla hekimlere önerir a) toplumda açıklanamayan hastalıklar ve ölümler ortaya çıktığında alarmda olun, b) hastalık denetimi ve olağan olmayan hastalık kümelerine, belirtilerine ve ortaya çıkışlarına cevap verme için kontrol kabiliyetleri hakkında bilgili olun ve uygun otoritelere hastalığın kuşkulu olgular hakkında zamanında raporlamada devamlı ve dikkatli olun, c) bulaşıcı patojenlerin kendilerine ve diğerlerine bulaşmasını önlemek için uygun prosedürlerden yararlanın; d) iletişim riskleri ilkelerini anlayın ki hastalarla, aileleriyle ve medya ile bulaşma riskleri ve olası önleme araçları (örneğin aşılardan) gibi konularda açıkça ve tehdit edici olmayan biçimde iletişim kurabilsin; ve e) toplum sağlığının (halk sağlığı), acil tıbbi hizmetlerin, acil durum yönetiminin ve kaza yönetim sistemlerinin sağlıkla ilgili bir kriz anında karşılık vermedeki rolünü ve bireysel sağlık çalışanının bu sistemlerdeki rolünü anlayın.

12. DTB hekimleri, ulusal tıp birliklerini ve diğer tıp topluluklarını yerel, ulusal ve uluslararası sağlık otoritelerine felaket hazırlıklarında geliştirme ve iyileştirme çalışmalarında bulunmak ve ulusal bulaşıcı hastalık salgınları için cevap protokolleri oluşturmak amacıyla katkıda bulunmaları için özendirir. Bu protokoller hekim ve toplum eğitiminde temel olarak kullanılmalıdır.
13. DTB ulusal tabip birliklerini, küresel sağlık güvenlik tehditleriyle savaşmada eşgüdüm varlığını kontrol etmek amacıyla DSÖ'nün GOARN'ını özendirmek ve desteklemek için yardıma çağırır.
14. DTB DSÖ ile stratejik ortaklık anlaşması kurmayı ister, ki böylece salgın durumlarında, sağlık iletişimi önemli ölçüde artabilir ve iyi yönlü bilgi akışı sağlanabilir.
15. DSÖ araçların var olan stoklarının envantere kayıtlı gelişimini düzenlemelidir, ki böylece bu gibi araçlar, etkilenenlerin bakımına katılan hekimler tarafından hızla yerleştirilebilsin ve erişilebilsin.
16. DSÖ, uluslararası sağlık düzenlemelerini, yeni ve gelecek sağlıkla ilgili acil durumlarda raporlamayı da kapsayan biçimde kapsamalarını genişletmek ve DSÖ'nü uluslararası sağlık güvenliği tehditlerine karşılık vermek amacıyla devletlere etkin olarak yardım edebilmesi için güçlendirmelidir.
17. Uluslararası anlaşmalar sorunlar ortaya çıkmadan önce, salgın yönetiminde yer alan sağlık çalışanlarının hareketlerini kolaylaştırmak için araştırılmalıdır.
18. Acil durum hazırlık alanındaki araştırma, ulusal hükümetler ve uygun olduğu yerde ulusal tıp birlikleri tarafından sistemde şu an bulunan çatlakları daha iyi anlamak için ve gelecekte hazırlıkları nasıl geliştirmeliyiz diye geliştirilmelidir.
19. Eğitim ve hekimlerin yetiştirilmesi gerçekler ve acil durum anındaki özel gereksinimler göz önüne alınarak ve akut bulaşıcı hastalıklı hastaları yönetirken hastaların ve sağlık bakım çalışanlarının güvenliği amacıyla özenle ve sebat ederek çalışma sağlamak için modifiye edilmelidir.
20. Dünya'nın her yerindeki hekimler, DSÖ programlarına ve sağlıkla ilgili acil durumlar hakkında bilgiye sınırsız erişime sahiptir.

09.10.2004

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN İNSAN ÜREME MATERYALİNİN TİCARİLEŞTİRİLMEMESİ KARARI

Mayıs, 2003 tarihinde başlayan çalışmalar aynı yıl Finlandiya'nın Helsinki kentinde DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiştir.

DTB;

1. "İnsan vücudu ve bütün parçaları, ekonomik kazanç nedeni olmayacaktır" prensibi sayısız uluslararası deklarasyonda ve öneride belirtilmiştir;
2. Tüp Bebek ve Embriyo Nakli hakkındaki 1987 DTB Bildirisi açıkça ovum, sperm ya da embriyoların satışa sunulmasının ya da fiyatının düşürülmesini önererek ticarileştirilmesini kınar ve İnsan Organ ve Doku Bağıışı ve Nakli hakkındaki 2000 DTB Bildirisi, nakil için organların ve dokuların satışının yasaklanması için çağrıda bulunur;
3. Buna karşın, insan ovumu, spermi ya da embriyoları internet üzerinde ya da başka yerlerde satışa sunulmaktadır;
4. Bu zamana kadar hükümetler böyle ticari alışverişlerin yasaklanmasında başarılı olamamıştır;
5. Bireylerin üreme materyallerini yeniden kazanmalarıyla ilişkili olan ekonomik kayıpları için mali bir tazminat sağlanması bu üreme materyallerinin alımı için yapılan ödemelerden ayrılabilir;

Konuları DİKKATE ALINARAK:

6. Ulusal tabip birliklerinin insan ovumu, spermi ve embriyolarının ticari alışverişlerinin yasaklanmasına yönelik kanun koymaları konusunda hükümetlerini uyarmalarına ve
7. İnsan ovumunun, sperminin ve embriyolarının sağlanmasına ve kullanılmasına karışan doktorların bu materyallerin kaynak kişilerden satın alınmadığını öğrenmelerine

ÇAĞRIDA BULUNUYOR.

Böylelikle, "insan üreme dokularının ticarileştirilmemesi" etik prensibine katkıda bulunabilirler.

17.9.2003

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN YAŞLI İSTİSMARI ÜZERİNE HONG KONG BİLDİRİSİ

Eylül 1989, Hong Kong 41. DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiş ve Mayıs 1990, Kudüs, İsrail 126. Konsey Oturumu'nda ve Mayıs 2005, Divonne-les-Bains, Fransa 170. Konsey Oturumu'nda gözden geçirilmiştir.

Yaşlı bireyler hareket kaslarına ilişkin rahatsızlıklar, fizik ve oryantasyon bozukluğu gibi patolojik sorunlardan sıkıntı çekebilir. Bu sorunların sonucunda, yaşlılara, bağımlı olma durumuna yol açacak günlük aktivitelerinde yardım gerekebilir. Bu da ailelerinin ve toplumun onları bir yük gibi görmelerine ve bakımlarını ve hizmetlerini büyük ölçüde sınırlamalarına ya da reddetmelerine neden olabilir.

Yaşlıların istismarı ya da bakımsızlığı fiziksel, psikolojik, maddi ve/veya maddesel ve medikal birçok yolla belirtilebilir. Yaşlı istismarının tanımındaki çeşitlilik ve doğası, var olan bulgularla, sorunun nedenlerini karşılaştırırken sorunlara neden olmaktadır. Yaşlı istismarının nedenleri ile ilgili; hizmetin sağlanması için başkalarına bağımlılık, aile bağlarından yoksunluk, aile şiddeti, maddi desteğin olmaması, istismar edenin psikopatolojisi, toplum desteğinden yoksunluk ve bakımı üstlenenlerin karamsar davranışlarına katkı sağlayan düşük ücret ve kötü çalışma koşulları gibi kurumsal etkenleri kapsayan birçok ilk hipotez sunulmuştur.

Yaşlı istismarı konusu hem tıbbi hem de sosyal kurumlar tarafından giderek daha çok kabul görmeye başlanmıştır. Yaşlı istismarını ve ihmalini önlemekteki ilk adım, hekimler ve diğer sağlık uzmanları arasındaki bilinç ve bilgi düzeylerini arttırmaktır. Yüksek risk taşıyan kişiler ve aileler belirlendiğinde hekimler hastalarını ilgili toplum ve sosyal hizmet merkezlerine sevk ederek kötü muamelenin önlenmesi konusunda birincil korunma hizmetlerini gerçekleştirebilirler. Hekimler ayrıca yüksek riskli durumlarda doğrudan hastalara ya da ailelere destek ve bilgi sağlayarak da bu sürece katkı sağlayabilirler. Aynı zamanda hekimler, özellikle yeterliği olan hastaların güvenliğini ve gizliliğini korumak için özen ve duyarlılık göstermelidir.

Bu nedenle DTB yaşlıların istismarına ilişkin aşağıdaki genel ilkeleri benimsemiştir.

Genel İlkeler

1. Yaşlılar da ilgi görmek, mutlu olmak ve saygı görmek için diğer insanlarla aynı haklara sahiptir.
2. Hekimler, yaşlı hastaların fiziksel ve psikolojik olarak zarar görmelerini önlemeye yardım etme sorumluluğuna sahiptir.
3. Doğrudan yaşlı bir insana, huzur evine ya da aileye danışılmış olsun ya da olmasın, doktorlar hastanın mümkün olan en iyi bakımı aldığını görmelidir.
4. Eğer hekimler, bu tümcede tanımlandığı gibi yetersiz bakımdan eminse ya da kuşkulanyorsa, durumu huzurevi ya da aileyle olsun, ilgili kişilerle görüşmeli-

dir. Eğer yetersiz bakım doğrulanırsa ya da ölüm kuşkulu görülürse, doktorlar bulguları ilgili yetkililere rapor etmelidir.

5. Her ortamda yaşlıların korunmasını garanti etmek için, bir doktorun özgür kararı hakkında hiçbir kısıtlama olmamalıdır. Ulusal tabip birliği bu tarz özgür bir kararın sosyomedikal sistem içinde korunmasını kesinleştirmek için çaba göstermelidir.

DTB ayrıca yaşlıların tedavisinde görev alan hekimlere aşığıdakileri önermekte ve bütün ulusal tabip birliklerini bu bildiriye, üyelerine ve halka iletmeye özendirilmektedir.

Öneriler

Yaşlıların tedavisinde görev alan hekimler:

- Yaşlı hastaları gerektiğinde sağlık hizmeti istemeleri için özendirmek ve bir doktora giderken rahat ve konforlu olmalarını sağlamak amacıyla, bir güven ortamı kurmak için daha fazla çaba göstermelidir;
- Hata ve / veya ihmalden kaynaklanan yaralanmalar için tıbbi değerlendirme ve tedavi sağlanmalıdır;
- Hastanın gizliliğini mümkün olan en geniş ölçüde korurken, aile ile tedaviye dayalı bir dostluk kurmaya ve sürdürmeye çalışmalıdır (genellikle doktor, hasta ve aile ile uzun dönemli bağlantıyı sürdüren tek uzmandır);
- Bölgesel mevzuat gereğince, bütün yaşlı istismarı ve / veya ihmali kuşkulu durumları rapor etmelidir;
- Mümkün oldukça tıbbi, hizmet, ruh sağlığı ve yasal uzmanlardan oluşan çok disiplinli bir takımdan hizmet alma, yararlanma sağlanmalıdır ve
- Evde verilen hizmetler, tatil bakımı ve yüksek risk altındaki ailelerle stres azaltımı sağlayan destekleyici toplum kaynaklarının geliştirilmesini ve bunlardan yararlanılmasını özendirmelidir.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN EKONOMİK KRİZİN SAĞLIK ÜZERİNE OLASI ETKİLERİYLE İLGİLİ KARARLARI

Ekim 2008 de Seul, Kore Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir.

Var olan global ekonomik kriz, sağlık konusunu da içerecek biçimde ulusal ve uluslararası ekonomileri etkilediği gibi, tek tek kişileri de etkilemiştir. Geleceğin belirsizliğiyle yüzleşen bireyler açısından bu durumun yarattığı psikolojik sonuçlar su yüzüne çıkmaya başlar. Ekonomik darboğazla karşı karşıya kalan devletler buna ulusal harcamaları kısarak yanıt vereceklerdir. Bu da sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda kısıtlanması riskini gündeme getirmektedir. Bu durum bireylerin sağlığı ve onların ulusal ekonomiye katkıları üzerinde ciddi sonuçlar doğuracağını ortaya koymaktadır.

DTB aşağıdaki amaçları gerçekleştirmek üzere ulusal tabip birliklerini hükümetleriyle birlikte çalışmaya özendirir:

- Kriz süresince tıbbi ve psikolojik desteğe gereksinimi olan kişiler ve aileler için programlar oluşturulması,
- Sağlık için ayrılan bütçenin EN AZINDAN korunmasının sağlanması.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ'NİN NÜKLEER SİLAHLAR ÜZERİNE BİLDİRGESİ

*Ottawa Kanada'da, Ekim 1998'de DTB' nin 50. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş,
Ekim 2008 de Seul, Kore'deki Genel Kurul'da düzeltilmiştir.*

DTB'nin Cenevre, Helsinki ve Tokyo Bildirgeleri tıp mesleğinin kendini insanlığa adanma ve hastanın sağlığını koruma konusundaki görev ve sorumluluklarını açıkça belirtmiştir. DTB, nükleer silahların azaltılması için çalışmanın tıbbın bir görevi olduğuna karar vermiştir.

Dolayısıyla DTB,

- Nükleer silahların geliştirilmesi, test edilmesi, üretilmesi, stoklanması gibi etkinlikleri şiddetle kınar;
- Tüm hükümetlere nükleer silah geliştirme, deneme, üretim, stoklama, nükleer silah tehdit ve kullanımlarından çekilmelerini ve nükleer silahların ortadan kaldırılması niyetli çalışmalar yapmalarını önerir;

ulusal tıp birliklerine bu bildirgeye katılmalarını ve kendi hükümetleriyle nükleer silahların ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapmalarını önerir.

BÖLÜM: II

Avrupa Konseyi Dokümanları

AVRUPA KONSEYİ:

- -Avrupa Konseyi (AK); 1949 yılında kurulmuş hükümetler arası bir politik örgüttür.
- -Orta ve Doğu Avrupa'dan 9 ülkeyi de içeren 32 çoğulcu demokrasinin uygulandığı üyesi vardır.
- -Türkiye, 1949 yılında kurucu üyesi olmuştur.
- -Avrupa Birliği ile ilgisi yoktur.
- -Merkezi Fransa'da Strasbourg şehrinde yer almaktadır.

Hedefleri:

- -İnsan haklarını ve çoğulcu demokrasiyi korumak,
- -Bir Avrupa kültürü gelişmesine katkıda bulunmak,
- -Avrupa toplumunun karşı karşıya olduğu azınlıklar, ırk ayrımı, hoşgörüsüzlük, çevre koruma, biyoetik, AIDS, uyuşturucu gibi konularda çözümler üretmek,

Çalışma Yöntemi:

Üç temel kuruluşu vardır:

1-Bakanlar Kurulu: Karar verici örgüttür. 32 üye ülkenin Dışişleri Bakanlarından oluşur. Strasbourg'da toplanır.

2-Parlamento: Tartışma ortamıdır. 234 asil, 234 yedek üyeden oluşur(32 ülke parlamenterleri arasından seçilen)

3-Yerel Kongreler

Genel sekreterlikte 1200 memur çalışır.

Şimdiye dek;

Avrupa İnsan Hakları Şartı(1950)

İşkenceyi Önleme Şartı(1987)

Avrupa Sosyal Şartı(1961)

Avrupa Biyoetik Sözleşmesi(1996)

yayınlanmıştır.

Sağlık alanında; biyoetik, Avrupa Farmakopesi, kan transfüzyonu, cezaevleri gibi konularda çalışmalar yapmaktadır.

Avrupa Sosyal Şartı:

18 Ekim 1961'de imzalanıp 26 Şubat 1965'de yürürlüğe girmiştir.

-Çalışma hakkı

-İyi çalışma koşulları hakkı

- Emniyetli çalışma koşulları hakkı
- İyi ücret hakkı
- Örgütlenme hakkı
- Toplu pazarlık hakkı(grev hakkı da dahil)
- Çocuk ve gençlerin korunma hakkı
- Çalışan kadınların korunma hakkı
- Mesleki yönelme hakkı
- Mesleki eğitim hakkı
- Sağlığın korunması hakkı
- Sosyal güvenlik hakkı
- Tıbbi ve sosyal yardım hakkı
- Özürlülerin iş hakkı
- Anne ve çocukların korunma hakkı

gibi hakları ayırım yapmadan garanti altına alan, Türkiye'nin de imzaladığı bir "Şart"tır.

Biyetik Sözleşmesi:

Türkiye'nin de (Prof. Dr. E. Özsunay ve Prof. Dr. Y. Örs ile) katıldığı tartışmalarla geliştirilmiş ve 1996'da yürürlüğe girmiştir.

AVRUPA SOSYAL ŞARTI

Bu Şart'ı imzalayan Avrupa Konseyi üyesi Hükümetler;

Avrupa Konseyi'nin hedefinin kendilerinin ortak mirası olan ideal ve prensiplerin gerçekleştirilmesi ve korunması gayesiyle üyeleri arasında daha güçlü bir birliğin sağlanması ve özellikle insan hakları ve temel özgürlüklerin gerçekleştirilmesi ve idame ettirilmesi suretiyle sosyal ve ekonomik gelişmenin sağlanması olduğunu gözönüne alarak;

Avrupa Konseyi üyesi devletlerin, 4 Kasım 1950 tarihinde Roma'da imzalanmış olan İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Avrupa Sözleşmesiyle, 20 Mart 1952 tarihinde Paris'te imzalanan ek protokolde halklarına bu belgelerde belirtilen kişisel ve siyasal hak ve özgürlükleri sağlamayı kabul ettiklerini gözönünde bulundurarak;

Hiçbir ırk, renk, cinsiyet, din, siyasal görüş, ulusal soy veya sosyal köken ayrımı gözetmeksizin sosyal haklardan yararlanma hakkının sağlanması gerektiğini gözönüne alarak;

Uygun kuruluş ve faaliyetlerle kent ve kırsal nüfusun yaşam düzeyini geliştirmek ve sosyal refahını yükseltmek için her türlü ortak çabada bulunmaya kararlı olarak;

Aşağıdaki hükümlerde mutabık kalmışlardır.

BÖLÜM: I

Akit Taraflar, ulusal ve uluslararası tüm uygun yolları izleyerek aşağıdaki hak ve ilkelerin etkin biçimde gerçekleştirilebileceği koşullara ulaşmayı politikalarının amacı sayar:

- 1-Herkesin, özgürce edinebildiği bir işle yaşamını sağlama fırsatı olacaktır.
- 2-Tüm çalışanların adil çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.
- 3-Tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır.
- 4-Tüm çalışanların, kendileri ve ailelerine yeterli bir yaşam düzeyi sağlamak için adil bir ücret alma hakkı vardır.
- 5-Tüm çalışanlar ve çalıştıranlar ekonomik ve sosyal çıkarlarını korumak amacıyla ulusal ve uluslararası kuruluşlar düzeyinde örgütlenme özgürlüğüne sahiptir.
- 6-Tüm çalışanlar ve çalıştıranlar toplu pazarlık hakkına sahiptir.
- 7-Çocuklar ve gençler uğrayacakları bedensel ve manevi tehlikelere karşı özel korunma hakkına sahiptir.
- 8-Çalışan kadınlar analık durumunda ve öteki çalışan kadınlar gerektiğinde, çalışırken özel korunma hakkına sahiptir.
- 9-Herkes, kişisel ilgi ve yetenekleri uyarınca bir mesleği seçmesine yardımcı olacak uygun mesleki yönlendirme imkanları hakkına sahiptir.
- 10-Herkes mesleki eğitim için uygun olanaklar hakkına sahiptir.

11-Herkes ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü önlemlerden faydalanma hakkına sahiptir.

12-Tüm çalışanlar ve geçimini temin ettikleri kişiler sosyal güvenlik hakkına sahiptir.

13-Yeterli kaynaklardan yoksun herkes, sosyal ve sağlık yardımı hakkına sahiptir.

14-Herkes sosyal refah hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir.

15-Özürli kimseler, özürlerinin nedeni ve niteliği ne olursa olsun, mesleki eğitim, rehabilitasyon ve topluma yeniden intibak hakkına sahiptir.

16-Toplumun temel birimi olarak aile, tam gelişmesini sağlamaya yönelik uygun sosyal, yasal ve ekonomik korunma hakkına sahiptir.

17-Medeni hallerine ve aile ilişkilerine bakılmaksızın, analar ve çocuklar uygun sosyal ve ekonomik korunma hakkına sahiptir.

18-Herhangi bir Akit Tarafın vatandaşları, inandırıcı, ekonomik veya sosyal nedenlere dayalı kısıtlamalar saklı kalmak kaydıyla, diğer bir Akit Taraf ülkesinde, o ülke vatandaşları ile eşit koşullar altında kazanç getirici herhangi bir merkezi işte çalışma hakkına sahiptir.

19-Bir Akit Taraf göçmen işçiler ve aileleri herhangi bir başka Akit Tarafın ülkesinde korunma ve yardım hakkına sahiptir.

BÖLÜM: II

Akit Taraflar, III. Bölümde belirtildiği gibi, müteakip madde ve fıkralarda konmuş olan yükümlülüklerle bağlı kalmayı taahhüt ederler.

Madde:1-Çalışma Hakkı

Akit Taraflar çalışma hakkının etkin bir biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Tam istihdamı gerçekleştirmek üzere olabildiğince yüksek ve istikrarlı bir istihdam düzeyine ulaşmayı ve bu düzeyi korumayı başta gelen amaç ve sorumluluktan biri saymayı;

2-Çalışanların özgürce edindikleri bir işle yaşamlarını sağlama haklarını etkin biçimde korumayı;

3-Tüm çalışanlar için ücretsiz iş bulma hizmetlerini sağlamayı veya korumayı;

4-Uygun mesleğe yönelme, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamayı veya geliştirmeyi;

taahhüt ederler.

Madde:2-Adil Çalışma Koşulları Hakkı

Akit Taraflar adil çalışma koşulları hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Verimlilik artışı ve ilgili diğer etkenler izin verdiği ölçüde haftalık çalışma süresinin tedricen azaltılmasını öngören makul günlük ve haftalık çalışma saatlerini sağlamayı;

2-Ücretli resmi tatil olanağı sağlamayı;

3-En az iki haftalık ücretli yıllık izin sağlamayı;

4-Belirlenen tehlikeli ve sağlığa zararlı işlerde çalışanlara ücretli ek izin verilmesini veya bunların çalışma saatlerinin azaltılmasını sağlamayı;

5-Elden geldiğince ilgili ülke veya yörenin geleneklerine göre dinlenme günü olarak kabul edilen günle bağdaşmak üzere haftalık bir dinlenme süresi sağlamayı; taahhüt ederler.

Madde:3-Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları Hakkı

Akit Taraflar, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

- 1-Güvenlik ve sağlık alanında yasal düzenlemeler yapmayı,
 - 2-Gözetim önlemleriyle bu düzenlemelerin uygulanmasını sağlamayı,
 - 3-Gerektiğinde, iş güvenliği ve sağlığını geliştirmeyi amaçlayan önlemler konusunda çalıştıranların ve çalışanların örgütlerine danışmayı
- taahhüt ederler.

Madde:4-Adil Bir Ücret Hakkı

Akit Taraflar, adil bir ücret hakkına etkin bir geçerlilik kazandırmak üzere;

- 1-Çalışanların kendilerine ve ailelerine saygın bir yaşam düzeyi sağlayacak ücret hakkına sahip olduklarını tanımayı;
- 2-Özel durumlardaki istisnalar haricinde, çalışanların fazla çalışma karşılığında zamlı ücret almaya hak sahibi olduklarını tanımayı;
- 3-Çalışan erkeklerle kadınlara eşit işe eşit ücret hakkını tanımayı;
- 4-Tüm çalışanların işlerine son verilmeden önce uygun bir bildirim süresi hakkını kabul etmeyi,
- 5-Ücretlerden ancak, ulusal yasalar veya düzenlemelerle belirlenmiş veya toplu sözleşmeler veya hakem kararıyla saptanmış koşullar ve ölçüler içinde kesinti yapılmasına izin vermeyi;

taahhüt ederler.

Bu hakların kullanılması, özgürce yapılmış toplu sözleşmeler, yasal ücret saptama usulleri veya ulusal koşullara uygun başka yollarla sağlanır.

Madde:5-Örgütlenme Hakkı

Akit Taraflar, çalışanların ve çalıştıranların ekonomik ve sosyal çıkarlarını korumak için yerel, ulusal ve uluslararası örgütler kurma veya bu örgütlere üye olma özgürlüğünü sağlamak veya geliştirmek amacıyla ulusal mevzuatın bu özgürlüğü zedelemesini veya zedeleyici biçimde uygulanmasını önlemeyi taahhüt ederler. Bu maddede öngörülen güvencelerin, güvenlik güçleri için hangi ölçüde uygulanacağı ulusal yasalarla veya düzenlemelerle belirlenir. Bu güvencelerin silahlı kuvvetler mensuplarına uygulanmasına ilişkin ilke ile bu kesime hangi düzeyde uygulanacağı, yine ulusal yasalar veya düzenlemelerle saptanır.

Madde:6-Toplu Pazarlık Hakkı

Akit Taraflar, toplu pazarlık hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

- 1-Çalışanlar ve çalıştıranlar arasında ortak görüşmeleri geliştirmeyi,
- 2-Gerekli ve uygun olduğu durumlarda, toplu sözleşme yoluyla iş koşullarının düzenlenmesi amacıyla çalıştıranların veya çalıştıran örgütlerinin çalışanların örgütleriyle özgürce görüşmeleri yöntemini geliştirmeyi,

3-İş uyuşmazlıklarının çözümü için uygun uzlaştırma ve isteğe bağlı hakem sisteminin kurulmasını ve işletilmesini geliştirmeyi,

taahhüt ederler ve

4-Menfaat uyuşmazlığı durumunda çalışanların ve çalıştıranların, bir önceki toplu sözleşmelerden doğabilecek yükümlülükler saklı kalmak üzere grev hakkı dahil, ortak hareket hakkını tanır.

Madde:7-Çocukların ve Gençlerin Korunma Hakkı

Akit Taraflar, çocukların ve gençlerin korunma hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Çocukların sağlık, ahlak ve eğitimleri için zararlı olmayacağı belirlenen hafif işlerde çalıştırılmaları durumu haricinde asgari çalışma yaşının en az 15 olmasını sağlamayı,

2-Tehlikeli ve sağlığa aykırı sayılan belirlenmiş işlerde asgari çalışma yaşını daha da yükseltmeyi,

3-Henüz zorunlu öğrenim çağında olanların, eğitimlerinden tam anlamıyla yararlanmalarını engelleyecek işlerde çalışmamalarını sağlamayı,

4-16 yaşından küçüklerin çalışma sürelerinin, gelişmeleri ve öncelikle de mesleki eğitim gereksinimleri uyarınca sınırlandırılmasını sağlamayı,

5-Genç çalışanların ve çırakların adil bir ücret ve diğer uygun ödeneklerden yararlanma hakkını tanımayı,

6-Gençlerin, çalıştıranların izniyle normal çalışma saatlerinde mesleki eğitimde geçirdikleri sürenin, günlük çalışma süresinden sayılmasını sağlamayı,

7-18 yaşın altındaki çalışan kişilere yılda en az üç haftalık ücretli izin hakkını tanımayı,

8-18 yaşın altındaki kişilerin, ulusal yasalar veya düzenlemelerle belirlenen işler dışında gece işinde çalıştırılmamasını sağlamayı,

9-Ulusal yasalar veya düzenlemelerle belirlenen işlerde çalışan 18 yaşın altındaki kişilere düzenli sağlık kontrolünü sağlamayı,

10-Çocukların ve gençlerin özellikle doğrudan veya dolaylı olarak işlerinden doğan tehlikeler başta olmak üzere, uğradıkları bedensel ve manevi tehlikelere karşı özel olarak korunmalarını sağlamayı,

taahhüt ederler.

Madde:8-Çalışan Kadınların Korunma Hakkı

Akit Taraflar, çalışan kadınların korunma hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Kadınlara doğumdan önce ve sonra, ücretli izin veya yeterli sosyal güvenlik yardımı veya kamu kaynaklarından yararlandırma yoluyla toplam en az 12 haftalık izin sağlamayı,

2-Çalıştırının, bir kadına doğum izni sırasında işten çıkarma bildiriminde bulunmasını veya doğum nedeniyle izinli olduğu sırada süresi sona erecek bir bildirimde bulunmasını yasa dışı saymayı,

3-Emzirme döneminde analara, bu amaçla yeterli bir süre işe ara verme hakkı sağlamayı,

4-a)Endüstride çalışan kadınların gece işlerinde çalışmalarını düzenlemeyi ve

b)Çalışan kadınların yer altı madenlerinde ve gereğinde tehlikeli, sağlığa aykırı veya ağır niteliği nedeniyle uygun düşmeyen tüm öteki işlerde çalışmalarını yasaklamayı;

taahhüt ederler.

Madde:9-Mesleğe Yönelme Hakkı:

Akit Taraflar mesleğe yönelme hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere gerektiğinde özürsüzlü dahil herkese niteliklerine ve bu niteliklerin iş bulma olanaklarıyla ilişkisine göre işini seçme ve mesleğini geliştirmesine ilişkin sorunlarını çözmek üzere yardımcı olacak bir hizmet vermeyi veya geliştirmeyi ve bu yardımın okul çocukları dahil gençler ve yetişkinler için ücretsiz yapılmasını sağlamayı taahhüt ederler.

Madde:10-Mesleki Eğitim Hakkı:

Akit Taraflar mesleki eğitim hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere,

1-Gerektiğinde, özürsüzlü dahil herkese, çalıştıran ve çalışanların örgütlerine danışarak teknik ve mesleki eğitim olanağı sağlamayı veya geliştirmeyi ve salt kişisel yeteneğe dayalı olmak üzere yüksek teknik eğitim ve üniversite öğrenimi görme kolaylıkları bahşetmeyi,

2-Kız ve erkek tüm gençlerin çeşitli işlerde çalışırken eğitilmeleri için bir çıraklık sistemiyle diğer sistemli düzenlemeleri sağlamayı veya geliştirmeyi,

3-Gerektiğinde;

a)Çalışan yetişkinler için yeterli ve kolayca ulaşılabilir eğitim olanaklarıyla,

b)Teknolojik gelişmelerin veya yeni çalıştırma eğilimlerinin sonucu olarak çalışan yetişkinlerin duyduğu yeniden eğitim gereksinimlerini karşılamak için özel kolaylıklar sağlamayı veya geliştirmeyi,

4-a)Tüm harç ve masrafların azaltılması veya kaldırılması,

b)Uygun durumlarda mali yardım yapılması,

c)İşçinin, işi sırasında işverenin talebi üzerine gördüğü ek eğitimde harcanan zamanın normal çalışma süresinden sayılması,

d)Yeterli denetim yoluyla, işçi ve işveren kuruluşlarına danışarak, çıraklık ve gençlerin eğitimi ile yapılan diğer düzenlemelerin etkinliğini ve genel olarak genç işçilerin yeterli bir şekilde korunmalarının sağlanması gibi, uygun önlemlerle sağlanan imkanların tam kullanılmasını teşvik etmeyi;

taahhüt ederler.

Madde:11-Sağlığın Korunması Hakkı

Akit Taraflar, sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanı sıra,

1-Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak,

2-Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak,

3-Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler.

Madde:12-Sosyal Güvenlik Hakkı

Akit Taraflar sosyal güvenlik hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Bir sosyal güvenlik sistemi kurmayı veya korumayı,

2-Sosyal güvenlik sistemini "En az Sosyal Güvenlik Standartlarına İlişkin Uluslararası Çalışma Sözleşmesi" (No:102)'nin onaylanması için gereken düzeyden daha düşük olmamak üzere yeterli bir düzeyde tutmayı,

3-Sosyal güvenlik sistemini giderek daha yüksek bir düzeye çıkarmaya çalışmayı,

4-Uygun ikili ve çok taraflı sözleşmeler yaparak veya başka yollarla bu sözleşmelerde yer alan koşullara bağlı olarak,

a)Korunan Kişilerin Akit Ülkeler arasında ne suretle olursa olsun yer değiştirmeleri sırasında diğer Akit Taraf vatandaşları ile sosyal güvenlik mevzuatından doğan yardımların muhafazası dahil sosyal güvenlik hakları itibariyle kendi vatandaşları ile eşit muamele görmelerini,

b)Akit Taraflardan her birinin yasalarına göre tamamlanan sigorta ve çalışma sürelerinin birleştirilmesi yoluyla sosyal güvenlik haklarının verilmesi, korunması ve yeniden tanınmasını,

sağlamak için girişimlerde bulunmayı taahhüt ederler.

Madde:13-Sağlık ve Sosyal Yardım Hakkı

Akit Taraflar, sağlık ve sosyal yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak için;

1-Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı,

2-Böyle bir yardım görenlerin, bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi,

3-Herkesin, kişisel veya aileyi mahrumiyet halini önlemek, gidermek veya hafifletmek için gerekebilecek tavsiyelerle kişisel yardımları uygun kamusal veya özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı,

4-Bu maddenin 1,2 ve 3. Fıkralarında değinilen hükümleri, ülkelerinde yasal olarak bulunan başka Akit Tarafların uyuklarını kendi uyuklarıyla eşit tutarak 11 Aralık 1953'de Paris'te imzalanmış olan Sosyal ve Tıbbi Yardım Avrupa Sözleşmesiyle üstlendiği yükümlülükler uyarınca uygulamayı,

taahhüt ederler.

Madde:14-Sosyal Refah Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı

Akit Taraflar, sosyal refah hizmetlerinden yararlanma hakkının etkin biçimde kullanılmasını için;

1-Sosyal hizmet yöntemlerinden yararlanarak toplumda gerek bireylerin, gerek grupların refah ve gelişmelerine ve sosyal çevreye uymalarına katkıda bulunacak hizmetleri geliştirmeyi veya sağlamayı,

2-Bireylerin ve gönüllü veya benzeri örgütlerin bu tür hizmetlerin kurulması ve sürdürülmesine katılmalarını özendirme;

taahhüt ederler.

Madde:15-Bedensel ya da Zihinsel Özürlülerin Mesleki Eğitimi, Mesleğe ve Topluma Yeniden İntibak Hakkı

Akit Taraflar, bedensel veya zihinsel bakımdan özürlü kimselerin mesleki eğitim, mesleğe ve topluma yeniden intibak hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere,

1-Gereğinde kamusal veya özel uzmanlık kuruluşları dahil, eğitim imkanlarının sağlanması için yeterli önlemleri almayı,

2-Özürlüleri işe yerleştirmek için uzmanlaşmış iş bulma hizmetleri ve korunmalı çalışma olanakları gibi yeterli önlemleri ve çalışanların özürlüleri işe kabul etmelerini teşvik edici tedbirleri almayı;

taahhüt ederler.

Madde:16-Ailenin Sosyal, Yasal ve Ekonomik Korunma Hakkı

Akit Taraflar, toplumun temel birimi olan ailenin tam gelişmesi için gerekli koşulları sağlamak üzere, sosyal yardımlar ve aile yardımları, mali düzenlemeler, konut sağlama, yeni evlilere yardım ve diğer yöntemlerle aile yaşamının ekonomik, yasal ve sosyal bakımdan korunmasını geliştirmeyi;

Taahhüt ederler.

Madde:17-Anaların ve Çocukların Sosyal ve Ekonomik Korunma Hakkı

Akit Taraflar, anaların ve çocukların sosyal ve ekonomik korunma hakkının etkin biçimde kullanılması için; uygun kuruluş veya hizmetlerin kurulması veya korunması dahil, bu amaca uygun ve gerekli tüm önlemleri alacaktır.

Madde:18-Akit Tarafların Ülkelerinde Gelir Getirici Bir İş Edinme Hakkı

Akit Taraflar, öteki Akit Taraflardan herhangi birinin ülkesinde gelir getirici bir iş edinme hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Mevcut düzenlemeleri serbestiyetçi bir anlayışla uygulamayı,

2-Yürürlükteki formaliteleri basitleştirmeyi ve çalışan yabancılar veya onları çalıştıranlar tarafından ödenen resim ve diğer harçları azaltmayı veya kaldırmayı,

3-Çalışan yabancıların istihdamını düzenleyen mevzuata tek tek veya topluca esneklik getirmeyi;

taahhüt ederler ve

4-Kendi uyruklarının diğer Akit Tarafların ülkelerinde gelir getirici bir iş edinmek üzere ülkeden çıkış hakkını tanır.

Madde:19-Çalışan Göçmenlerin ve Ailelerinin Korunma ve Yardım Hakkı

Akit Taraflar çalışan göçmenlerin ve ailelerinin bir başka Akit Tarafın ülkesindeki korunma ve yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere;

1-Bu tür çalışanlara yardımcı olacak, özellikle doğru bilgi almalarını sağlayacak yeterli ve ücretsiz hizmetleri vermeyi veya verilmesini sağlamayı ve ulusal yasalarının ve düzenlemelerinin olanak verdiği ölçüde ülkeden ve ülkeye göçe ilişkin yanıltıcı propagandaya karşı tüm uygun önlemleri almayı;

2-Kendi yetki alanları içinde bu çalışanlar ile ailelerinin ülkeden çıkışlarını, yolculuklarını ve karşılanmalarını kolaylaştıracak uygun önlemler almayı ve yine kendi yetki alanları içinde yolculukları sırasında sağlık ve tıbbi bakım ve yeterli hijyen koşulları sunmak için uygun hizmetler sağlamayı,

3-Uygun olduğu ölçüde göçmen gönderen ve göçmen alan ülkelerdeki özel veya kamusal sosyal servisler arasındaki işbirliğini geliştirmeyi;

4-Kendi ülkesinde yasal olarak bulunan bu tür çalışanlar için, yasalar veya mevzuatla düzenlenmek veya idari makamların denetimine bağlı olmak üzere;

a)Ücret, diğer çalıştırma ve iş koşulları,

b)Sendika üyeliği ve toplu pazarlık yararlarından faydalanma,

c)Barınma,

konularında kendi uyruklarına olduğundan daha elverişsiz davranılmamasını sağlamayı;

5-Kendi ülkelerinde, yasal olarak bu tür çalışanlara akde bağlı olarak çalıştırılan kişiler ile ilgili olarak ödenmesi gereken istihdam vergileri, harç ve primler bakımından kendi vatandaşlarına tanınandan daha elverişsiz davranılmamasını sağlamayı;

6-Ülkede yerleşmesine izin verilmiş yabancı bir çalışanın ailesi ile yeniden birleşmesini, imkanlar ölçüsünde kolaylaştırmayı,

7-Kendi ülkelerinde yasal olarak bulunan bu tür çalışanlara bu maddede belirtilen konulara ilişkin yargısal işlemler bakımından kendi uyruklarına olduğundan daha elverişsiz davranılmamasını sağlamayı,

8-Kendi ülkelerinde yasal olarak ikamet eden bu tür çalışanların , ulusal güvenliği tehlikeye sokmadıkça, kamu menfaati veya genel ahlaka aykırı bir fiil de bulunmadıkça sınır dışı edilmemesini sağlamayı,

9-Bu tür çalışanların kazanç veya tasarruflarının dilediği kadarını transfer etmelerine yasal sınırlar içinde izin vermeyi;

10-İşbu madde ile getirilen koruma ve yardımları, uygulanabilirliği ölçüsünde, bağımsız kendi nam ve hesabına çalışan göçmenlere de genişletmeyi;

taahhüt ederler.

BÖLÜM: III

Madde:20-Taahhütler

1-Akit Taraflardan her biri,

a)Bu Şart'ın I. Bölününü, sözkonusu Bölümün giriş paragrafında beyan edildiği üzere, tüm uygun yollarla izleyeceği amaçların beyannameyi saymayı,

b)Bu Şart'ın II. Bölümünün 1, 5, 6, 12, 13, 16 ve 19. Maddelerinin en az beşyle kendisini bağlı saymayı;

c)Bir önceki bend uyarınca seçtiği maddelere ek olarak, kendisini bağlı saydığı toplam madde sayısı 10'dan veya numaralanmış fıkra sayısı 45'den az olmamak koşuluyla, işbu Şart'ın II. Bölümünde yer alan maddelerden veya numaralanmış fıkralardan seçeceği kadarıyla kendisini bağlı saymayı;

taahhüt eder.

2-Bu maddenin 1. Fıkrasının b ve c bentleri uyarınca seçilen madde veya fıkralar, ilgili Akit Tarafça onay veya kabul belgesi tevdi edilirken Avrupa Konseyi Genel Sekreterine bildirilir.

3-Akit Taraflardan herhangi biri, daha sonraki bir tarihte Genel Sekretere bildirimde bulunarak, bu Şart'ın II. Bölümünde belirtilen ve bu maddenin I. Fıkrası hükümlerine göre daha önce kabul ettiklerinin dışında kalan maddeler veya numaralanmış fıkralarla kendisini bağlı saydığını bildirebilir. Daha sonraki bu tür taahhütler, onay veya kabulün ayrılmaz bir parçası sayılır ve bildirim tarihinden itibaren otuzuncu günden başlayarak aynı hükmü kazanır.

4-Genel Sekreter, tüm imzacı Hükümetlere ve Uluslararası Çalışma Bürosunun Genel Direktörüne, bu Şart'ın bu Bölümü gereğince almış olduğu herhangi bir bildirimini duyurur.

5-Her Akit Taraf, ulusal koşullara uygun bir teftiş sistemi geliştirir.

BÖLÜM: IV

Madde:21-Kabul Edilmiş Hükümlere İlişkin Raporlar

Akit Taraflar, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine iki yıllık aralarla Bakanlar Komitesince belirlenecek biçime göre bu Şart'ın II. Bölümünün kabul etmiş oldukları hükümlerinin uygulanmasına ilişkin bir rapor gönderir.

Madde:22-Kabul Edilmemiş Hükümlere İlişkin Raporlar

Akit Taraflar, Bakanlar Komitesince istenilen ve uygun aralıklarla Genel Sekretere, onaylamaları veya kabulleri sırasında veya sonraki bir bildirimde bu Şart'ın II. Bölümünün kabul etmemiş oldukları hükümlerine ilişkin raporlar gönderir. Bakanlar Komitesi, zaman zaman bu raporların hangi hükümler hakkında ve hangi biçimde verileceğini belirler.

Madde:23-Örneklerin Gönderilmesi

1-Akit Taraflardan her biri 21 ve 22. Maddelerde atıfta bulunulan raporların örneklerini Hükümetler Sosyal Komitesinin Alt Komitesi toplantılarında temsil edilmek üzere 27. Maddenin 2. Fıkrasına göre davet edilecek uluslararası işveren örgütleri ve sendika örgütlerinin üyeleri olan kendi ulusal örgütlerine gönderir.

2-Akit taraflar, adı geçen raporlar üzerinde bu ulusal örgütlerden alınan görüşleri, bu örgütler tarafından istendiği takdirde, Genel Sekretere iletir.

Madde:24-Raporların İncelenmesi

21 ve 22. Maddeler uyarınca Genel Sekretere gönderilen raporlar, 23. Maddenin 2. Fıkrası uyarınca Genel Sekretere iletilen görüşlerin de iletilmiş olduğu bir Uzmanlar Komitesi tarafından incelenir.

Madde:25-Uzmanlar Komitesi

1-Uzmanlar Komitesi, Akit Taraflarca aday gösterilen ve üstün karakterli ve uluslar arası sosyal sorunlardaki ehliyeti tanınmış bağımsız uzmanlardan oluşan bir listeden Bakanlar Komitesi tarafından atanan en çok yedi üyeden oluşur.

2-Komite üyeleri, altı yıllık bir süre için atanır. Yeniden atanmaları mümkündür. Bununla birlikte ilk atanmış üyelere ikisinin görev süresi dört yılın bitiminde sona erer.

3-İlk dört yıllık sürenin bitiminde görevleri sona erecek olan üyeler, ilk atanma yapıldıktan hemen sonra Bakanlar Komitesi tarafından kura ile belirlenir.

4-Uzmanlar Komitesinin görev süresi sona ermemiş bir üyesinin yerini almak üzere atanmış bir üye kendisinden öncekinin süresini tamamlar.

Madde:26-Uluslararası Çalışma Örgütünün Katılımı

Uluslararası Çalışma Örgütü, Uzmanlar Komitesinin çalışmalarına danışman sıfatıyla katılmak üzere bir temsilci göstermeye davet edilir.

Madde:27-Hükümetler Sosyal Komitesinin Alt Komitesi

1-Akit Tarafların raporları ve Uzmanlar Komitesinin vardığı sonuçlar, incelenmek üzere Avrupa Konseyi Hükümetler Sosyal Komitesinin Alt Komitesine sunulur.

2-Alt Komite, her Akit Tarafın bir temsilcisinden oluşur. Toplantılarında danışman sıfatıyla gözlemci olarak temsil edilmek üzere saptayacağı en çok iki uluslar arası işveren örgütüyle en çok iki uluslararası sendika örgütünü davet eder. Ayrıca sosyal refah ve ailenin ekonomik ve sosyal açıdan korunması gibi özellikle yetkili oldukları konular üzerinde Avrupa Konseyinin danışmanı statüsü taşıyan uluslararası Hükümetler dışı örgütlerin en çok iki temsilcisine danışabilir.

3-Alt Komite, Bakanlar Komitesine, vardığı sonuçları içeren bir rapor sunar ve bu rapora Uzmanlar Komitesinin raporunu da ekler.

Madde:28-Danışma Meclisi

Avrupa Konseyi Genel Sekreteri, Uzmanlar Komitesi'nin vardığı sonuçları Danışma Meclisine iletir. Danışma Meclisi, bu sonuçlar üzerindeki görüşlerini Bakanlar Komitesine ulaştırır.

Madde:29-Bakanlar Komitesi

Bakanlar Komitesi, Alt Komitenin raporunu temel alarak ve Danışma Meclisine danıştıktan sonra Komiteye katılmaya yetkili üyelerin üçte ikilik çoğunluğuyla her Akit Tarafa gerekli tavsiyelerde bulunabilir.

BÖLÜM: V

Madde:30-Savaş ve Olağanüstü Durumlarda Uygulamadan Kaçınmalar

1-Ulusun yaşamını tehdit eden savaş veya diğer olağanüstü hallerde Akit Taraflardan biri bu Şart'a göre üstlendiği yükümlülüklerinden kaçınan önlemleri uluslararası hukuka göre üstlendiği öteki yükümlülüklerine aykırı olmamak koşuluyla ve durumun kesinlikle gerektirdiği ölçüde alabilir.

2-Bu kaçınma hakkını kullanan bir Akit Taraf, Avrupa Konseyi Genel Sekreterini makul bir süre içinde alınan önlemler ve gerekçeleri konusunda tam olarak haberdar eder. Aynı şekilde bu önlemler yürürlükten kalktığında ve kabul ettiği Şart hükümleri yeniden tam anlamıyla işlerlik kazandığında Genel Sekreteri haberdar eder.

3-Genel Sekreter buna karşılık bu maddenin 2. Fıkrası uyarınca alınmış tüm muhaberati diğer Akit Taraflara ve Uluslararası Çalışma Bürosunun Genel Direktörüne bildirir.

Madde:31-Kısıtlamalar

1-I.Bölümde konmuş olan hak ve ilkeler, etkin biçimde gerçekleştirildiğinde ve II. Bölümde öngörüldüğü gibi etkin uygulamaları sağlandığında, demokratik bir toplumda başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması veya kamu yararı, ulusal güvenlik, kamu sağlığı veya genel ahlakın korunması için gerekli olan ve yasayla belirlenenler dışında, adı geçen bölümlerde belirtilmeyen bir kısıtlama veya sınırlamaya tabi tutulamazlar.

2-Bu Şart'da izin verilen kısıtlamalar, tanınmış hak ve yükümlülüklerle belirlenmiş oldukları amaçlar dışında uygulanamaz.

Madde:32-Şart ile İç Hukuk ve Uluslar arası Anlaşmalar Arasındaki İlişkiler

Bu Şart'ın hükümleri, yürürlükte bulunan veya yürürlüğe konabilecek olan ve korunan kişilere daha uygun koşullar sağlayan iç hukukun veya ikili veya çok taraflı antlaşma, sözleşme ve anlaşma hükümlerine halel getirmez.

Madde:33-Toplu Sözleşmeler Yoluyla Uygulama

1-Bu Şart'ın II. Bölümünün 2. Maddesinin 1,2, 3, 4 ve 5. fıkraları, 7. maddesinin 4, 6,7. fıkralarıyla 10. maddesinin 1,2, 3 ve 4. fıkraları hükümlerinin normal olarak çalıştıranlar veya çalıştıran örgütleriyle çalışanların örgütleri arasındaki sözleşmelere bırakılan konular olduğu veya normal olarak yasadan başka yollarla uygulandığı üye devletlerde şayet bu hükümler bu tür Sözleşmeler ve diğer yollar ile ilgili çalışanların büyük çoğunluğuna uygulanmakta ise bu fıkraların yükümlülükleri taahhüt edilebilir ve bunlara uyum geçerli addedilir.

2-Bu hükümlerin normal olarak yasama konusu olduğu üye devletlerde şayet sözkonusu hükümler ilgili çalışanların büyük çoğunluğuna kanunla uygulanmakta ise, sözkonusu yükümlülükler taahhüt edilebilir ve bunlara uyum geçerli addedilir.

Madde:34-Ülkelerde Uygulama

1-Bu Şart, her Akit Tarafın ana ülkesinde uygulanır. Her imzacı hükümet, imza sırasında veya onay veya kabul belgesini verirken, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yapacağı bir bildirimle, bu amaçla ana ülkesi sayılacak olan toprakları belirtir.

2-Herhangi bir Akit Taraf, bu Şart'ı onaylaması veya kabulü sırasında veya daha sonra Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yapacağı bir bildirimle, uluslararası ilişkilerinden sorumlu olduğu veya uluslararası sorumluluğunu üstlendiği ve adı geçen bildirimde belirtilen ana ülkesi dışındaki toprak veya topraklara bu Şart'ın tümüyle veya bir bölümüyle uygulanacağını bildirebilir. Bu beyanda, bu Şart'ın II. Bölümünün madde ve fıkralarında adı geçen topraklar bakımından bağlayıcı saydıklarını belirtir.

3-Şart, yukarda anılan beyanlarda belirtilen ülke veya ülkelerde Genel Sekreterin bu beyan bildirimini aldığı tarihten sonraki otuzuncu günden başlayarak uygulanır.

4-Herhangi bir Akit Taraf, daha sonraki bir tarihte Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yapacağı bir bildirimle bu maddenin 2 fıkrası uyarınca Şart'ı uyguladığı bir veya birden çok ülke bakımından, bu ülkeler için daha önce kabul etmemiş olduğu maddeler veya numaralanmış fıkralarla kendisini bağlı saydığını beyan edebilir. Bu türlü sonraki taahhütler, ilgili ülke bakımından ilk bildirimden ayrılmaz parçası sayılır ve bildirim tarihinden sonraki otuzuncu gün aynı geçerliliği kazanır.

5-Genel Sekreter, öteki imzacı Hükümetlere ve Uluslararası Çalışma Bürosu Genel Direktörüne bu madde uyarınca kendisine verilen bildirimleri duyurur.

Madde:35-İmzalama, Onaylama ve Yürürlüğe Girme

1-İşbu Şart Avrupa Konseyi üyelerinin imzasına açıktır. Onaylanır veya kabul edilir. Onay veya Kabul belgeleri, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine verilir.

2-Bu Şart, beşinci Onay veya Kabul belgesinin veriliş tarihinden sonraki otuzuncu günden itibaren yürürlüğe girer.

3-Daha sonra onaylayan bir imzacı Hükümet bakımından işbu Şart, onay veya kabul belgesinin veriliş tarihinden sonraki otuzuncu günden itibaren yürürlüğe girer.

4-Genel Sekreter, Avrupa Konseyinin tüm üyelerine ve Uluslararası Çalışma Bürosunun Genel Direktörüne, bu Şart'ın yürürlüğe girişini, onaylayan veya kabul eden Akit Tarafların adlarını ve daha sonraki onay veya kabul belgelerinin verilişini bildirir.

Madde:36-Tadiller

Avrupa Konseyinin herhangi bir üyesi Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yapacağı bir duyuruyla işbu Şart'da bir değişiklik önerebilir.

Genel Sekreter önerilen değişiklik tekliflerini diğer Avrupa Konseyi üyelerine bildirir ve bunlar daha sonra Bakanlar Komitesince incelenerek görüş bildirmesi için Danışma Meclisine sunulur. Bakanlar Komitesince onaylanan herhangi bir değişiklik, tüm Akit Tarafların bu değişikliği kabul ettiklerini Genel Sekretere bildirmesinden sonraki otuzuncu gün yürürlüğe girer. Genel Sekreter Avrupa Konseyinin tüm üyelerine ve Uluslararası Çalışma Bürosunun Genel Direktörüne bu tür değişikliklerin yürürlüğe girişini bildirir.

Madde:37-Fesih

1-Akit Taraflardan herhangi biri, ancak, kendisi için yürürlüğe giriş tarihinden başlayarak beş yıllık bir sürenin sonunda veya onu izleyen iki yıllık dönemler sonunda ve her halükarda Avrupa Konseyi Genel Sekreterine altı ay önceden bildirmek koşuluyla bu Şart'ı fesh edebilir. Genel Sekreter durumu diğer Taraflara ve Uluslararası Çalışma Bürosunun Genel Direktörüne bildirir. Akit Taraf sayısının beşten aşağı düşmemesi koşuluyla, bu tür fesihler Şart'ın diğer Akit Taraflar bakımından geçerliliğini etkilemez.

2-Akit Taraflardan herhangi biri, önceki fıkranın hükümleri uyarınca Şart'ın II. Bölümünün kabul etmiş olduğu maddelerinden veya fıkralarından herhangi birini fesh edebilir. Ancak, bu Akit Tarafın kendisini bağlı saydığı madde sayısı 10'dan, fıkra sayısıysa 45 den az olamaz ve bu madde ve fıkralar 20. maddenin 1. fıkrası-

nın b bendinde özel olarak değinilenler arasında Akit Tarafın seçtiği maddeleri kapsamaya devam edecektir.

3-Akit Taraflardan herhangi biri, bu maddenin 1. fıkrasında belirlenen koşullar uyarınca işbu Şart'ı veya II. Bölümünün maddelerinden veya fıkralarından herhangi birini, 34. maddenin 2. fıkrası uyarınca yapılmış bir bildirimle Şart'ın uygulandığı herhangi bir ülke bakımından fesh edebilir.

Madde:38-Bu Şart'ın eki onun ayrılmaz bir parçasıdır.

Gereğince yetkili kılınmış olan aşağıdaki imzası bulunanlar yukarıdaki hükümleri kabul ederek bu Şart'ı imzalamıştır.

Bu Şart, her iki metin de eşit şekilde geçerli olmak ve tek kopya olarak Avrupa Konseyi arşivine konmak üzere Fransızca ve İngilizce dillerinde 1961 Ekiminin 18'inci günü Torino'da akdedilmiştir. Genel Sekreter, imzacıların her birine onaylı örnekleri gönderir.

Avusturya Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

Belçika Krallığı Hükümeti

Adına

L. Servais

Kıbrıs Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

Danimarka Krallığı Hükümeti

Adına

Erik Dreyer

Fransa Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

Gaston Palewski

Almanya Federal Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

Dr. Claussen

Yunanistan Krallığı Hükümeti

Adına

Michel Pasmazoglou

İzlanda Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

İrlanda Hükümeti Adına

Thomas V. Commins

İtalya Cumhuriyeti Hükümeti

Adına

Fiorentino Sullo

Lüksemburg Büyük Dükalığı Hükümeti

Adına

E. Colling

Hollanda Krallığı Hükümeti

Adına

M. Z. N. Witteveen

Norveç Krallığı Hükümeti

Adına

A. Kringlebotten

İsveç Krallığı Hükümeti

Adına
K. G. Lagerfelt
Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti
Adına
Cahit Talas
Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda
Birleşik Krallığı Hükümeti Adına
Ashley Clarke

Sosyal Şart'a Ek

Sosyal Şart'ın Korunan Kimseler Bakımından Kapsamı

1-12. maddenin 4. fıkrası ve 13. maddenin 4. fıkrası hükümleri sıkla kalmak üzere 1 ila 17. maddelerin içerdiği kimseler; bu maddelerin 18 ve 19a. maddelerin hükümleri ışığında yorumlanarak anlaşılması koşuluyla ancak bir Akit Tarafın ülkesinde yasal olarak oturan veya sürekli olarak çalışan öteki Akit Tarafların uyrukları olmaları durumunda yabancıları da kapsar.

İşbu yorum, Akit Taraflardan herhangi biri tarafından aynı kolaylıkların başka kimselere de uygulanmasını engellemez.

2-Her Akit Taraf, Mültecilerin Statüsüne dair 28 Temmuz 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesinde tanımı verilen ve ülkesinde yasal olarak bulunan mültecilere, herhangi bir durumda en azından adı geçen Sözleşmeye ve bu kimselere uygulanan başka belgelere göre kabul ettiği yükümlülükler düzeyinde olmak üzere olabildiğince uygun davranmayı taahhüt eder.

BÖLÜM: I

Fıkra 18 ve Madde 18, Fıkra I

İşbu hükümler, Akit Tarafların ülkelerine giriş konusuyla ilgili değildir ve 13 Aralık 1955 tarihinde Paris'te imzalanan Avrupa İskan Sözleşmesi'nin hükümlerine halel getirmez.

BÖLÜM: II

Madde:1, Fıkra:2

İşbu hüküm, sendika güvenliği koşulunu veya uygulamasını yasakladığı veya izin verdiği biçimde yorumlanamaz.

Madde:4, Fıkra:4

İşbu hüküm, ağır bir suç işlemesi durumunda bir kimsenin işine hemen son verilmesini engellediği biçimde anlaşılabilir.

Madde:4, Fıkra:5

Bir Akit Tarafın bu fıkroda öngörülen yükümlülüğü, kapsam dışı kalan kimseler hariç olmak üzere, yasayla veya toplu sözleşme veya hakem kararı yoluyla çalışanların büyük çoğunluğunun ücretlerinden kesinti yolu ile mağdur edilmelerine izin verilmediğinde, taahhütte bulunabileceği biçiminde anlaşılabilir.

Madde:6, Fıkra:4

Her Akit Tarafın, grev hakkına uygulayacağı başka bir kısıtlamanın ancak 31. madde hükümlerine göre haklı gerekçelere dayanması koşuluyla, kendisi bakımından grev hakkının kullanılmasını yasayla düzenleyebileceği biçiminde anlaşılabilir.

Madde:7, Fıkra:8

Bir Akit Tarafın bu fıkra da öngörülen yükümlülüğü, 18 yaşından küçüklerin büyük çoğunluğunun gece işinde çalıştırılmayacağını yasayla öngörerek bu yükümlülüğün anlamına uygun davrandığında yerine getirmiş olacağı biçimde anlaşılmıştır.

Madde:12, Fıkra:4

Bu fıkranın girişindeki "ve bu tür Sözleşmelerde konulan koşullara bağlı olarak" ibaresi, bir Akit Tarafın, öteki Akit Tarafların uyruklarına başka yardımların yanı sıra, herhangi bir sigorta katkısından bağımsız olarak yapılan yardımları sağlamadan önce, belli bir ikamet süresinin tamamlanmasını isteyebilmesini içerdiği biçimde anlaşılmıştır.

Madde:13, Fıkra:4

Sosyal ve Tıbbi Yardıma Avrupa Sözleşmesine taraf olmayan Hükümetler, diğer Akit Tarafların uyruklarına adı geçen Sözleşmenin hükümlerine uygun olan bir davranış sağlamaları koşuluyla Sosyal Şart'ı bu fıkra bakımından onaylayabilir.

Madde:19, Fıkra:6

Bu hükmün amacı bakımından, "bir çalışan yabancı ailesi" teriminin en azından karısıyla bakmakla yükümlü olduğu 21 yaşının altındaki çocuklarını kapsadığı biçiminde anlaşılmıştır.

BÖLÜM: III

İşbu Şart, uluslar arası nitelikte hukuksal yükümlülükleri içerir ve uygulanması ancak IV. Bölümde öngörülen gözetime bağlıdır.

Madde:20, Fıkra:1

"Numaralanmış fıkralar" salt bir fıkradan oluşan maddeleri de kapsayabilir.

BÖLÜM: V

Madde:30-"Savaş veya öteki olağanüstü durumlarda" deyimi, savaş tehdidini de kapsayacak biçimde anlaşılmıştır.

(14 Ekim 1989 Tarih ve 20312 Sayılı Resmi Gazete'de Yayımlanmıştır)

BİYOLOJİ VE TIBBIN UYGULANMASI BAKIMINDAN İNSAN HAKLARI VE İNSAN HAYSİYETİNİN KORUNMASI SÖZLEŞMESİ TASARISI: İNSAN HAKLARI VE BİYOTİP SÖZLEŞMESİ

Başlangıç:

Bu sözleşmeyi imzalayan, Avrupa Konseyi üyesi devletler, diğer devletler ve Avrupa Topluluğu;

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini,

4 Kasım 1950 tarihli İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesini,

18 Ekim 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'nı,

16 Aralık 1966 tarihli Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesini ve Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesini,

28 Ocak 1981 tarihli Kişisel Verilerin Otomatik İşlenmesine Karşı Bireylerin Korunması Sözleşmesini,

20 Kasım 1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesini gözönünde bulundurarak;

Avrupa Konseyi'nin amacının, üyeleri arasında daha büyük bir birliğe ulaşılması olduğunu ve bu amacın izlenmesinde kullanılacak yöntemlerden birinin, insan hakları ve temel özgürlüklerin idamesi ve daha da gerçekleştirilmesi olduğunu dikkate alarak;

Biyoloji ve tıp alanında gittikçe artan bir hızla ortaya çıkan gelişmelerin bilinciyle, İnsana, hem birey, hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı gösterilmesi ihtiyacına inanarak ve insan onurunu güvence altına almanın önemini kabul ederek;

Biyoloji ve tıbbın kötüye kullanılmasının, insan onurunu tehlikeye sokacak eylemlere neden olacağını bilinciyle;

Biyoloji ve tıptaki ilerlemenin, şimdiki ve gelecek kuşakların yararı için kullanılması gerektiği fikrini onaylayarak;

Biyoloji ve tıbbın yararlarından tüm insanlığın faydalanabilmesi için uluslararası işbirliğine ihtiyaç duyulduğunu vurgulayarak;

Biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ortaya çıkan sorular ve bunlara verilecek cevaplar üzerinde bir kamuoyu tartışması açılmasının teşvik edilmesinin önemini kabul ederek;

Toplumun tüm üyelerine, hakları ve sorumluluklarını hatırlatma arzusuyla;

Bir Biyoetik Sözleşmesi hazırlanmasına ilişkin 1160 (1991) sayılı Tasviye Kararı dahil, Parlamenterler Meclisinin bu alandaki çalışmalarını gözönüne alarak;

Biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, insan onuru ve bireyin temel hak ve özgürlüklerinin korunması için gerekli bu tedbirlerin alınması kararına vararak;

Aşağıdaki hususları kabul etmişlerdir:

BÖLÜM I

Genel Hükümler

Madde:1-(Amaç ve Konu)

Bu Sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır.

Tarafların her biri, bu Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe sokulması bakımından kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri alacaklardır.

Madde:2-(İnsanın Önceliği)

İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.

Madde:3-(Sağlık Hizmetlerinden Adil Şekilde Yararlanma)

Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları gözönüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır.

Madde:4-(Mesleki Standartlar)

Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.

BÖLÜM: II

Muvaffakat

Madde:5-(Genel Kural)

Sağlık alanında herhangi bir müdahale ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvaffakat etmesinden sonra yapılabilir.

Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.

İlgili kişi, muvaffakatını her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde:6-(Muvaffakat Verme Yeteneği Bulunmayan Kişilerin Korunması)

1-Aşağıda, 17 ve 20. maddelere tabi olmak koşuluyla, muvaffakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbi müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2-Kanuna göre bir müdahaleye muvaffakatını verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır.

3-Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvaffakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir.

İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.

4-Yukarıda 2. ve 3. Paragraflarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda, madde 5'de belirtilen bilgi verilecektir.

5-Yukarıda 2. ve 3. Paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.

Madde:7-(Akıl Hastalığı Olan Kişilerin Korunması)

Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvaffakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tabi tutulabilir.

Madde:8-(Acil Durum)

Acil bir durum nedeniyle uygun muvaffakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.

Madde:9-(Önceden Açıklanmış İstek)

Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler gözönüne alınacaktır.

BÖLÜM: III

Özel Yaşam ve Bilgilendirilme Hakkı

Madde:10-(Özel Yaşam ve Bilgilendirilme Hakkı)

1-Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.

2-Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.

3-İstisnai durumlarda, 2. paragrafta belirtilen hakların kullanılmasında, hastanın yararları bakımından kanun tarafından kısıtlamalar öngörülebilir.

BÖLÜM: IV

İnsan Genomu

Madde:11-(Ayrım Yapmama)

Bir kimseye, genetik kalıtımı nedeniyle herhangi bir ayrımcılık uygulanması yasaktır.

Madde:12-(Genetik Teşhise Yönelik Testler)

Genetik hastalıkları teşhise yönelik veya kişinin bir hastalığa neden olan bir geni taşıdığını belirlemeye ya da genetik bir yatkınlığı veya bir hastalığa eğilimi olduğu-

nu ortaya çıkarmaya yönelik testler, sadece sağlık amaçlarıyla veya sağlık amaçlı bilimsel araştırma için ve uygun genetik danışmada bulunmak şartıyla yapılabilir.

Madde:13-(İnsan Genomu Üzerine Müdahaleler)

İnsan genomunu değiştirmeye yönelik bir müdahale, yalnızca önleme, teşhis ve tedavi gayeleriyle ve sadece, amacının herhangi bir altsoyun genomunda değişiklik yapılması olmaması halinde yapılabilir.

Madde:14-(Cinsiyet Seçememe)

Cinsiyetle ilgili ciddi bir kalıtsal hastalıktan kaçınma hali hariç, doğacak çocuğun cinsiyetini seçmek amacıyla, tıbben destekli dölleme tekniklerinin kullanımından kaçınılacaktır.

BÖLÜM: V

Bilimsel Araştırma

Madde:15-(Genel Kural)

Biyoloji ve tıp alanında bilimsel araştırma, bu Sözleşme hükümlerine ve insan varlığının korunmasını güvence altına alan diğer yasal hükümlere bağlı kalmak kaydıyla, serbestçe yapılabilir.

Madde:16-(Üzerinde Araştırma Yapılan Kişilerin Korunması)

Bir kimse üzerinde araştırma, ancak aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde yapılabilir:

- i)İnsanlar üzerindeki araştırmayla karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir seçeneğin bulunmaması,
- ii)Araştırmaya konu olan şahsın maruz kalabileceği tehlikelerin, araştırmanın beklenen yararlarıyla oransız olmaması,
- iii)Araştırma projesinin bilimsel değerinin, araştırma amacının öneminin değerlendirilmesi ve etik bakımdan kabul edilebilirliğinin çok disiplinli bir gözden geçirmeye tabi tutulması dahil, yetkili bir kurum tarafından bağımsız bir şekilde incelenmeden sonra onaylanmış olması,
- iv)Üzerinde araştırma yapılan kişilerin, korunmaları için kanun tarafından öngörülen hakları ve güvenceleri hakkında bilgilendirilmiş olmaları,
- v)5. maddede öngörülmüş bulunan muvaffakatın açıkca ve belirli bir şekilde verilmiş olması ve bunun belgelendirilmiş bulunması. Bu muvaffakat her zaman serbestçe geri alınabilir.

Madde:17-(Araştırmaya Muvaffakat Etme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması)

1-5. maddede belirtildiği şekilde muvaffakatını açıklama yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde araştırma, ancak aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde yapılabilir:

- i)Madde 16 alt paragraf (i)'den (v)'e kadar olan şartların gerçekleşmiş olması,
- ii)Araştırmanın sonuçlarının ilgilinin sağlığı üzerinde gerçek ve doğrudan yarar sağlama beklentisinin bulunması,
- iii)Muvaffakat etme yeteneği bulunan bireyler üzerinde karşılaştırılabilir nitelikte bir etkinlik doğuracak bir araştırmanın yapılamaması,
- iv)Madde 6'da öngörülen gerekli iznin belirli ve yazılı olarak verilmiş bulunması ve
- v)İlgili kişinin itirazda bulunmaması.

2-Araştırmanın ilgilinin sağlığı üzerinde doğrudan yararlı sonuçlar sağlayacağı beklentisinin bulunmadığı durumlarda, istisnai olarak ve kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlar altında, sözkonusu araştırmaya, yukarıda 1. Paragraf ve alt paragraf (i), (iii), (iv) ve (v)'de öngörülen şartlarla birlikte aşağıdaki ek şartların da bulunması halinde izin verilebilir:

i)Araştırmanın, hastanın sağlık durumu, hastalığı ve rahatsızlığı hakkındaki bilimsel bilginin önemli derecede geliştirmesine katkıda bulunma yoluyla, ilgili kişiye veya aynı yaş grubunda olan veya aynı hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmış bulunan veya aynı durumda olan diğer kimselere yarar sağlamaya elverişli nihai sonuçlara ulaşılması amacını taşıması,

ii)Araştırmanın, ilgili kişi bakımından sadece asgari bir tehlike ve asgari bir külfeti gerektirmesi,

Madde:18-(Tüpte Embriyon Üzerinde Araştırma)

1-Hukukun embriyon üzerinde tüpte araştırmaya izin verilmesi halinde, embriyon için uygun koruma sağlanacaktır.

2-Sadece araştırma amaçlarıyla insan embriyonlarının yaratılması yasaktır.

BÖLÜM: VI

Nakil Amaçlarıyla Canlı Vericilerden Organ ve Doku Alınması

Madde:19-(Genel Kural)

1-Yaşayan bir kimseden nakil amaçlarıyla organ veya doku alınması, sadece alıcının tedaviye ilişkin istifadesi için ve ölmüş bir kimseden uygun organ veya doku bulunmadığı ve karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir tedavi yönteminin olmadığı durumlarda gerçekleştirilebilir.

2-Gerekli muvaffakat, madde 5'de öngörüldüğü üzere, açıkça ve belirli bir şekilde, yazılı olarak veya resmi bir makam önünde verilmiş olmalıdır.

Madde:20-(Organ Alınmasına Muvaffakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması)

1-5. maddeye göre muvaffakatını açıklama yeteneği bulunmayan bir kimseden organ veya doku alınmaz.

2-İstisnai olarak ve kanun tarafından öngörülmüş koruyucu şartlar altında, muvaffakat verme yeteneği olmayan bir kimseden kendisini yenileyen dokuların alınmasına aşağıdaki şartların gerçekleşmesi halinde izin verilebilir:

i)Muvaffakat verme yeteneği bulunan uygun bir vericinin bulunmaması,

ii)Alıcı şahsın, vericinin erkek veya kız kardeşi olması,

iii)Bağışın, alıcı bakımından hayat kurtarıcı olma beklentisinin bulunması,

iv)6. maddenin 2. Ve 3. Paragraflarında öngörülen yetkinin, kanuna uygun olarak yetkili kurum tarafından onaylanan şekilde, belirli ve yazılı olarak verilmiş olması,

v)Muhtemel vericinin buna itirazda bulunmaması.

BÖLÜM: VII**Ticari Kazanç Yasağı ve İnsan Vücudundan Alınmış Parçalar Üzerinde Tasarruf****Madde:21-(Ticari Kazanç Yasağı)**

İnsan vücudu ve onun parçaları, bu nitelikleri dolayısıyla, ticari kazanç sağlanmasına konu olmayacaktır.

Madde:22-(İnsan Vücudundan Alınmış Parçalar Üzerinde Tasarruf)

Bir müdahale sırasında insan vücudunun herhangi bir parçası alındığında, çıkarılan parça, yalnızca uygun bilgi verme ve muvaffakat alma usullerine uyulduğu takdirde, çıkarılma amacından başka bir amaç için saklanabilir ve kullanılabilir.

BÖLÜM: VIII**Sözleşme Hükümlerinin İhlali****Madde:23-(Hakların veya İlkelerin İhlali)**

Taraflar, bu Sözleşmede öngörülen hakların ve ilkelerin hukuka aykırı bir şekilde ihlalinin en kısa sürede önlenmesi veya durdurulması için uygun yargısal korumayı sağlayacaklardır.

Madde:24-(Uygun Olmayan Zararın Tazmini)

Tıbbi bir müdahale sonucunda, uygun olmayan bir zarara uğrayan kişinin, kanun tarafından öngörülen koşullar ve usuller uyarınca, adil bir tazminat isteme hakkı vardır.

Madde:25-(Yaptırımlar)

Taraflar, bu Sözleşmede yer alan hükümlerin ihlal edilmesi halinde uygulanacak uygun yaptırımları sağlayacaklardır.

BÖLÜM IX**Bu Sözleşme ve Diğer Hükümler Arasındaki İlişki****Madde:26-(Hakların Kullanılmasının Kısıtlanması)**

1-Bu Sözleşmede yer alan haklar ve koruyucu hükümlerin kullanılmasında, kamu güvenliği, suçun önlenmesi, kamu sağlığının korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için kanun tarafından öngörülen ve demokratik bir toplumda gerekli olanlardan başka kısıtlama konulmayacaktır.

2-Yukarıdaki paragrafta sözü edilen kısıtlamalar, madde 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 ve 21'e uygulanmayacaktır.

Madde:27-(Daha Geniş Koruma)

Bu Sözleşmedeki hükümlerden hiçbirisi, tarafların, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında bu Sözleşmede belirtilenden daha geniş bir koruma sağlama imkanını kısıtlayacak veya etkileyecek şekilde yorumlanmayacaktır.

BÖLÜM: X

Kamuoyu Tartışması

Madde:28-(Kamuya Açık Tartışma)

Bu Sözleşmenin tarafları, biyoloji ve tıp alanındaki gelişmelerin doğurduğu temel sorunların, özellikle ilgili tıbbi, sosyal, ekonomik, ahlaki ve hukuki yansımaların ışığında, uygun şekilde kamusal tartışmaya konu olmasını ve bunların muhtemel uygulamalarının, uygun istişarelere konu olmasını sağlayacaklardır.

BÖLÜM: XI

Sözleşmenin Yorumu ve İzlenmesi

Madde:29-(Sözleşmenin Yorumu)

Avrupa İnsan Hakları Divanı;

-Taraflardan birinin, diğer taraflara bilgi verdikten sonra iletceği,

-32. Maddeye göre, Sözleşme taraflarının temsilcileriyle kısıtlı bir şekilde oluşturulan Komitenin, kullanılan oyların üçte iki çoğunluğuyla alacağı karara dayalı talepler üzerine, bir mahkemede görülmekte olan herhangi belirli bir davaya doğrudan atıfta bulunulmaksızın, işbu Sözleşmenin yorumuna ilişkin hukuki sorunlar hakkında istişari nitelikte görüş bildirilebilir.

Madde:30-(Sözleşmenin Uygulanması Hakkında Raporlar)

Avrupa Konseyi Genel Sekreterinden alınan bir talep üzerine, taraflardan herhangi biri, iç hukukunun, sözleşme hükümlerinden herhangi birinin etkin şekilde uygulanmasını sağlama tarzı hakkında açıklamada bulunacaktır.

BÖLÜM: XII

Protokoller

Madde:31-(Protokoller)

Bu Sözleşmede yer alan ilkelerin geliştirilmesi amacıyla, belirli alanlarda, 32. Madde uyarınca protokoller akte diledir.

Protokoller, Sözleşmeyi imzalayan devletlerin imzasına açılacaktır. Protokoller, onay, kabul veya uygun bulmaya tabi olacaklardır. İmzacı bir devlet, önceden veya aynı anda sözleşmeyi onaylamadan, kabul etmeden ya da uygun bulmadan, Protokolleri onaylamayabilir, kabul etmeyebilir ya da uygunluk vermeyebilir.

BÖLÜM: XIII

Sözleşmede Değişiklik Yapılması

Madde:32-(Sözleşmede Değişiklik Yapılması)

1-İşbu madde ve 29. Madde ile "Komite"ye verilen görevler, Biyoetik Yürütme Kurulu (CDBI) veya Bakanlar Komitesi tarafından tayin edilecek herhangi başka bir komite tarafından yerine getirilecektir.

2-29. maddenin özel hükümlerine zarar gelmeksizin, Avrupa Konseyi'ne üye devletlerden her biri ve bu Sözleşmenin Avrupa Konseyi üyesi olmayan taraflarının her biri, Komite bu Sözleşme tarafından verilen görevleri yerine getirirken, Komite'de temsil edilebilecek ve bir oy hakkına sahip olacaktır.

3-33. maddede atıfta bulunulan veya bu Sözleşmeye taraf olmayıp, 34. Madde hükümleri uyarınca Sözleşmeye katılmaya davet olunan herhangi bir devlet Komite'de bir gözlemci ile temsil edilebilecektir. Avrupa Topluluğu, taraf değilse, Komite'de bir gözlemci ile temsil edilebilecektir.

4-Bilimsel gelişmelerin izlenmesi amacıyla, işbu Sözleşme, yürürlüğe girdiği tarihten itibaren beş yılı aşmayacak bir süre içinde ve müteakiben Komite tarafından belirlenebilecek aralarla, Komite tarafından gözden geçirilecektir.

5-Taraflardan herhangi biri, Komite veya Bakanlar Komitesi'nin, bu Sözleşmeye bir değişiklik getirilmesi, herhangi bir Protokol aktedilmesi veya Protokollerden birine bir değişiklik getirilmesi önerileri, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine iletilecek ve onun tarafından Avrupa Konseyine üye devletler, Avrupa Topluluğu, herhangi bir imzacı devlet, herhangi bir taraf, 33. Madde hükümleri uyarınca bu Sözleşmeyi imza etmeye davet edilen herhangi bir Devlet ve 34. Madde hükümleri uyarınca bu Sözleşmeye katılmaya davet olunan herhangi bir Devlete gönderilecektir.

6-Komite, öneriyi, 5. Paragraf uyarınca Genel Sekreter tarafından iletildiği tarih üzerinden iki aydan az olmayan bir süre geçtikten sonra inceleyecektir. Komite, kullanılan oyların üçte iki çoğunluğuyla kabul edilen metni, onay için Bakanlar Komitesi'ne sunacaktır. Bakanlar Komitesi'nin onayından sonra, metin, onay, kabul veya uygun bulma için taraflara iletilecektir.

7-Herhangi bir değişiklik, değişikliği kabul eden taraflar bakımından, en az dördü Avrupa Konseyi üyesi olmak üzere, beş tarafın değişikliği kabul etmiş olduklarını Genel Sekretere bildirdikleri tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Sonradan kabul eden taraf bakımından değişiklik, bu tarafın kabul keyfiyetini Genel Sekretere bildirdiği tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

BÖLÜM: XIV

Son Hükümler

Madde:33-(İmza, Onay ve Yürürlüğe Girme)

1-Bu Sözleşme, Avrupa Konseyi'ne üye devletler, Sözleşmenin oluşumuna katkıda bulunan üye olmayan devletler ve Avrupa Topluluğu'nun imzasına açık olacaktır.

2-Bu Sözleşme, onay, kabul veya uygun bulmaya tabidir. Onay, kabul veya uygun bulma belgeleri, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine tevdi edilecektir.

3-Bu Sözleşme, en azından dördü Avrupa Konseyi üyesi olmak üzere beş devletin, işbu maddenin 2. Paragrafı hükümleri uyarınca Sözleşme ile bağlı oldukları iradesini beyan ettikleri tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

4-Sözleşmeyle bağlılık iradesini sonradan açıklayan herhangi bir imzacı devlet bakımından Sözleşme, bu devletin onay, kabul veya uygun bulma belgesini tevdi tarihini izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Madde:34-(Üye Olmayan Devletler)

1-Bu Sözleşmenin yürürlüğe girmesinden sonra, Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi, taraflara danıştıktan sonra, Avrupa Konseyi statüsünün 20. Maddesi (d) alt paragrafında belirlenen çoğunlukla ve Bakanlar Komitesi'ne katılmaya yetkili olan Akit Devletler temsilcilerinin oybirliğiyle Avrupa Konseyi'ne üye olmayan herhangi bir devleti bu Sözleşmeye katılmaya davet edebilir.

2-Katılan herhangi bir devlet bakımından Sözleşme, katılma belgesinin Avrupa Konseyi Genel Sekreterine tevdi tarihini izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Madde:35-(Bölgeler)

1-Herhangi bir imzacı devlet, Sözleşmeyi imzalama aşamasında veya onay, kabul veya uygun bulma belgelerini tevdi ettiği sırada, bu Sözleşmenin uygulanacağı bölge veya bölgeleri belirleyebilir. Diğer herhangi bir devlet, katılma belgesini tevdi ettiği zaman aynı beyanda bulunabilir.

2-Herhangi bir taraf, daha sonraki bir tarihte, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine hitabeden bir beyan ile, bu Sözleşmenin uygulama alanını, beyanda belirtilen diğer bir bölgeye teşmil edebilir ve kimin uluslararası ilişkilerinde sorumlu olduğunu veya kimin yararına taahhütte bulunmaya yetkilendirilmiş bulunduğunu belirtebilir. Söz konusu bölge bakımından, Sözleşme, sözü geçen beyanın Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

3-Yukarıdaki iki paragrafa istinaden yapılmış herhangi bir beyan, sözkonusu beyanda belirtilen bölge bakımından, Genel Sekretere yönelik bir bildirimle geri alınabilir. Geri alma, sözkonusu bildirim Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde:36-(Çekinceler)

1-Herhangi bir devlet ve Avrupa Topluluğu, imza aşamasında veya onay, kabul veya uygun bulma belgesini tevdi ederken, o sırada ülkesinde yürürlükte bulunan herhangi bir kanunun, bu Sözleşmenin herhangi bir hükmü ile uyum halinde olmaması nedeniyle, herhangi bir hüküm için çekince koyabilir. Genel nitelikteki çekincelere, bu madde uyarınca izin verilmeyecektir.

2-Bu madde uyarınca konulacak çekince, ilgili kanun hakkında kısa bir açıklama içerecektir.

3-Bu Sözleşmenin uygulanma alanını 35. Maddenin 2. Paragrafında belirtilen bildirmede sözü edilen bir bölgeye teşmil eden herhangi bir taraf, sözkonusu bölge bakımından yukarıdaki paragraflar hükümleri uyarınca çekince koyabilir.

4-Bu maddede zikredilen çekinceyi koyan herhangi bir taraf, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine muhatap bir beyanla çekinceyi geri alabilir. Geri alma, sözkonusu beyanın Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde:37-(Fesih)

1-Herhangi bir taraf, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yönelik bir bildirimde bulunmak suretiyle, her zaman, bu Sözleşmeden ayrılabilir.

2-Söz konusu fesih, buna ilişkin bildirim Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde:38-(Bildirimler)

1-Avrupa Konseyi Genel Sekreteri, Konsey üyesi devletlere, Avrupa Topluluğu'na, herhangi bir imzacı devlete, herhangi bir tarafa ve bu Sözleşmeye katılmaya davet edilmiş diğer herhangi bir devlete;

a)Herhangi bir imza,

b)Herhangi bir onay, kabul veya uygun bulma belgesinin tevdi,

c)33. Veya 34. Maddeler uyarınca bu Sözleşmenin yürürlüğe girdiği herhangi bir tarih,

d)32. madde uyarınca kabul edilmiş herhangi bir değişikliği veya Protokolü ve bu değişiklik veya Protokolün yürürlüğe girdiği tarih,

e)35. madde uyarınca yapılmış herhangi bir beyan,

f)36. madde hükümleri uyarınca konulmuş herhangi bir çekince ve çekincenin geri alınışı,

g)Bu Sözleşmeyle ilgili diğer herhangi bir fiil, bildirim veya bilgi iletimi hakkında bildirimde bulunacaktır.

Aşağıda imzası bulunanların huzurunda, tam yetkiye sahip imzacılar, bu Sözleşmeyi imzalamışlardır.

... (yer) ...'da, ... tarihinde, her ikisi de eşit şekilde resmîyet taşıyan İngilizce ve Fransızca dillerinde ve Avrupa Konseyi arşivlerine tevdi edilecek tek nüsha halinde düzenlenmiştir. Avrupa Konseyi Genel Sekreteri, onaylanmış metinleri, Avrupa Konseyi üyesi devletler, Avrupa Topluluğu, bu Sözleşmenin oluşumuna katılmış olan üye olmayan devletler ve bu Sözleşmeye katılmaya davet edilen devletlere iletacaktır.

BÖLÜM: III

ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞME*

*Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Tarafından
20 Kasım 1989 Tarihinde Kabul Edilmiştir*

ÖNSÖZ

Bu Sözleşmeye Taraf Devletler;

Birleşmiş Milletler Andlaşması'nda ilan edilen ilkeler uyarınca insanlık ailesinin tüm üyelerinin, doğuştan varlıklarına özgü bulunan haysiyetle birlikte eşit ve devredilemez haklara sahip olmalarının tanınmasının, dünyada özgürlük, adalet ve barışın temeli olduğunu düşünerek,

Birleşmiş Milletler halklarının, insanın temel haklarına ve bireyin, insan olarak taşıdığı haysiyet ve değere olan kesin inançlarını Birleşmiş Milletler Andlaşması'nda bir kez daha doğrulamış olduklarını ve daha geniş bir özgürlük ortamında toplumsal ilerleme ve daha iyi bir yaşam düzeyi sağlama yolundaki kararlılıklarını hatırla tutarak,

Birleşmiş Milletlerin, İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmelerinde herkesin, bu metinlerde yer alan hak ve özgürlüklerden, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka görüş, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuştan veya başka durumdan kaynaklanan ayrımlar dahil, hiçbir ayırım gözetilmeksizin yararlanma hakkına sahip olduklarını benimsediklerini ve ilan ettiklerini kabul ederek,

Uluslar arası İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Birleşmiş Milletlerin, çocukların özel ilgi ve yardıma hakkı olduğunu ilan ettiğini anımsayarak,

Toplumun temel birimi olan ve tüm üyelerinin ve özellikle çocukların gelişmeleri ve esenlikleri için doğal ortamı oluşturan ailenin toplum içinde kendisinden beklenen sorumlulukları tam olarak yerine getirebilmesi için gerekli koruma ve yardımı görmesinin zorunluluğuna inanmış olarak,

Çocuğun kişiliğinin tam ve uyumlu olarak gelişebilmesi için mutluluk, sevgi ve anlayış havasının içindeki bir aile ortamında yetişmesinin gerekliliğini kabul ederek,

Çocuğun toplumda bireysel bir yaşantı sürdürebilmesi için her yönüyle hazırlanmasının ve Birleşmiş Milletler Andlaşmasında ilan edilen ülküler ve özellikle barış, değerbilirlik, hoşgörü, özgürlük, eşitlik ve dayanışma ruhuyla yetiştirilmesinin gerekliliğini gözönünde bulundurarak,

Çocuğa özel bir ilgi gösterme gerekliliğinin, 1924 tarihli, Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinde ve 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları Bildirisinde belirtildiğini ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, Medeni ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesinde (özellikle 23 ve 24'üncü maddelerinde) ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Ulusla-

* 27 Ocak 1995 tarihli ve 22184 sayılı Resmi Gazete'den aynen alınmıştır.

rarası Sözleşmede (özellikle 10'uncu maddesinde) ve çocukların esenliği ile ilgili uzman kuruluşların ve uluslararası örgütlerin kurucu ve ilgili belgelerinde tanındığını hatırla tutarak,

Çocuk Hakları Bildirisinde de belirtildiği gibi "çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu"nu hatırla tutarak,

Ulusal ve uluslar arası düzeyde çocukları aile yanına yerleştirmek ve evlat edinmeye de özel atıfta bulunan Çocuğun Korunması ve Esenliğine İlişkin Toplumsal ve Hukuksal İlkeler Bildirisi; Çocuk Mahkemelerinin Yönetimi Hakkında Birleşmiş Milletler Asgari Standart Kuralları(Beijing Kuralları) ve Acil Durumlarda ve Silahlı Çatışma Halinde Kadınların ve Çocukların Korunmasına İlişkin Bildirinin hükümlerini anımsayarak,

Dünyadaki ülkelerin tümünde çok güç koşullar altında yaşayan ve bu nedenle özel bir ilgiye gereksinimi olan çocukların bulunduğu bilinci içinde,

Çocuğun korunması ve uyumlu gelişmesi bakımından her halkın kendine özgü geleneklerinin ve kültürel değerlerinin taşıdığı önemi gözönünde tutarak,

Her ülkedeki, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların yaşama koşullarının iyileştirilmesi için uluslararası işbirliğinin taşıdığı önemin bilincinde olarak,

Aşağıdaki kurallar üzerinde anlaşmaya varmışlardır:

I. KISIM

Madde:1-Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre, daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.

Madde:2-

1.Taraf Devletler, bu Sözleşmede yazılı olan hakları kendi yetkileri altında bulunan her çocuğa, kendilerinin, ana babalarının veya yasal vasilerinin sahip oldukları, ırk, renk, cinsiyet, dil, siyasal ya da başka düşünceler, ulusal, etnik ve sosyal köken, mülkiyet, sakatlık, doğuş ve diğer statüler nedeniyle hiçbir ayırım gözetmeksizin tanır ve taahhüt ederler.

2-Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, yasal vasilerinin veya ailesinin öteki üyelerinin durumları, faaliyetleri, açıklanan düşünceleri veya inançları nedeniyle her türlü ayırıma veya cezaya tabi tutulmasına karşı etkili biçimde korunması için gerekli tüm uygun önlemleri alırlar.

Madde:3-

1-Kamusal ya da özel sosyal yardım kuruluşları, mahkemeler, idari makamlar veya yasama organları tarafından yapılan ve çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararı temel düşüncedir.

2-Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının, vasilerinin ya da kendisinden hukuken sorumlu olan diğer kişilerin hak ve ödevlerini de gözönünde tutarak, esenliği için gerekli bakım ve korumayı sağlamayı üstlenirler ve bu amaçla tüm uygun yasal ve idari önlemleri alırlar.

3-Taraf Devletler, çocukların bakımı ve korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yö-

netimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler.

Madde:4-Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakların uygulanması amacıyla gereken her türlü yasal, idari ve diğer önlemleri alırlar. Ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin olarak, Taraf Devletler eldeki kaynaklarını olabildiğince geniş tutarak, gerekirse uluslararası işbirliği çerçevesinde bu tür önlemler alırlar.

Madde:5-Taraf Devletler, bu Sözleşmenin çocuğa tanıdığı haklar doğrultusunda çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ile uyumlu olarak, çocuğa yol gösterme ve onu yönlendirme konusunda ana-babanın, yerel gelenekler öngörüyorsa uzak aile veya topluluk üyelerinin, yasal vasilerinin veya çocuktan hukuken sorumlu öteki kişilerin sorumluluklarına, haklarına ve ödevlerine saygı gösterirler.

Madde:6-

1-Taraf Devletler, her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

2-Taraf Devletler, çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler.

Madde:7-

1-Çocuk doğumdan hemen sonra derhal nüfus kütüğüne kaydedilecek ve doğumdan itibaren bir isim hakkına, bir vatandaşlık kazanma hakkına ve mümkün olduğu ölçüde ana babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkına sahip olacaktır.

2-Taraf Devletler, özellikle çocuğun tabiiyetsiz kalması sözkonusu olduğunda kendi ulusal hukuklarına ve ilgili uluslararası belgeler çerçevesinde üstlendikleri yükümlülüklerine uygun olarak bu hakların işlerlik kazanmasını taahhüt ederler.

Madde:8-

1-Taraf Devletler, yasanın tanıdığı şekliyle çocuğun kimliğini; tabiiyeti, ismi ve aile bağları dahil, koruma hakkına saygı göstermeyi ve bu konuda yasa dışı müdahalelerde bulunmamayı taahhüt ederler.

2-Çocuğun kimliğinin unsurlarının bazılarında veya tümünden yasaya aykırı olarak yoksun bırakılması halinde, Taraf Devletler çocuğun kimliğine süratle yeniden kavuşturulması amacıyla gerekli yardım ve korumada bulunurlar.

Madde:9-

1-Yetkili makamlar uygulanabilir yasa ve usullere göre ve temyiz yolu açık olarak, ayrılığın çocuğun yüksek yararına olduğu yolunda karar vermedikçe, Taraf Devletler, çocuğun, ana-babasından, onların rızası dışında ayrılmamasını güvence altına alırlar. Ancak, ana-babası tarafından çocuğun kötü muameleye maruz bırakılması ya da ihmal edilmesi durumlarında ya da ana-babanın birbirinden ayrı yaşaması nedeniyle, çocuğun ikametgahının belirlenmesi amacıyla karara varılması gerektiğinde, bu tür bir ayrılık kararı verilebilir.

2-Bu maddenin birinci fıkrası uyarınca girilen her işlemde, ilgili bütün taraflara işleme katılma ve görüşlerini bildirme olanağı tanınır.

3-Taraf Devletler, ana-babasından veya bunlardan birinden ayrılmasına karar verilen çocuğun, kendi yüksek yararına aykırı olmadıkça, ana-babanın ikisiyle de düzenli bir biçimde kişisel ilişki kurma ve doğrudan görüşme hakkına saygı gösterirler.

4-Böyle bir ayrılık, bir Taraf Devlet tarafından girilen ve çocuğun kendisinin ana veya babasının veya her ikisinin birden tutuklanmasını, hapsini, sürgün, sınırışı edilmesini veya ölümünü (ki buna devletin gözetimi altında iken nedeni ne olursa olsun meydana gelen ölüm dahildir) tevlit eden herhangi benzer bir işlem sonucu olmuşsa, bu Taraf Devlet, istek üzerine ve çocuğun esenliğine zarar vermemek koşulu ile; ana-babaya, çocuğa veya uygun olursa, ailenin bir başka üyesine, söz konusu aile bireyinin ya da bireylerinin bulunduğu yer hakkında gereken bilgiyi verecektir. Taraf Devletler, böyle bir istemin başlı başına sunulmasının ilgili kişi veya kişiler bakımından aleyhte hiçbir sonuç yaratmamasını ayrıca taahhüt ederler.

Madde:10-

1-9'uncu maddenin 1'inci fıkrası uyarınca Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, çocuk veya ana-babası tarafından, ailenin birleşmesi amaçlarıyla yapılan bir Taraf Devlet ülkesine girme ya da onu terk etme konusundaki her başvuru, Taraf Devletlerce olumlu, insani ve ivedi bir tutumla ele alınacaktır. Taraf Devletler, bu tür bir başvuru yapılmasının başvuru sahipleri veya aile üyeleri aleyhine sonuçlar yaratmamasını taahhüt ederler.

2-Ana-babası, ayrı devletlerde oturan bir çocuk olağanüstü durumlar hariç, hem ana hem de babası ile düzenli biçimde kişisel ilişkiler kurma ve doğrudan görüşme hakkına sahiptir. Bu nedenle ve 9'uncu maddenin 1'inci fıkrasına göre Taraf Devletlere düşen sorumluluğa uygun olarak, Taraf Devletler çocuğun ve ana-babasının Taraf Devletlerin ülkeleri dahil herhangi bir ülkeyi terk etmeye ve kendi ülkelerine dönme hakkına saygı gösterirler. Herhangi bir ülkeyi terk etme hakkı, yalnızca yasada öngörüldüğü gibi ve ulusal güvenliği, kamu sağlığı ve ahlak veya başkalarının hak ve özgürlüklerini korumak amacı ile ve işbu Sözleşme ile tanınan öteki haklarla bağdaştığı ölçüde kısıtlamalara konu olabilir.

Madde:11-

1-Taraf Devletler, çocukların yasadışı yollarla ülke dışına çıkarılıp geri döndürülmemesi halleriyle mücadele için önlemler alırlar.

2-Bu amaçla Taraf Devletler iki ya da çok taraflı anlaşmalar yapılmasını ya da mevcut anlaşmalara katılmayı teşvik ederler.

Madde:12-

1-Taraf Devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırlar.

2-Bu amaçla, çocuğu etkileyen herhangi bir adli veya idari kovuşturmada çocuğun ya doğrudan doğruya veya bir temsilci ya da uygun bir makam yoluyla dinlenilmesi fırsatı, ulusal yasanın usule ilişkin kurallarına uygun olarak çocuğa özellikle sağlanacaktır.

Madde:13-

1-Çocuk, düşüncesini özgürce açıklama hakkına sahiptir; bu hak, ülke sınırları ile bağlı olmaksızın, yazılı, sözlü, basılı, sanatsal biçimde veya çocuğun seçeceği başka bir araçla her türlü haber ve düşüncelerin araştırılması, elde edilmesi ve verilmesi özgürlüğü içerir.

2-Bu hakkın kullanılması yalnızca;

a)Başkasının haklarına ve itibarına saygı,

b)Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu sağlığı ve ahlakın korunması nedenleriyle ve kanun tarafından öngörölmek ve gerekli olmak kaydıyla yapılan sınırlamalara konu olabilir.

Madde:14-

1-Taraf Devletler, çocuğun düşünce, vicdan ve din özgürlüklerini hakkına saygı gösterirler.

2-Taraf Devletler, ana-babanın ve gerekiyorsa yasal vasilerin; çocuğun yeteneklerinin gelişmesiyle bağdaşır biçimde haklarının kullanılmasında çocuğa yol gösterme konusundaki hak ve ödevlerine, saygı gösterirler.

3-Bir kimsenin dinini ve inançlarını açıklama özgürlüğü kanunla öngörölmek ve gerekli olmak kaydıyla yalnızca kamu güvenliğı, düzeni, sağlık ya da ahlaki ya da başkalarının temel hakları ve özgürlüklerini korumak gibi amaçlarla sınırlandırılabilir.

Madde:15-

1-Taraf Devletler, çocuğun dernek kurma ve barış içinde toplanma özgürlüklerine ilişkin haklarını kabul ederler.

2-Bu hakların kullanılması, ancak yasayla zorunlu kılınan ve demokratik bir toplumda gerekli olan ulusal güvenlik, kamu güvenliğı, kamu düzeni yararına olarak ya da kamu sağlığı ve ahlakın ya da başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması amaçlarıyla yapılan sınırlamalardan başkalarıyla kısıtlandırılmaz.

Madde:16-

1-Hiçbir çocuğun özel yaşantısına, aile, konut ve iletişimine keyfi ya da haksız bir biçimde müdahale yapılamayacağı gibi, onur ve itibarına da haksız olarak saldırılamaz.

2-Çocuğun bu tür müdahale ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır.

Madde:17-Taraf Devletler, kitle iletişim araçlarının önemini kabul ederek çocuğun; özellikle toplumsal, ruhsal ve ahlaki esenliğı ile bedensel ve zihinsel sağlığını geliştirmeye yönelik çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan bilgi ve belge edinmesini sağlarlar. Bu amaçla Taraf Devletler;

a)Kitle iletişim araçlarını çocuk bakımından toplumsal ve kültürel yararı olan ve 29'uncu maddenin ruhuna uygun bilgi ve belgeyi yaymak için teşvik ederler;

b)Çeşitli kültürel, ulusal ve uluslararası kaynaklardan gelen bu türde bilgi ve belgelerin üretimi, değişimi ve yayımı amacıyla uluslararası işbirliğini teşvik ederler,

c)Çocuk kitaplarının üretimini ve yayılmasını teşvik ederler,

d)Kitle iletişim araçlarını azınlık grubu veya bir yerli ahaliye mensup çocukların dil gereksinimlerine özel önem göstermeleri konusunda teşvik ederler,

e)13 ve 18'inci maddelerde yer alan kurallar gözönünde tutularak çocuğun esenliğine zarar verebilecek bilgi ve belgelere karşı korunması için uygun yönlendirici ilkeler geliştirilmesini teşvik ederler.

Madde:18-

1-Taraf Devletler, çocuğun yetiştirilmesinde ve gelişmesinin sağlanmasında ana-babanın birlikte sorumluluk taşıdıkları ilkesinin tanınması için her türlü çabayı gösterirler. Çocuğun yetiştirilmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu ilk önce ana-babaya ya da durum gerektiriyorsa yasal vasilere düşer. Bu kişiler herşeyden önce çocuğun yüksek yararını gözönünde tutarak hareket ederler.

2-Bu Sözleşmede belirtilen hakların güvence altına alınması ve geliştirilmesi için taraf devletler, çocuğun yetiştirilmesi konusundaki sorumluluklarını kullanmada ana-baba ve yasal vasilerin durumlarına uygun yardım yapar ve çocukların bakımı ile görevli kuruluşların, faaliyetlerin ve hizmetlerin gelişmesini sağlarlar.

3-Taraf Devletler, çalışan ana-babanın, çocuk bakım hizmet ve tesislerinden, çocuklarının da bu hizmet ve tesislerden yararlanma hakkını sağlamak için uygun olan her türlü önlemi alırlar.

Madde:19-

1-Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

2-Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Madde:20-

1-Geçici ve sürekli olarak aile çevresinden yoksun kalan veya kendi yararına olarak bu ortamda bırakılması kabul edilmeyen her çocuk, Devletten özel koruma ve yardım görme hakkına sahip olacaktır.

2-Taraf Devletler bu durumdaki bir çocuk için kendi ulusal yasalarına göre, uygun olan bakımı sağlayacaklardır.

3-Bu tür bakım, başkaca benzerleri yanında, bakıcı aile yanına verme, İslam Hukukunda kefalet (kafalah), evlat edinme ya da gerekiyorsa çocuk bakımı amacı güden uygun kuruluşlara yerleştirmeyi de içerir. Çözümler düşünülürken, çocuğun yetiştirilmesinde sürekliliğin korunmasına ve çocuğun etnik, dinsel, kültürel ve dil kimliğine gereken saygı gösterilecektir.

Madde:21-Evlat edinme sistemini kabul eden ve/veya buna izin veren Taraf Devletler, çocuğun en yüksek yararlarının temel düşünce olduğunu kabul edecek ve aşağıdaki ilkeleri gerçekleştireceklerdir:

a)Bir çocuğun evlat edinilmesine ancak yetkili makam karar verir. Bu makam uygulanabilir yasa ve usullere göre ve güvenilir tüm bilgilerin ışığında; çocuğun, ana-babası, yakınları ve yasal vasisine göre durumunu gözönüne alarak ve gereken durumlarda tüm ilgililerle yapılacak görüşme sonucu onların da evlat edinme konusundaki onaylarını alma zorunluluğuna uyararak, kararını verir.

b)Çocuğun kendi ülkesinde elverişli biçimde bakılması mümkün olmadığı veya evlat edinecek veya yanına yerleştirilecek aile bulunmadığı takdirde, ülkelerarası evlat edinmenin çocuk bakımından uygun bir çözüm olduğunu kabul ederler.

c)Başka bir ülkede evlat edinilmesi düşünülen çocuğun, kendi ülkesinde mevcut evlat edinme durumuyla eşdeğer olan güvence ve ölçülerden yararlanmasını sağlarlar.

d)Ülkelerarası evlat edinmede, yerleştirmenin ilgililer bakımından yasadışı para kazanma konusu olmaması için gereken bütün önlemleri alırlar.

e)Bu maddedeki amaçları, uygun olduğu ölçüde, ikili ya da çok taraflı düzenleme veya anlaşmalarla teşvik ederler ve bu çerçevede, çocuğun başka bir ülkede yerleştirilmesinin yetkili makam veya organlar tarafından yürütülmesini güvenceye almak için çaba gösterirler.

Madde:22-

1-Taraf Devletler, ister tek başına olsun isterse ana babası veya herhangi bir başka kimse ile birlikte bulunsun, mülteci statüsü kazanmaya çalışan ya da uluslararası veya iç hukuk kural ve usulleri uyarınca mülteci sayılan bir çocuğun, bu Sözleşmede ve insan haklarına veya insani konulara ilişkin ve sözkonusu Devletlerin taraf oldukları diğer Uluslararası Sözleşmelerde tanınan ve bu duruma uygulanabilir nitelikte bulunan hakları kullanması amacıyla koruma ve insani yardımdan yararlanması için gerekli bütün önlemleri alırlar.

2-Bu nedenle, Taraf Devletler, uygun gördükleri ölçüde, Birleşmiş Milletler Teşkilatı ve onunla işbirliği yapan hükümetlerarası ve hükümet dışı yetkili başka kuruluşlarla bu durumda olan bir çocuğu korumak, ona yardım etmek, herhangi bir mülteci çocuğun ailesi ile yeniden bir araya gelebilmesi için ana-babası veya ailesinin başka üyeleri hakkında bilgi toplamak amacıyla işbirliğinde bulunurlar. Herhangi bir nedenle kendi aile çevresinden sürekli ya da geçici olarak ayrı düşmüş bir çocuğa bu Sözleşmeye göre tanınan koruma, aynı esaslar içinde, ana-babası ya da ailesinin başkaca üyelerinden hiçbirisi bulunmayan çocuğa da tanınacaktır.

Madde:23-

1-Taraf Devletler zihinsel ya da bedensel özürlü çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.

2-Taraf Devletler, özürlü çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde buldukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.

3-Özürlü çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2'nci fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (mali) durumları gözönüne alınarak, olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; özürlü çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirmek amacını güder.

4-Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, özürli çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgiden yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle gözönüne alınır.

Madde:24-

1-Taraf Devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf Devletler, hiçbir çocuğun bu tür tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.

2-Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle;

a)Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi,

b)Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması,

c)Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanısıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını gözönüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi,

d)Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması,

e)Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması,

f)Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlaması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar.

3-Taraf Devletler, çocukların sağlığı için zararlı geleneksel uygulamaların kaldırılması amacıyla uygun ve etkili her türlü önlemi alırlar.

4-Taraf Devletler, bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleştirilmesini tedricen sağlamak amacıyla uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi ve teşviki konusunda karşılıklı olarak söz verirler. Bu konuda gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

Madde:25-Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alma, bedensel ya da ruhsal tedavi amaçlarıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Madde:26-

1-Taraf Devletler, her çocuğun, sosyal sigorta dahil, sosyal güvenlikten yararlanma hakkını tanırlar ve bu hakkın tam olarak gerçekleşmesini sağlamak için ulusal hukuklarına uygun, gerekli önlemleri alırlar.

2-Sosyal Güvenlik, çocuğun ve çocuğun bakımından sorumlu olanların kaynakları ve koşulları gözönüne alınarak ve çocuk tarafından ya da onun adına yapılan

sosyal güvenlikten yararlanma başvurusuna ilişkin başkaca durumlar da gözönünde tutularak sağlanır.

Madde:27-

1-Taraf Devletler, her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir hayat seviyesine hakkı olduğunu kabul ederler.

2-Çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkanlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer.

3-Taraf Devletler, ulusal durumlarına göre ve olanakları ölçüsünde, ana-babaya ve çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere, çocuğun bu hakkının uygulanmasında yardımcı olmak amacıyla gerekli önlemleri alır ve gereksinim olduğu takdirde özellikle beslenme, giyim ve barınma konularında maddi yardım ve destek programları uygulurlar.

4-Taraf Devletler, Taraf Devlet ülkesinde veya başka ülkede bulunsun; ana-babası veya çocuğa karşı mali sorumluluğu bulunan diğer kişiler tarafından, çocuğun bakım giderlerinin karşılanmasını sağlamak amacıyla her türlü uygun önlemi alırlar. Özellikle çocuğa karşı mali sorumluluğu olan kişinin, çocuğun ülkesinden başka bir ülkede yaşaması halinde Taraf Devletler bu konuya ilişkin uluslararası anlaşmalara katılmayı veya bu tür anlaşmalar akdinin yanı sıra başkaca uygun düzenlemelerin yapılmasını teşvik ederler.

Madde:28-

1-Taraf Devletler, çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde tedricen gerçekleştirilmesi görüşüyle özellikle;

a)İlköğretimi herkes için zorunlu ve parasız hale getirirler,

b)Orta öğretim sistemlerinin genel olduğu kadar mesleki nitelikte de olmak üzere çeşitli biçimlerde örgütlenmesini teşvik ederler ve bunların tüm çocuklara açık olmasını sağlarlar ve gerekli durumlarda mali yardım yapılması ve öğretimi parasız kılmak gibi uygun önlemleri alırlar,

c)Uygun bütün araçları kullanarak, yüksek öğretimi yetenekleri doğrultusunda herkese açık hale getirirler,

d)Eğitim ve meslek seçimine ilişkin bilgi ve rehberliği bütün çocuklar için elde edilir hale getirirler,

e)Okullarda düzenli biçimde devamın sağlanması ve okulu terketme oranlarının düşürülmesi için önlem alırlar.

2-Taraf Devletler, okul disiplininin çocuğun insan olarak taşıdığı saygınlıkla bağdaştır biçimde ve bu Sözleşmeye uygun olarak yürütülmesinin sağlanması amacıyla gerekli olan tüm önlemleri alırlar.

3-Taraf Devletler eğitim alanında, özellikle cehaletin ve okuma yazma bilmemenin dünyadan kaldırılmasına katkıda bulunmak ve çağdaş eğitim yöntemlerine ve bilimsel ve teknik bilgilere sahip olunmasını kolaylaştırmak amacıyla uluslararası işbirliğini güçlendirir ve teşvik ederler. Bu konuda, gelişmekte olan ülkelerin gereksinimleri özellikle gözönünde tutulur.

Madde:29-

1-Taraf Devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara yönelik olmasını kabul ederler;

a)Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, zihinsel ve bedensel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi,

b)İnsan haklarına ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler Andlaşması'nda benimsenen ilkelere saygısının geliştirilmesi,

c)Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği menşe ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygısının geliştirilmesi,

d)Çocuğun, anlayışı, barış, hoşgörü, cinsler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan olsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı, sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması,

e)Doğal çevreye saygısının geliştirilmesi.

2-Bu maddenin veya 28'inci maddenin hiçbir hükmü gerçek ve tüzel kişilerin öğretim kurumları kurmak ve yönetmek özgürlüğüne, bu maddenin 1'inci fıkrasında belirtilen ilkelere saygı gösterilmesi ve bu kurumlarda yapılan eğitimin Devlet tarafından konulmuş olan asgari kurallara uygun olması koşuluyla, aykırı sayılacak biçimde yorumlanmayacaktır.

Madde:30-Soya, dine ya da dile dayalı azınlıkların ya da yerli halkların var olduğu Devletlerde, böyle bir azınlığa mensup olan ya da yerli halktan olan çocuk, ait olduğu azınlık topluluğunun diğer üyeleri ile birlikte kendi kültüründen yararlanma, kendi dinine inanma ve uygulama ve kendi dilini kullanma hakkından yoksun bırakılamaz.

Madde:31-

1-Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence (etkinliklerinde) bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar.

2-Taraf Devletler, çocuğun kültürel ve sanatsal yaşama tam olarak katılma hakkını saygı duyarak tanırlar ve özendirirler ve çocuklar için, boş zamanı değerlendirme, dinlenmeye, sanata ve kültüre ilişkin (etkinlikler) konusunda uygun ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik ederler.

Madde:32-

1-Taraf Devletler, çocuğun, ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitime zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı koruma hakkını kabul ederler.

2-Taraf Devletler, bu maddenin uygulamaya konulmasını sağlamak için yasal, idari, toplumsal ve eğitsel her önlemi alırlar. Bu amaçlar ve öteki uluslararası belgelerin ilgili hükümleri gözönünde tutularak, Taraf Devletler özellikle şu önlemleri alırlar:

a)İşe kabul için bir ya da birden çok asgari yaş sınırı tesbit ederler,

b)Çalışmanın saat olarak süresi ve koşullarına ilişkin uygun düzenlemeleri yaparlar,

c)Bu maddenin etkili biçimde uygulanmasını sağlamak için ceza veya başka uygun yaptırımlar öngörürler.

Madde:33-Taraf Devletler, çocukların uluslararası anlaşmalarda tanımlandığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasadışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasadışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel niteliktekiler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar.

Madde:34-Taraf Devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla Taraf Devletler özellikle;

a)Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanması,

b)Çocukların, fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulması sömürülmesini,

c)Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini,

önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Madde:35-Taraf Devletler, her ne nedenle ve hangi biçimde olursa olsun, çocukların kaçırılmaları, satılmaları veya fuhuşa konu olmalarını önlemek için, ulusal düzeyde ve ikili ve çok yanlı ilişkilerde gereken her türlü önlemleri alırlar.

Madde:36-Taraf Devletler, esenliğine herhangi bir biçimde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı çocuğu korurlar.

Madde:37-Taraf Devletler aşağıdaki hususları sağlarlar:

a)Hiçbir çocuk, işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tabi tutulmayacaktır. Onsekiz yaşından küçük olanlara, işledikleri suçlar nedeniyle idam cezası verilemeyeceği gibi, salıverilme koşulu bulunmayan ömür boyu hapis cezası da verilmeyecektir.

b)Hiçbir çocuk yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacaktır. Bir çocuğun tutuklanması, alıkonulması veya hapsi yasa gereği olacak ve ancak en son başvurulacak bir önlem olarak düşünülüp, uygun olabilecek en kısa süre ile sınırlı tutulacaktır.

c)Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuğa insancıl biçimde ve insan kişiliğinin özünde bulunan saygınlık ve kendi yaşındaki kişilerin gereksinimleri gözönünde tutularak davranılacaktır. Özgürlüğünden yoksun olan her çocuk kendi yüksek yararı aksini gerektirmedikçe, özellikle yetişkinlerden ayrı tutulacak ve olağanüstü durumlar dışında ailesi ile yazışma ve görüşme yoluyla ilişki kurma hakkına sahip olacaktır.

d)Özgürlüğünden yoksun bırakılan her çocuk, kısa zamanda yasal ve uygun olan diğer yardımlardan yararlanma hakkına sahip olacağı gibi özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yasaya aykırılığını bir mahkeme veya diğer yetkili, bağımsız ve taraf makam önünde iddia etme ve böylesi bir işlemle ilgili olarak ivedi karar verilmesini isteme hakkına da sahip olacaktır.

Madde:38-

1-Taraf Devletler, silahlı çatışma halinde kendilerine uygulanabilir olan uluslar arası hukukun, çocukları da kapsayan insani kurallarına uymak ve uyulmasını sağlamak yükümlülüğünü üstlenirler.

2-Taraf Devletler, onbeş yaşından küçüklerin çatışmalara doğrudan katılmaması için uygun olan bütün önlemleri alırlar.

3-Taraf Devletler, özellikle onbeş yaşına gelmemiş çocukları askere almaktan kaçınırlar. Taraf Devletler, onbeş ile onsekiz yaş arasındaki çocukların silah altına alınmaları gereken durumlarda, önceliği yaşça büyük olanlara vermek için çaba gösterirler.

4-Silahlı çatışmalarda sivil halkın korunmasına ilişkin uluslararası insani hukuk kuralları tarafından öngörülen yükümlülüklerine uygun olarak Taraf Devletler, silahlı çatışmadan etkilenen çocuklara koruma ve bakım sağlamak amacıyla mümkün olan her türlü önlemi alırlar.

Madde:39-Taraf Devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir.

Madde:40-

1-Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddia edilen ve bu nedenle itham edilen ya da ihlal ettiği kabul edilen her çocuğun; çocuğun yaşı ve yeniden topluma kazandırılmasının ve toplumda yapıcı rol üstlenmesinin arzu edilir olduğu hususları gözönünde bulundurularak, taşıdığı saygınlık ve değer duygusunu geliştirecek ve başkalarının da insan haklarına ve temel özgürlüklerine saygı duymasını pekiştirecek nitelikte muamele görme hakkını kabul ederler.

2-Bu amaçla ve uluslararası belgelerin ilgili hükümleri gözönünde tutularak Taraf Devletler özellikle, şunları sağlarlar:

a)İşlendiği zaman ulusal ya da uluslararası hukukça yasaklanmamış bir eylem ya da ihmal nedeniyle hiçbir çocuk hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddiası ya da ithamı öne sürülemeyeceği gibi, böyle bir ihlalde bulunduğu da kabul edilmeyecektir.

b)Hakkında ceza hukukunu ihlal iddiası veya ithamı bulunan her çocuk aşağıdaki asgari güvencelelere sahiptir:

i)Haklarındaki suçlama yasal olarak sabit oluncaya kadar masum sayılmak,

ii)Haklarındaki suçlamalardan kendilerinin hemen ve doğrudan doğruya; ya da uygun düşen durumlarda ana-babaları ya da yasal vasileri kanalı ile haberli kılınmak ve savunmalarının hazırlanıp sunulmasında gerekli yasal ya da uygun olan başka yardımdan yararlanmak,

iii)Yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde adli ya da başkaca uygun yardımdan yararlanarak ve özellikle çocuğun yaşı ve durumu gözönüne alınmak suretiyle kendisinin yüksek yararına aykırı olduğu saptanmadığı sürece, ana-babası veya yasal vasisi de hazır bulundurulurken yasaya uygun biçimde adil bir duruşma ile konunun gecikmeksizin karara bağlanmasını sağlamak,

- iv) Tanıklık etmek ya da suç ikrarında bulunmak için zorlanmamak, aleyhine olan tanıkları sorguya çekmek veya sorguya çekmiş olmak ve lehine olan tanıkların hazır bulunmasının ve sorgulanmasının eşit koşullarda sağlanması,
- v) Ceza yasasını ihlal ettiği sonucuna varılması halinde, bu kararın ve bunun sonucu olarak alınan önlemlerin daha yüksek yetkili, bağımsız ve yansız bir makam ya da mahkeme önünde yasaya uygun olarak incelenmesi,
- vi) Kullanılan dili anlamaması veya konuşamaması halinde çocuğun parasız çevirmen yardımından yararlanması,
- vii) Kovuşturmanın her aşamasında özel hayatın gizliliğine tam saygı gösterilmesine hakkı olmak,

3-Taraf Devletler, hakkında ceza yasasını ihlal ettiği iddiası ileri sürülen, bununla itham edilen ya da ihlal ettiği kabul olunan çocuk bakımından, yalnızca ona uygulanabilir yasaların, usullerin, onunla ilgili makam ve kuruluşların oluşturulmasını teşvik edecek ve özellikle şu konularda çaba göstereceklerdir:

- a) Ceza Yasasının ihlali konusunda asgari bir yaş sınırı belirleyerek, bu yaş sınırının altındaki çocuğun ceza ehliyetinin olmadığı kabulü,
- b) Uygun bulunduğu ve istenilir olduğu takdirde, insan hakları ve yasal güvencele-re tam saygı gösterilmesi koşulu ile bu tür çocuklar için adli kovuşturma olmaksızın önlemlerin alınması,

4-Koruma tedbiri, yönlendirme ve gözetim kararları, danışmanlık, şartlı salıverme, bakım için yerleştirme, eğitim ve meslek öğretme programları ile diğer kurumsal bakım seçenekleri gibi çeşitli düzenlemelerin uygulanmasında, çocuklara durumları ve suçları ile orantılı ve kendi esenliklerine olacak biçimde muamele edilmesi sağlanacaktır.

Madde:41-Bu Sözleşmede yeralan hiçbir husus, çocuk haklarının gerçekleştirilmesine daha çok yardımcı olan ve;

- a) Bir Taraf Devletin yasasında; veya
- b) Bu Devlet bakımından yürürlükte olan uluslararası hukukta yeralan hükümleri etkilemeyecektir.

II. KISIM

Madde:42-Taraf Devletler, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamayı taahhüt ederler.

Madde.43-

1-Taraf Devletlerin bu Sözleşme ile üstlendikleri yükümlülükleri yerine getirme konusunda kaydettikleri ilerlemeleri incelemek amacıyla, görevleri aşağıda belirtilen bir Çocuk Hakları Komitesi kurulmuştur.

2-Komite, bu Sözleşme ile hükme bağlanan alanda yetenekleriyle tanınmış ve yüksek ahlak sahibi on uzmandan oluşur. Komite üyeleri Taraf Devletlerce kendi vatandaşları arasından ve kişisel olarak görev yapmak üzere, adil bir coğrafi dağılımı sağlama gereği ve başlıca hukuk sistemleri gözönünde tutularak seçilirler.

3-Komite üyeleri, Taraf Devletlerce gösterilen kişiler listesinden gizli oyla seçilirler. Her Taraf Devlet, vatandaşları arasından bir uzmanı aday gösterebilir.

4-Komite için ilk seçim, bu Sözleşmenin yürürlüğe girişini izleyen altı ay içinde yapılır. Sonraki seçimler iki yılda bir yapılır. Her seçim tarihinden en az dört ay önce, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, Taraf Devletleri iki ay içinde adaylarını göstermeye yazılı olarak davet eder. Daha sonra Genel Sekreter böylece belirlenen kişilerden, kendilerini gösteren Taraf Devletleri de işaret ederek, alfabetik sıraya göre oluşturduğu bir listeyi, Taraf Devletlere bildirir.

5-Seçimler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde, Genel Sekreter tarafından davet edilen Taraf Devletler toplantılarında yapılır. Nisabı, Taraf Devletlerin üçte ikisinin oluşturduğu bu toplantılarda, hazır bulunan ve oy kullanan Devletlerin salt çoğunluğuyla en fazla oy alan kişiler Komiteye seçilir.

6-Komite üyeleri dört yıl için seçilir. Adaya gösterildikleri takdirde yeniden seçilebilirler. İlk seçimde seçilmiş olan beş üyenin görevi iki yıl sonra sona erer, bu beş üyenin isimleri ilk seçimden hemen sonra toplantı başkanı tarafından çekilen kura ile belirlenir.

7-Bir komite üyesinin ölmesi veya çekilmesi ya da başka herhangi bir nedenle bir üyenin Komitedeki görevlerini yapamaz hale gelmesi durumunda adaylığını öneren Taraf Devlet, Komitenin onaylaması koşuluyla, böylece boşalan yerdeki görev süresi doluncaya kadar, kendi vatandaşları arasından başka bir uzmanı atayabilir.

8-Komite, iç tüzüğünü kendisi belirler.

9-Komite, memurlarını iki yıllık bir süre için seçer.

10-Komite toplantıları olağan olarak Birleşmiş Milletler Teşkilatı Merkezinde ya da Komite tarafından belirlenecek başka uygun bir yerde yapılır. Komite olağan olarak her yıl toplanır. Komite toplantılarının süresi, gerektiğinde, Genel Kurulca onaylanmak koşuluyla, bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bir toplantısıyla belirlenir veya değiştirilir.

11-Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri gerekli maddi araçları ve personeli bu Sözleşme ile kendisine verilen görevleri etkili biçimde görebilmesi amacıyla, Komite emrine verir.

12-Bu Sözleşme uyarınca oluşturulan Komitenin üyeleri, Genel Kurulun onayı ile, Birleşmiş Milletler Teşkilatının kaynaklarından karşılanmak üzere, Genel Kurulca saptanan şart ve koşullar çerçevesinde kararlaştırılan ücreti alırlar.

Madde:44-

1-Taraf Devletler, bu Sözleşmede tanınan hakları yürürlüğe koymak için aldıkları önlemleri ve bu haklardan yararlanma konusunda gerçekleştirilen ilerlemeye ilişkin raporları,

a)Bu Sözleşmenin ilgili Taraf Devlet bakımından yürürlüğe giriş tarihinden başlayarak iki yıl içinde,

b)Daha sonra beş yılda bir,

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri aracılığı ile Komiteye sunmayı taahhüt ederler.

2-Bu madde uyarınca hazırlanan raporlarda, bu Sözleşmeye göre üstlenilen sorumlulukların, şayet varsa, yerine getirilmesini etkileyen nedenler ve güçlükler belirtilecektir. Raporlarda ayrıca, ilgili ülkede Sözleşmenin uygulanması hakkında Komiteyi etraflıca aydınlatacak biçimde yeterli bilgi de bulunacaktır.

3-Komiteye etraflı bilgi içeren bir ilk rapor sunmuş olan Taraf Devlet, bu maddenin 1(b) bendi gereğince sunacağı sonraki raporlarında daha önce verilmiş olan temel bilgileri tekrarlamayacaktır.

4-Komite, Taraf Devletlerden Sözleşmenin uygulanmasına ilişkin her türlü ek bilgi isteminde bulunabilir.

5-Komite, iki yılda bir Ekonomik ve Sosyal Konsey aracılığı ile Genel Kurula faaliyetleri hakkında bir rapor sunar.

6-Taraf Devletler kendi raporlarının ülkelerinde geniş biçimde yayımını sağlarlar.

Madde:45-Sözleşmenin etkili biçimde uygulanmasını geliştirme ve Sözleşme kapsamına giren alanda uluslararası işbirliğini teşvik etmek amacıyla;

a)Uzmanlaşmış kurumlar, UNICEF ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organları, bu Sözleşmenin kendi yetki alanlarına ilişkin olan hükümlerinin uygulanmasının incelenmesi sırasında, temsil edilmek hakkına sahiptirler. Komite, uzmanlaşmış kurumları, UNICEF' ve uygun bulunduğu öteki yetkili kuruluşları, kendi yetki alanlarını ilgilendiren konularda uzman olarak görüş vermeye davet edebilir. Komite, uzmanlaşmış kurumları, UNICEF'i ve Birleşmiş Milletler Teşkilatının öteki organlarını kendi faaliyet alanlarına ilişkin kesimlerde Sözleşmenin uygulanması hakkında rapor sunmaya davet edebilir,

b)Komite, uygun bulunduğu takdirde, Taraf Devletlerce sunulmuş bir istem içeren ya da teknik danışma veya yardım ihtiyacını belirten her raporu, gerekiyorsa Komite'nin bu istek veya ihtiyaca ilişkin tavsiye ve gözlemlerini de ekleyerek, uzmanlaşmış kurumlara, UNICEF'e ve öteki yetkili kuruluşlara gönderir,

c)Komite, Genel Kurula Genel Sekreterden Komite adına çocuk haklarına ilişkin sorunlarda incelemeler yaptırması isteğinde bulunulmasını tavsiye edebilir,

d)Komite, bu Sözleşmenin 44 ve 45'inci maddeleri uyarınca alınan bilgilere dayanarak, telkin ve genel nitelikte tavsiyelerde bulunabilir. Bu telkin ve genel nitelikteki tavsiyeler, ilgili olan her Taraf Devlete gönderilir ve şayet varsa, Taraf Devletlerin yorumları ile birlikte Genel Kurulun dikkatine sunulur.

III. KISIM

Madde:46-Bu Sözleşme bütün Devletlerin imzasına açıktır.

Madde:47-Bu Sözleşme onaylamaya bağlı tutulmuştur. Onay belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Madde:48-Bu Sözleşme bütün Devletlerin katılmasına açık olacaktır. Katılma belgeleri Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Madde:49-

1-Bu Sözleşme, yirminci onay ya da katılma belgesinin Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi tarihini izleyen otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

2-Yirminci onay ya da katılma belgesinin tevdiinden sonra bu Sözleşmeyi onaylayacak ya da ona katılacak Devletlerin her biri için, bu Sözleşme, söz konusu Devletin onay ya da katılma belgesini tevdi tarihinden sonraki otuzuncu gün yürürlüğe girecektir.

Madde:50-

1-Bu Sözleşmeye Taraf herhangi bir Devlet bir değişiklik önerisinde bulunabilir ve buna ilişkin metni Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edebilir. Genel Sekreter bunun üzerine değişiklik önerisini Taraf Devletlere, önerinin incelenmesi ve oya konulması amacıyla bir Taraf Devletler Konferansı oluşturulmasını isteyip istemediklerini kendisine bildirmeleri kaydıyla, iletir. Böyle bir duyuru tarihini izleyen dört ay içinde Taraf Devletlerin en az üçte biri sözkonusu konferansın toplanmasından yana olduklarını ifade ederlerse Genel Sekreter, Birleşmiş Milletler Teşkilatı çerçevesinde bu konferansı düzenler. Konferansta hazır bulunan ve oy kullanan Taraf Devletlerin çoğunluğu tarafından kabul edilen her değişiklik, onay için Birleşmiş Milletler Genel Kuruluna sunulur.

2-Bu maddenin 1'inci fıkrasında yer alan hükümlere uygun olarak kabul edilen bir değişiklik, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca onaylandığı ve bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin üçte iki çoğunluğu tarafından kabul edildiği zaman yürürlüğe girer.

3-Bir değişiklik yürürlüğe girdiği zaman, onu kabul eden Taraf Devletler bakımından bağlayıcılık taşır. Öteki Taraf Devletler bu Sözleşme hükümleri ve daha önce kabul ettikleri her değişiklikle bağlı kalırlar.

Madde:51-

1-Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, onay ya da katılma anında yapılabilecek çekincelerin metnini alacak ve bütün Devletlere bildirecektir.

2-Bu Sözleşmenin amacı ve konusu ile bağdaşmayan hiçbir çekinceye izin verilmeyecektir.

3-Çekinceler, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterince, geri alınacağına ilişkin bildirimde bulunma yoluyla her zaman geri alınabilir. Bunun üzerine Genel Sekreter, bütün Devletleri haberdar eder. Böyle bir bildirim, Genel Sekreter tarafından alındığı tarihte işlerlik kazanır.

Madde:52-Bir Taraf Devlet, bu Sözleşmeyi, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreterine vereceği yazılı bildirim yoluyla feshedebilir. Fesih, bildirim Genel Sekreter tarafından alınması tarihinden bir yıl sonra geçerli olur.

Madde:53-Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri, bu Sözleşmenin tevdi makamı olarak belirlenmiştir.

Madde:54-İngilizce, Arapça, Çince, İspanyolca, Fransızca ve Rusça metinleri de aynı derecede geçerli olan bu Sözleşmenin özgün metni, Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Sekreteri nezdine tevdi edilecektir.

Hükümetleri tarafından tam yetkili kılınan aşağıda imzaları bulunan Temsilciler, yukarıdaki kuralların ışığında, bu Sözleşmeyi imzalamışlardır.

"İhtirazi Kayıt:

Türkiye Cumhuriyeti Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 17., 29. ve 30. Maddeleri hükümlerini T.C.Anayasası ve 24 Temmuz 1923 tarihli Lozan Anlaşması hükümlerine ve ruhuna uygun olarak yorumlama hakkını saklı tutmaktadır."

UNESCO XXIX. GENEL KONFERANSI İNSAN GENOMU VE İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİ (11 Kasım 1997)

Genel Konferans

"İnsan haysiyeti, eşitliği ve insanın insana karşılıklı saygısına dair demokratik ilkelere" atıfta bulunan "insanoğlunun ve ırkların eşit olmadığını ileri süren bütün doktrinleri" reddeden, "kültürün geniş tanıtımının, insanlığın barış, özgürlük ve adalet için eğitilmesinin, insanın haysiyet ve vekarı için zorunlu bulunduğunu ve bunların; karşılıklı yardımlaşma ve içten ilgi içerisinde bütün ulusların yerine getirmesi gereken kutsal bir görev olduğunu" şarta bağlayan, "barışın insanoğlunun fikri ve ahlaki dayanışması üzerine kurulması gerektiğini" ilan eden ve "insanlar arasındaki eğitim, bilim ve kültür ilişkileri yoluyla, Birleşmiş Milletler Teşkilatının uğrunda kurulduğu ve Birleşmiş Milletler Yasası'nda da ilan ettiği insanoğlunun ortak refahının ve uluslararası barışın sağlanması hedefleri doğrultusunda UNESCO'nun ilerlemeyi amaçladığını belirten UNESCO Anayasası'nın önsözünü anımsayarak;

10 Aralık 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde, 16 Aralık 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar ve Kişisel ve Siyasi Haklara ilişkin iki Birleşmiş Milletler Uluslararası Sözleşmelerinde, Jenosit'in Önlenmesi ve Cezalandırılması Hakkındaki 9 Aralık 1948 tarihli Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nde, Irk Ayrımının Bütün Biçimlerinin Kaldırılması Konusunda 21 Aralık 1965 tarihli Birleşmiş Milletler Uluslararası Sözleşmesinde, Zeka Özürlü Kişilerin Haklarına İlişkin 20 Aralık 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Beyannamesi'nde, Özürlü İnsanların Haklarına İlişkin 9 Aralık 1975 tarihli Birleşmiş Milletler Beyannamesi'nde, Kadınlara karşı her türlü Ayrımcılığın Önlenmesine Dair 18 Aralık 1979 tarihli Birleşmiş Milletler Sözleşmesinde, Gücün Kötüye Kullanılması ve Suç Kurbanları için Adaletin Temel İlkeleriyle ilgili 29 Kasım 1985 tarihli Birleşmiş Milletler Beyannamesi'nde, Çocuk Haklarına dair 20 Kasım 1989 tarihli Birleşmiş Milletler Sözleşmesinde, Özürlü Kişilere Eşit Fırsatlar Tanınması Hakkında 20 Aralık 1993 tarihli Birleşmiş Milletler Standart Kurallarında Bakteriolojik, Biyolojik ve Zehirli Silahların geliştirilmesi, Yapımı ve Stoklanması Yasaklanması ve Bunların İmhasına İlişkin 16 Aralık 1971 tarihli Sözleşmede, Eğitimde Ayrımcılığa Karşı 14 Aralık 1960 tarihli UNESCO Sözleşmesinde, Uluslar arası Kültürel İşbirliği İlkelerine Dair 4 Kasım 1966 tarihli UNESCO Beyannamesinde, Bilimsel Araştırmaların Statüsü Konusunda 20 Kasım 1974 tarihli UNESCO Tavsiye Kararında, Irk ve Irkçılık ile İlgili Önyargı Konusunda 27 Kasım 1978 tarihli UNESCO Beyannamesinde, İstihdam ve Çalışma ile İlgili Ayrımcılık Hakkında III Sayılı ve 25 Haziran 1958 tarihli Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) Sözleşmesinde ve Bağımsız Ülkelerde Yerli ve Kabile Halkları ile İlgili 169 Sayılı ve 27 Haziran 1989 tarihli ILO Sözleşmesinde teyid edilen İnsan Hakları Evrensel İlkelerine bağlılığını vekarla anımsayarak,

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi Giriş bölümü uyarınca, Edebi ve Artistik Eserlerin Himayesi Hakkında 9 Eylül 1886 tarihli Bern Sözleşmesi, son defa 24

Temmuz 1971'de gözden geçirilen 6 Eylül 1952 tarihli UNESCO Evrensel Telif Hakları Sözleşmesi, 20 Mart 1883 tarihli Beynelminel Sınai Mülkiyet Mukavelesi (son olarak 14 Temmuz 1967'de gözden geçirilmiştir). Patent İşlemlerine Yönelik Mikroorganizmaların Saklanması Uluslararası Kabulüne Dair 28 Nisan 1977 tarihli WIPO Budapeşte Andlaşması ve 1 Ocak 1995'de yürürlüğe girmiş olan Dünya Ticaret Örgütü Kurucu Anlaşmasının ekini teşkil eden Fikri Mülkiyet Haklarının Ticari Veçheleri (TRIPS) gibi genetik ilminin fikri mülkiyet alanındaki uygulamalarıyla irtibatlı olabilecek uluslararası belgelere halel vermemesi gereğini hatırdaki tutarak,

Biyolojik Çeşitlilik Hakkındaki 5 Haziran 1992 tarihli Birleşmiş Milletler Sözleşmesini hatırdaki tutarak ve bu bağlamda insanlığın biyolojik çeşitliliğinin kabulünün; İnsan Hakları Evrensel Beyannameinin önsözüne uygun olarak "insanlık ailesinin tüm üyelerinin eşit ve devrolunamaz haklarını ve doğuştan var olan haysiyetini" cerh edecek herhangi bir sosyal ya da politik yorumlamaya sebebiyet veremeyeceğini vurgulayarak,

İnsan haklarına ve özgürlüklere saygı çerçevesinde, biyoloji ve genetik alanlarında bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sonuçları üzerinde ahlaki (etik) çalışmaları ve bu çalışmalardan kaynaklanan faaliyetleri geliştirip ilerletmeye UNESCO'yu teşvik eden 22 C/Kararının 13.1 maddesi, 23 C/ Kararının 13.1 maddesi, 24 C/ Kararının 13.1 maddesi, 25 C/ Kararlarının 5.2 ve 7.3 maddeleri 27/C Kararının 5.15 ve 28 /C Kararlarının 0.12, 2.1 ve 2.2 maddelerini anımsayarak,

İnsan genomu üzerindeki araştırmaların ve bunlardan kaynaklanan uygulamaların bireylerin ve bütünüyle insan neslinin sağlık şartlarının iyileştirilmesi hususunda geniş imkanlar yarattığını, ancak bu araştırmaların, genetik karakterlere bağlı ayrımcılığın tüm şekillerini yasaklanmasının yanı sıra, insan haysiyetine, özgürlüğüne ve insan haklarına tam saygı göstermesi gerektiğini vurgulayarak,

Aşağıdaki ilkeleri ilan ve iş bu Beyannameyi kabul eder.

A) İnsan Haysiyeti ve İnsan Genomu

Madde:1-İnsan genomu, insanlık ailesinin tüm üyelerinin temel birliğini oluşturur ve insanların doğuştan varolan haysiyet ve farklılığının kabulünün esasını teşkil eder. Sembolik anlamda insan genomu, insanlığın mirasıdır.

Madde:2-

a)Herkes, genetik özellikleri ne olursa olsun, haysiyetlerine ve insan haklarına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.

b)Bu haysiyet, bireyleri genetik karakterlerine indirgememeyi ve insanların eşsiz oluşlarına ve farklılıklarına saygı gösterilmesini zorunlu kılar.

Madde:3-Tabiatında evrim bulunan insan genomu değişkenliklere tabidir. Bireyin sağlık durumu, yaşam şartları, beslenmesi ve eğitimi dahil olmak üzere her bireyin tabii ve sosyal çevresine göre değişiklikler gösteren potansiyeller içerir.

Madde:4-İnsan genomu tabii haliyle mali çıkarlara konu edilmeyecektir.

B)İlgili Kişilerin Hakları

Madde:5-

a)Bir ferдин genomunu etkileyen araştırma, tedavi veya teşhis; ancak, muhtemel risk ve yararların önceden titizlikle değerlendirilmesini takiben ve milli mevzuatta yer alan herhangi bir gereğe uyularak yapılacaktır.

b)Her vakada, ilgili kişinin özgür ve bilinçli rızası önceden alınacaktır. Eğer kişi onay verecek durumda değil ise, bu konudaki onay veya yetki, kişinin üstün çıkarları doğrultusunda yasa tarafından öngörülen biçimde alınacaktır.

c)Her bireyin, genetik tetkik sonuçları ve bunlardan doğan durumlar hakkında bilgi sahibi olmak veya olmamak kararına saygı gösterilecektir.

d)Araştırmalarda, ilgili ulusal ve uluslararası araştırma standartlarına veya kurallarına uygun olarak, önceden incelenmek üzere protokoller de ilave olarak verilecektir.

e)Yasaya göre bir kişinin rıza vermek için ehliyeti mevcut değilse, yetki almaya tabi olarak ve yasanın koyduğu koruyucu hükümlere göre, kişinin genomunu etkileyecek araştırma, sadece kişinin doğrudan sağlığı söz konusu olduğu takdirde yürütülebilir. Bireyin sağlığına doğrudan yararı bulunması beklenmeyen bir araştırma sadece istisnai halde yapılabilir. Böyle bir araştırma kişiyi asgari risk ve asgari sıkıntıya sokacak bir yöntemle ve büyük bir itina ile yürütülebilir. Araştırma aynı yaş grubundaki veya aynı genetik durumda olan diğer kişilerin sağlıklarına yarar sağlamayı amaçlıyor ise, yasanın koyduğu hükümlere bağlı olarak ve bireylerin insan haklarının korunmasına uygun olması kaydıyla böyle bir araştırma yapılabilir.

Madde:6-Hiç kimse, temel hak ve özgürlükleri ve insan haysiyetini ihlal etmeye yönelik veya bunları ihlal edici sonuçlar doğuracak, genetik karakterlere bağlı ayırmacığa maruz bırakılmayacaktır.

Madde:7-Araştırma veya başka amaçla, kimliği bilinen bir kişi hakkında derlenen genetik bilgiler yasa tarafından belirlenen koşullarla gizli tutulacaktır.

Madde:8-Her birey uluslararası ve ulusal hukuka göre, genomunu etkileyecek bir müdahalenin doğrudan sonucu olarak ortaya çıkan zararın hakça tazmini hakkına sahip olacaktır.

Madde:9-İnsan haklarını ve temel özgürlükleri koruyabilmek için uluslar arası hukuk ve uluslar arası insan hakları hukuku çerçevesindeki zorlayıcı nedenlerden ötürü onay verme ve gizliliğin korunmasına dair ilkelere getirilecek sınırlamalar sadece yasa ile hüküm altına alınabilir.

C)İnsan Genomu Üzerine Araştırma

Madde:10-Özellikle biyoloji, genetik ve tıp alanlarında insan genomu ile ilgili olarak yürütülecek hiçbir araştırma ya da uygulama, insan haklarına, temel özgürlüklere, bireylerin veya insan gruplarının haysiyetine gösterilen saygıdan üstün olarak müatalaa edilemez.

Madde:11-İnsanoğlunun "cloning" yöntemi gibi insan haysiyetine aykırı uygulamalarla üremesine izin verilmeyecektir. Devletler ve yetkili uluslararası kuruluşlar bu gibi uygulamaların ortaya çıkarılmasını ve bu Beyannamede ortaya konan ilkelere saygı gösterilmesini teminen uygun önlemlerin milli veya uluslar arası düzeyde oluşmasında işbirliği yapmaya çağılmaktadırlar.

Madde:12-

a)Biyoloji, genetik ve tıp bilimlerinde insan genomu ile ilgili ilerlemeler, her bireyin haysiyetine ve insan haklarına gerekli saygı gösterilerek, herkesin istifadesine açık tutulacaktır.

b) Bilimin gelişmesi için gerekli olan araştırma özgürlüğü, düşünce özgürlüğünün bir parçasıdır. İnsan genomu ile ilgili ve biyoloji, genetik, tıp bilimlerinde de dahil yapılacak araştırmaların uygulamaları, ızdırap çeken insanların acılarını dindirmeyi ve hem bireylerin, hem de bütünüyle insan neslinin sağlığını iyileştirmeyi amaçlayacaktır.

D) Bilimsel Çalışmaların Uygulanma Şartları

Madde:13-Araştırmalarını yürütmede ve bulgularını takdim edip kullanmada, titizlik, entelektüel dürüstlük ve bütünlük de dahil olmak üzere araştırmacıların çalışmalarının tabiatında varolan sorumluluklar ile araştırma bulgularının takdim ve kullanımı insan genomu ile ilgili araştırmalarda ahlaki ve sosyal etkilerinden ötürü özenle yapılacaktır. Bilim alanında kamu ve özel karar mercilerinin belirli sorumlulukları bulunmaktadır.

Madde:14-Devletler, insan genomu ile ilgili araştırmaların yürütülme özgürlüğü lehinde fikri ve maddi şartları geliştirmek ve bu Beynamede öngörülen ilkeler ışığında bu gibi araştırmaların ahlaki (etik), hukuki, sosyal ve ekonomik etkilerini dikkate almak için uygun önlemler alacaklardır.

Madde:15-Devletler, insan haklarına, temel özgürlüklere, insan haysiyetine saygıyı muhafaza etmek ve kamu sağlığını korumak amacıyla, bu Beynamede öngörülen ilkelere gerekli itina gösterilerek insan genomu ile ilgili araştırmaların serbestçe yürütülmesi amacıyla gerekli ortamın sağlanması için uygun adımları atacaklardır. Devletler, araştırma sonuçlarının barışçı olmayan amaçlarla kullanılmasını temin etmeye çaba göstereceklerdir.

Madde:16-Devletler, insan genomu ile ilgili araştırmalar ve bunların uygulamalarının ortaya çıkaracağı ahlaki, hukuki ve sosyal konuları değerlendirebilmek amacıyla, bağımsız, çok disiplinli ve çoğulcu ahlak (etik) Komitelerinin, uygun görülecek çeşitli düzeylerde kurulmasının ve geliştirilmesinin önemini kabul edeceklerdir.

E) Dayanışma ve Uluslararası İşbirliği

Madde:17-Devletler, genetik karakterlerin zaafiyetinden veya hastalığından etkilenebilen bireyler, aileler ve halk gruplarıyla dayanışma uygulamasına saygı gösterecek ve bunu geliştireceklerdir. Devletler, dünya nüfusunu büyük rakamlarla etkileyen yöresel ve az rastlanan hastalıkların yanı sıra, genetikten kaynaklanan ve genetiğin etkilediği hastalıkların belirlenmesi, önlenmesi ve tedavisiyle ilgili araştırmaları teşvik edeceklerdir.

Madde.18-Devletler, bu Beynamede öngörülen ilkelere gerekli saygı çerçevesinde, insan genomu, insan farklılığı ve genetik araştırmalarla ilgili bilimsel bilgilerin uluslararası yayılmasını teşvik etmeyi sürdürmek ve bu bağlamda özellikle sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında bilimsel ve kültürel işbirliğini geliştirmek için özel çaba harcayacaklardır.

Madde:19-

a) Gelişmekte olan ülkelerle uluslararası işbirliği çerçevesinde devletler aşağıdaki hususları teşvik etmeye çaba harcayacaklardır:

i) İnsan genomu ile ilgili araştırmalara dair risk ve yararların değerlendirilmesinin sağlanması ve kötüye kullanımının önlenmesine

ii) Belirli sorunlarını da göz önünde tutarak, gelişmekte olan ülkelerin insan biyolojisi ve genetiği ile ilgili araştırma yapabilme kapasitelerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesine;

iii) Bilimsel ve teknolojik araştırmaların ekonomik ve sosyal kalkınmaya yapacağı katkıların herkesin yararına olmasını sağlamak amacıyla, gelişmekte olan ülkelerin söz konusu araştırmalarla erişilen olumlu sonuçlardan yararlanmalarına,

iv) Biyoloji, genetik ve tıp dallarında bilimsel verilerin ve bilginin serbestçe değişiminin özendirilmesine,

b) İlgili uluslararası kuruluşlar, devletler tarafından yukarıdaki amaçlar doğrultusunda alınacak önlemleri destekleyecek ve geliştireceklerdir.

F) Beyannamede Yer alan İlkelerin Geliştirilmesi

Madde:20-Devletler, başta disiplinlerarası dallarda araştırma ve meslek içi eğitimin sağlanması ve özellikle bilim politikalarından sorumlu kişilere yönelik bioetik eğitiminin geliştirilmesi yöntemleri olmak üzere, eğitim ve eğitimle ilgili araç ve gereçlerin kullanılması suretiyle bu Beyannamede vazedilen prensipleri geliştirmek amacıyla uygun tedbirleri alacaklardır.

Madde:21-Devletler, biyoloji, genetik ve tıp bilimlerinde araştırmalar ve uygulamalar yoluyla yüceltilebilecek insan haysiyetinin savunulmasıyla ilgili temel konulara dair toplumun ve bütün üyelerinin sorumluluklarının bilincinin artmasına vesile olan diğer araştırma türleri, eğitim ve bilgi yayılımını teşvik etmek amacıyla uygun önlemleri alacaklardır. Devletler ayrıca, bu alanda, muhtelif sosyokültürel, dini ve felsefi fikirlerin serbestçe ifade edilmesini sağlamaya yönelik uluslararası açık tartışma ortamının yaratılmasını kolaylaştırmayı üstleneceklerdir.

G) Beyannamenin Uygulanması

Madde:22-Devletler, bu Beyannamede yer alan ilkeleri geliştirmek ve her türlü uygun önlemler yoluyla bu ilkelerin uygulanmasını sağlamak için her türlü çabayı harcayacaklardır.

Madde:23-Devletler, eğitim ve bilgi yayılımı yoluyla anılan ilkelere saygı gösterilmesini sağlamak ve bunların kabul edilmesini ve etkili bir biçimde uygulanmalarını teşvik etmek için uygun önlemler alacaklardır. Devletler ayrıca, tam işbirliğini sağlamak için kurulan bağımsız etik komiteler arasında bağlar kurulmasını ve değişimleri teşvik edeceklerdir.

Madde:24-UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi, işbu Beyannamede ortaya konulan ilkelerin yayılımına; bu ilkelerin uygulamaları ve ilgili teknolojilerin evriminden ortaya çıkan konuların daha ayrıntılı incelenmesine katkıda bulunacaktır. Komite, hassas ve zayıf insan grupları gibi ilgili taraflarla uygun danışmalarda bulunmalıdır. Komite, özellikle hücrenin yapısına müdahaleler gibi insan haysiyetine aykırı olabilecek uygulamaların tanımlanmasına ilişkin olarak UNESCO'nun kuruluş yasası ve tüzükleri uyarınca genel konferansa tavsiyelerde bulunmalıdır.

Madde:25-İşbu Beyannamede yer alan hiçbir hüküm, Beyannamede ortaya konulan ilkeler de dahil olmak üzere, tüm insan haklarına ve temel özgürlüklere aykırı herhangi bir eylemde bulunmak veya bu kabil bir faaliyetin içinde olmak için hiçbir devlete, gruba veya kişiye herhangi bir hak bahşedilmesini intac ediyor şeklinde yorumlanamaz.

UNESCO GENEL KONFERANSININ XXIX. DÖNEMİNDE KABUL EDİLEN KARAR İNSAN GENOMU VE İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİNİN UYGULANMASI

UNESCO GENEL KONFERANSI

11 Kasım 1997 tarihinde kabul edilen İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini gözönünde tutarak,

Evrensel Beyannamenin kabulü sırasında üye ülkelerce formüle edilen hususların, Beyannamenin uygulanması için yararlı olduğunu kaydederek;

1-Üye ülkelerden aşağıdaki hususların yerine getirilmesini talep eder;

a)İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi hükümleri ışığında, yasa veya kuralların hazırlanması da dahil olmak üzere gerekli adımları atmak, Beyannamede ortaya konan ilkeleri ve uygulamaları geliştirmek,

b)Beyannamede ortaya konan ilkelerin uygulanması konusunda aldıkları bütün önlemlerden Genel Direktörü muntazaman bilgilendirmek,

2-Genel Direktöre aşağıdaki hususlarda çağrıda bulunur:

a)UNESCO 29. Genel Konferansını takiben, coğrafi denge esasına göre UNESCO'nun üye ülkelerinin temsilcilerinden oluşacak bir "ad hoc" çalışma grubunu mümkün olan en kısa zamanda toplamak; (Bu çalışma grubu, anılan Beyannamenin uygulanması ve bu konuda Yürütme Kurulu'nun 154'üncü oturumuna rapor sunulmasını temin için gerekli istişarelerin boyutu da dahil olmak üzere Evrensel Beyanname ve zuhur eden şartlarla ilgili olarak Uluslararası Biyoetik Komitesi'nin görevleri ve işleyişi konusunda genel direktörü bilgilendirecektir.)

b)Uluslararası Biyoetik Komitesi'nin Beyannamenin uygulanmasını ve yayılımını sağlayabilmesi ve öngördüğü ilkelerin geliştirilmesini temin edebilmesi için gerekli adımları atmak,

c)Üye ülkelerce verilen bilgiler ışığında ve genel direktörün uygun göreceği yollarla toplanacak güvenilir malumat çerçevesinde Beyanname ile ilgili alanlarda dünya genelindeki durum hakkında Genel Konferansa küresel (global) bir rapor hazırlamak,

d)Kapsamlı raporun hazırlanmasında Birleşmiş Milletler sistemine dahil kuruluşların, diğer uluslar arası teşkilatların ve yetkili uluslar arası hükümet dışı kuruluşların çalışmalarını dikkate almak,

e)Beyannamenin uygulanmasını geliştirmek amacıyla, gerekli görülebilecek genel gözlemler ve tavsiyelerle birlikte kapsamlı raporunu Genel Konferansa sunmak.

BİYO BANKALAR VE BİYOETİK: DNA BANKALARI ÇERÇEVE KURALLARI

Universal Declaration on Bioethics and Human Rights

Since the 1970s, the field of bioethics has grown considerably. While it is true that bioethics today includes medical ethics issues, its originality lies in the fact that it goes much further than the various professional codes of ethics concerned. It entails reflection on societal changes and even on global balances brought about by scientific and technological developments. To the already difficult question posed by life sciences – How far can we go? – other queries must be added concerning the relationship between ethics, science and freedom.

Genetik çalışmalar için elde edilen insan kaynaklı biyolojik örnekler tıbbi tanı, bilimsel araştırma, tedaviye yönelik çalışmalar gibi çeşitli basamaklarda kullanılmaktadır. Bu süreç içerisinde örneklerin analiz amaçlı kısa süreli saklanması veya uzun süreli bankalanmaları söz konusudur. Genetik veriler sadece kişi hakkında değil kişinin ait olduğu aile fertleri ve toplum hakkında da bilgi içermesi özelliği taşıdığı için her tür genetik çalışmada olduğu gibi bankalanma süreci etik, hukusal, sosyal ve ekonomik boyutlar içermektedir. Aşağıda örnek bankalama süreci ile ilgili tanımlamalar ve çerçeve kuralları verilmektedir:

Biyobankalar; yaşam bilimleri ve biyoteknoloji alanlarında büyük önem taşımaktadır. Bu bankalar kapsamında canlı hücreler, organizma genomları, kalıtımla ilgili bilgiler ve biyolojik sistemlere ilişkin fonksiyonel bilgiler korunabilmektedir. Örneğin, klinik patolojik örnek arşivleri, doku bankası, kan bankası, organ bankası, DNA bankası, biyolojik örnek bankaları kapsamına girmektedir.

DNA Bankası; doku, hücre, transforme edilmiş hücre veya izole edilmiş DNA/cDNA'nın ilerki bir tarihte analizini gerçekleştirmek amacıyla uzun süreli depolandığı ünitelerdir. Depolanan örneklerle ilgili bilgiler ve DNA analizlerinden elde edilen veriler veritabanlarında uzun süreli korunarak gelecekteki çalışmalarda kullanılacak olan **DNA Veri Bankaları'nı** oluşturmaktadır.

DNA Bankası'nın amaçları:

DNA bankalarının temel amacı; biyomedikal araştırmalar için yeterli sayıda örneğin eldesi, yeniden örnekleme olmaksızın aynı örnekte çeşitli testlerin uygulanabilirliği ve yıllar boyunca gerektiğinde analizlerin tekrarlanabilmesine olanak sağlamaktır. Sağlıklı veya patolojik örnekler kişiler, aileler veya daha geniş kapsamda toplumdan elde edilebilir. Biyolojik örnekler aşağıda belirtilmiş olan ve diğer benzer çalışmalar için kullanılabilir :

- genetik hastalıklarda tanı ve klinik takip
- genetik epidemiyolojik çalışmalar
- genetik haritalama
- fonksiyonel çalışmalar

- tanı ve tedavi araçlarının geliştirilmesi
- farmakogenomik ve ilaç tasarımı
- hücresel tedavi / gen tedavisi

DNA Bankası Tipleri:

Genelde DNA bankaları dört farklı kapsamda oluşturulmaktadır :

- Üniversite ve benzeri araştırma merkezlerine bağlı
- Servis amaçlı, ticari
- Adli Tıp Kurumlarına bağlı
- Silahlı Kuvvetlere bağlı

DNA BANKASI ÇERÇEVE KURALLARI

Aşağıda belirtilmiş olan çerçeve kurallar araştırma amaçlı DNA bankaları için ele alınmıştır :

I. Örnek kabulü ve Bilgilendirilmiş Onam Formu

Örnekler bir hekimin klinik değerlendirmesi sonucu ve talebi üzerine bankalanmalı, kişilerin veya yakınlarının talebi ile örnek kabul edilmemelidir. DNA'sı bankalanacak kişinin doğru bilgilendirilmesi ve gönüllülük esasına dayalı olarak örnek vermesini temin etmek amacı ile yazılı bir Bilgilendirilmiş Onam Formu (örnek form) örneklerle birlikte alınmalıdır. **İlgili** kişi olanak dahilinde, yapı ve olgunluk derecesine bağlı olarak belirleyici bir şekilde onam sürecine katılmalıdır. Örnek verenin reşit olmadığı veya temyiz kudretinden yoksun olduğu durumlarda, bu kişilerin kanuni temsilcilerine imza yetkisi verilir. Aşağıda sıralanan noktalar onam formu kapsamında yer almalıdır:

- Örnek vermenin kişiye risk ve faydaları
- Kişisel bilgilerin gizliliğinin nasıl korunduğu
- Kimlerin bu örnekleri kullanma ve örneklere ait bilgilere erişim hakları olduğu
- Örneklerin saklanma süresi
- Kişilerin herhangi bir zamanda örneklerini ve buna bağlı verileri bankadan çekme hakkının saklı olduğu
- Örneklerin uzun süreli saklanmalarına bağlı olarak şu anda öngörülmemiş bir analiz veya araştırma için kullanılma olasılığının varolduğu ("blanket consent")
- Örneklerden genetik profil elde etmek amaçlı bir analiz veya araştırma için kullanılma olasılığının varolduğu
- Örneklerden genetik profil elde etmek amaçlı bir analiz yapılacaksa sonuçların kime verileceği

II. Örneklerin işlenmesi ve gizlilik/mahremiyet ilkeleri

Bankalanma işlemleri sırasında kişilerin mahremiyetlerinin ve kişisel/tıbbi bilgilerinin gizliliğinin korunması en temel kuraldır. Bu nedenle, biyolojik örneklerin saklanması veya analize tabi tutulma süresi içinde kişi açık kimliklerinin gizli kalması gerekmektedir. Bu bilgiler şifreleme sistemi ile korunmalı, örnek kodlanarak depolanmalı ve tüm işlemler sırasında bu kod kullanılmalıdır. DNA bankası yöneticileri biyolojik örneklerin uzun süreli olarak sağlıklı koşullarda ve kalite güvenliği olan şartlarda depolanmasından, ayrıca kişilere ait bilgilerin güvenli (şifreli) ve sadece yetkili banka personeli tarafından ulaşılabilinen bir veritabanında korunmasından sorumludurlar.

Biyobankalarda dört tip örnekleme yapılabilmektedir :

- Anonim (anonymous) örnek : genetik epidemiyoloji ve benzeri çalışmalar kapsamında toplum taraması sonucu elde edilen ve kime ait olduğu bilinmeyen örnekler
- Anonimleştirilmiş (anonymized) örnek : kime ait olduğu bilinen ancak çalışmalar sırasında kimliksiz hale getirilmiş örnekler
- Tanımlanabilir (identifiable) örnek : kime ait olduğu bilinen, bilgileri şifrelenmiş ve kodlu olarak kullanılan örnekler. Bu durumda gerektiğinde kişisel ve tıbbi bilgiler tekrar kullanılabilir halde saklanmış olmalıdır.
- Tanımlanmış (identified) örnek: kime ait olduğu bilinen, isim, hasta no, aile ağacı gibi bilgilerin açık olduğu örnekler

Araştırma amaçlı kullanımlarda veriler araştırmayı imkansız kılmadığı durumlarda sadece anonim olmalıdır. Araştırma sonucu gerçekleştirilen yayınlar veri sahibi kişinin bu yönde bilgilendirilip onamı olmaksızın kişinin kimliğini belirler bir formatta yapılmamalıdır. Araştırmalar sonucunda ileriki tarihlerde buluş ve tıbbi ilerlemelerden donörlerin yararlanması için belirli aralıklarla değerlendirmeler öngörülmesi ve donörler bu ilerlemelerden haberdar edilmelidir.

III. Sonuç Bildirimi

Bankalanan DNA üzerinde rapor edilmesi gerekli bir analiz yapılacaksa, elde edilen sonuçlar hastaya veya yakınına direkt olarak değil bankalamayı talep eden hekime verilmelidir. Kişisel ve tıbbi bilgiler ile DNA analizlerinden elde edilen veriler kişinin rızası olmadığı takdirde işyeri, eğitim kurumu ve sigorta şirketi gibi üçüncü şahıslara aktarılmamalıdır.

IV. Örneklere Erişim ve Fikri Mülkiyet Hakları

Örneklere ve bilgiye erişim belirli ilkelerle tanımlanmaktadır. Bu örneklerin kimlerin, hangi şartlarda erişebileceği bilgisi bilgilendirilmiş onam formunda yer almamalıdır. Veri bankalarındaki verilere erişim ve işlem yetkisi tıbbi personele aittir, yetkisiz kişilerin bankadaki bilgilere erişimi, okuması, kopyalaması, değiştirmesi ve bir başka yere transferini engellemeye yönelik önlemler alınmalıdır.

Biyolojik Çeşitlilik Anlaşması (Convention on Biological Diversity-CBD, 1992) biyolojik kaynakların ulusların egemenlik hakları kapsamında ele alınma prensibini kabul eder. Bu anlaşmanın 16 ve 17. maddeleri genetik kaynaklara erişim sürecindeki çerçeve kuralları ve fikri mülkiyet hakları (Intellectual Property Rights -IPR) ile ilgili düzenlemeleri belirtir. Ancak, günümüzde bu kurallar yaygın olarak harmonize bir şekilde uygulanmamaktadır. Biyolojik örneklerin ülkelerarası/kişilerarası/kurumlararası el değiştirmesi durumunda yazılı bir "Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması" hukuki çerçeve olarak kabul edilmelidir. Bu anlaşmalar biyolojik örneği kullanma izni, kullanım şartları, örnek sahibi kişilerin etik haklarının korunması ve ortaya çıkabilecek fikri mülkiyet hakları sorunlarının çözümlenmesine ait maddeler içerir.

SEÇİLMİŞ KAYNAKLAR:

- EUROGAPPP Project 1999-2000 European Society of Human Genetics, Public and Professional Policy Committee- Workshop on Biobanking
- Intellectual property - Technology transfer and genetic resources. An OECD Survey of Current Practices and Policies. 1996

- Biological Resource Centres. Underpinning the future of life sciences and biotechnology. OECD, 2001.
- Data Storage and DNA Banking for Biomedical Research : Technical, Social and Ethical Issues. Public and Professional Policy Committee - European Society of Human Genetics. European Journal of Human Genetics, 11 : 906-908, 2003
- <http://www.hugo-international.org/hugo/sampling.html>
- http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/docs/avis11_en.pdf
- <http://www.ukbiobank.ac.uk/ethics.htm>
- <http://www.forsketik.lu.se/biobank-e.html>
- <http://www.cartagene.qc.ca/>

GENETİK DANIŞMA ÇERÇEVE KURALLARI

Genetik danışma genetik bir hastalığın ailede ortaya çıkması veya tekrarlaması olasılığı sonucu ortaya çıkan sorunlarla ilgilenen bir iletişim sürecidir. Genetik danışma için hastalığın tanısının kesin olması esastır, olası tanılarla genetik danışma verilemez.

Doktor genetik testlerin sonuçları ve ailenin diğer üyelerinin muhtemel riskleri konusunda hastayı ya da ailesini anlayabileceği açıklıkta ve anlayabileceği kelimelerle bilgilendirmelidir.

Genetik danışmada risk bilgisinin verilmesinin biçimi, kişinin bu bilgiyi algılamasını doğrudan etkiler. Bu nedenle danışmayı veren kişinin yönlendirici olmaması esastır. Yönlendirici olmama kavramının anlamı şu biçimde açıklanabilir: Yönlendirici olmayan danışma, hastanın ya da ailesinin bağımsız karar verme sürecine yardım ve özendirmez. Bu bağlamda ilgili kişiye (danışan) bütün seçeneklerin ve sonuçların açıkça anlatılması çok önemlidir.

Danışma süreci uygun eğitim ve deneyimi olan doktorun;

1. Hastalığın tanısı, seyri, prognozu ve yönetimi dahil tıbbi sorunu aileye anlatması
2. Hastalıkta kalıtımın rolü ve akrabaların bu hastalığa sahip olma riskini hasta ve/veya ailesine açıklaması
3. Yineleme riskinin saptanması, var olan seçeneklerin aileye açıklanması
4. Ailenin risklere ve aile hedeflerine göre saptadığı kararlarına uygun hareket planını seçmesi
5. Etkilenmiş aile üyelerinin ve/veya rekürrens riski olanların hastalığa en iyi uyumu yapmalarına yardımcı olması aktivitelerini içerir.

Danışma sırasında olanaklı ise eşlerin birlikte olmaları yeğlenilir.

Hastaya genetikteki hızlı gelişmeler ışığında verilen bilgilerde değişimler olacağı, bu nedenle özellikle yeni bir hamileliğe başlamak gibi durumlarda yeniden genetik ünitesine başvurmasının iyi olacağı açıklanmalıdır.

Genetik danışman konu ile ilgili güncel bilgileri ailenin anlayabileceği kelimelerle, anlayabileceği biçimde aileye anlatmalıdır. Yazılı bilgi verilmesi de iyi bir yaklaşımdır.

Hasta varsa destek grupları konusunda da bilgilendirilmelidir.

Hasta yapılacak işlemler konusunda onay vermelidir. Bilgilendirilmiş onam (informed consent) hastaların konu hakkında anlayabileceği bir dille bilgilendirildikten ve konuyu anladığına kanaat getirildikten sonra önerilen işlem konusundaki rızasını sözlü ve eğer istenirse yazılı olarak ifade etmesidir.

Doktor herhangi bir işlem için ailenin isteklerini göz önüne almalı, hastanın kararı konusunda zorlayıcı olmamalıdır.

Gizlilik temel prensip olmakla birlikte riskli akrabaların olduğu durumda hastalık korunabilir ya da tedavi edilebilir ise ya da erken tanımlama ile genetik risk azaltılabiliyorsa bu bilginin açıklanması söz konusu olabilir. Bir başka deyişle bilginin açıklanması ile sağlanacak yarar, bilginin açıklanmasının yol açacağı zarardan fazla ise bu bilgi yüksek riskli akrabalara açıklanabilir.

Seçilmiş Kaynaklar

1. Proposed International Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and Genetic Services, WHO, 1998.
2. The future of genetic counselling: an international perspective. Nature Genetics, 22, 133, 1999.
3. Genomics and World Health Report, WHO, 2002.

A. GENETİK TESTLER: ÇERÇEVE KURALLAR

GENEL BİLGİ

1. Genetik Test Nedir?

Bireyin genetik bilgisini (DNA dizi bilgisi) ortaya çıkarmak için genetik materyale uygulanan testler, genetik test kapsamına girmektedir. Bu testlerin amacı germ line DNA üzerindeki varyasyonları saptamaktır. Bireydeki kuşkulu bir kalıtsal hastalığın tanısını doğrulamak, toplum taraması yapmak, bireylerin kalıtsal hastalıklara yatkınlıklarını belirlemek, riskli hamileliklerde gelecek kuşakların hastalıklı geni taşıyıp taşımadıklarını araştırmak ve bireyin ilaca ya da tedaviye yanıt profiline ortaya çıkarmak amacıyla genetik test yapılır.

Genetik testler doktor tarafından yalnızca tıbbi ve araştırma amaçlı olarak istenebilir.

Bireyin DNA'sında gözlenen edinilmiş mutasyonlar (enfeksiyon hastalıkları ve kanser), DNA parmak izini (adli tıp ve babalık tayinleri) ortaya koyan testler ve hastalıklarla ilişkili patojenik organizma analizleri bu metinde ele alınmamıştır (Ad Hoc Working Definition of Genetic Testing, OECD, 1997).

2. Genetik Test Tipleri

Postsemptomatik Test

Kalıtsal bir hastalığın semptomlarını gösteren bir bireyde hastalığın tanısını doğrulamak amacı ile yapılan testtir.

Taşıyıcı Saptanması

Ailesinde kalıtsal bir hastalık olan bireyin bu hastalık için taşıyıcı olup olmadığını gösteren testtir. Bu genetik test, bireyin mutasyon taşıması durumunda çocuğunun bu hastalığı geliştirme oranını söyleyecektir. Örneğin kistik fibrozis için anne ve babanın her ikisinin de taşıyıcı olması durumunda 1/4 oranında hastalık görülebilir. Taşıyıcı testi, taşıyıcı olmaları durumunda ailenin sağlıklı çocuk sahibi olma planlarına yardımcı olur.

Doğum Öncesi (Prenatal) Test

Kalıtsal bir hastalık için aile öyküsü olan ailelerde, gebelik durumunda amniyosentez ya da CVS'e uygulanan genetik testler ile fetusun genetik statüsünü belirleyen testtir. Fetusun normal gelişme göstereceği ya da kalıtsal hastalıktan etkilenmiş olacağı bilgisini verir.

Preimplantasyon Testi

In vitro koşullarda oluşturulan embriyoların annenin uterusuna transfer edilmeden önce kalıtsal bir hastalık taşıyıp taşımadıklarını analiz etmek için yapılan testtir ve yalnızca doğacak çocuğun sağlığı ile ilgili bilgi vermek amacıyla gerçekleştirilir. Bu test, cinsiyet ayrımı yapmak için kullanılmamalıdır.

Presemptomatik Test

Kalıtsal hastalık tanısı alan ailelerde, testin yapıldığı dönemde bu hastalığın semptomlarını taşımayan bireyin hastalıklı geni taşıyıp taşımadığını belirlemek için yapılan testtir (Huntington Hastalığı, kalıtsal kolon kanseri, miyotonik distrofi, vb.).

"Predictive" Test

Kalıtsal hastalık tanısı almış ailelerde, bireyin hastalık riski taşıyıp taşımadığını gösteren testtir. Klinik semptomlardan önce bireyin normal ya da mutant genin hangisini aldığını göstererek hastalığa yatkınlığını tanımlama olanağı verir. Has-

taliğa erken dönemde tanı koyma ise erken dönemde tedavi ve koruyucu önlemler almayı sağlar. Örneğin kalıtsal BRCA1/2 mutasyonlarını taşıyan kadınların ileri yaşlarda meme kanseri için yüksek risk taşıdığı, bu genetik test ile ortaya konmaktadır.

"Susceptibility" (Hastalıklara Yatkınlık) Test

Testin yapıldığı dönemde özgül bir hastalığın semptomlarını taşımayan bireydeki genetik varyasyonların ve bireyin içinde bulunduğu çevrenin birlikte etkisi ile (poligenik/multifaktöriyel) bu bireyin hastalığın belirtilerini geliştirip geliştirmeyeceğini sorgulayan bir testtir. Hastalıklara yatkınlık, ebeveynlerden çocuklarına geçebilen kalıtsal mutasyonların varlığını göstermektedir. Poligenik/multifaktöriyel bir hastalığa ilişkin yatkınlık genleri biliniyorsa ve ailede bu özellikte bir hastalık var ise, yatkınlık testi, bireylerin bu hastalığı normale göre ne kadar yüksek riskte geliştireceğini ortaya koyması açısından önemlidir (diyabet, hipertansiyon, kalıtsal kanserler, vb.).

Preseptomatik, "predictive" ve "susceptibility" testleri hastalıklara yatkınlığı ortaya çıkaran testlerdir. Preseptomatik test ve "predictive" test, çoğunlukla dominant kalıtım gösteren ve ileri yaşlarda ortaya çıkan tek gen hastalıklarına yatkınlığı test etmede kullanılırken, "susceptibility" testi, poligenik/multifaktöriyel hastalıklar için yatkınlığı test eder.

Tarama testi

Hastalık semptomlarını göstermeyen ve aile öyküsü olmayan gruplarda ya da toplumlarda kişilerin belirli bir hastalık için taranması ya da hastalık taşıyıcılarının belirlenmesi için yapılan testtir. Özellikle belirli mutasyonların sık görüldüğü bir toplumda tarama testi çok önem taşımaktadır (Akdeniz ülkelerinde talasemi taramaları, vb.). Ayrıca, yeni doğanda yapılan tarama testi ile fenilketonüri gibi bazı metabolik hastalıkların erken tanısı ile yeni doğanın tedavi edilerek mental ve fiziksel geriliği önlenebilmektedir.

Genetik verilerin özelliği

Bu testlerin sonucunda elde edilen genetik veriler, yalnızca bireylerin hastalıklarla ilgili genetik statüleri hakkında bilgi içermemekte, ayrıca tüm aile bireylerini, sonraki kuşakları ve toplumu kapsadığı için diğer tıbbi verilere kıyasla daha duyarlı ele alınmalıdır ve genetik testler belirli hukuksal kurallarla, bireyin kişisel haklarına saygı gösterecek biçimde ve belirlenmiş etik kurallar içinde uygulanmalıdır. Bu nedenle aşağıda genetik testin her basamağı için uyulması gereken biyoetik çerçeve kuralları belirtilmiştir.

B. ÖRNEK TOPLAMA

1. Biyolojik Örnek

Genetik test için kullanılan örnek genellikle tam kandır. Ayrıca; postmortem dokular, ağız epitel sürüntü örnekleri, organ dokuları (frozen ya da parafin doku örnekleri), kültüre edilmiş fibroblast, fetal kan, amniyotik sıvı hücreleri, koryonik villus hücreleri ve yeni doğan taramasında kullanılan Guthri kartları genetik testler için biyolojik örnek olarak kullanılır.

2. Bireyin genetik test hakkında bilgilendirilmesi

Genetik testler bireyin doktoru tarafından istenilmelidir.

Uygulanılacak en uygun teste karar verebilmek için gereken klinik ve biyokimyasal bulgular ile aile ağacı bilgileri doktor tarafından genetik testin yapılacağı laboratuvara iletilmelidir.

Test uygulanmadan önce birey, bir uzman tarafından uygulanacak test hakkında bilgilendirilmeli, genetik danışmanlık hizmeti almalı ve biyolojik örnek eldesinden önce, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamalıdır.

Genetik test için verilen bilgilendirilmiş onam formu, çocuk ve yetkin olmayan bireyler için yakın akrabalarından ya da yasal temsilcisinden yardım alarak doldurulmalı ve imzalanmalıdır. Bu form ulusal yasalara uygun olarak hazırlanmış ve eğitim düzeyleri yetersiz olan erişkinlerin de anlayacağı kadar yalın bir dille yazılmış olmalıdır.

Bilgilendirilmiş onam formunda olması gereken asgari bilgiler aşağıda verilmektedir.

Bilgilendirilmiş onam formunda,

- Genetik testin amacı - Bireyin karşılaşacağı riskler - testin sağlayacağı yararlar açıklanmalıdır.

- Bazı durumlarda genetik bilgiye ulaşmada tekniklerin yetersiz kalabileceği ve testin sonucuna ilişkin belirsizlikler ve hatalı sonuç verme olasılığı belirtilmelidir.

- Test sonuçlarının gizli kalacağı bildirilmelidir.

Test sonuçlarına yalnızca;

Genetik testi yapan laboratuvar sorumlusunun,

Testi isteyen doktorun,

Bireyin temyiz kudretinden yoksun olduğu durumlarda bu kişilerin kanuni temsilcilerinin erişim hakkı olduğu açıklanmalıdır.

- Kişinin kendisi ile ilgili genetik testin sonucunu öğrenmeyi reddetme hakkı olduğu belirtilmelidir.

- Bu bilgilerin üçüncü kişilere (sigorta şirketleri, iş veren, eğitim kurumları ve diğer aile bireyleri gibi) verilmeyeceği açıklanmalıdır.

- Örneklerin ne süre ile saklanacağı ve belli bir süre sonra biyolojik örneğin ve genetik verilerin kayıtlardan çıkartılmasının bireyin kendi rızasına bağlı olduğu bildirilmelidir.

- Genetik test tamamlandıktan sonra, biyolojik örneğin ve genetik bilginin ilerideki araştırmalar için kullanılıp kullanılmayacağı hakkında birey bilgilendirilmeli ve gerekli onay alınmalıdır.

Bilgilendirilmiş onam formunda, bireyin ya da kanuni temsilcisinin bu formu herhangi bir etki altında kalmadan kendi rızasıyla imzaladığı belirtilmelidir.

C. ÖRNEKLERİN ANALİZİ

1. Biyolojik örneğin kabulü ve analizi

Biyolojik örnek ve bilgilendirilmiş onam formu teslim alındıktan sonra biyolojik örneğe bir kod numarası verilmelidir. Bireyin kod numarası ve diğer bilgilerin yalnızca ilgili kişilerin bir şifre ile ulaşabileceği bir kayıt sisteminde saklanmalıdır. Bireyin gizlilik ve mahremiyet hakları ulusal ve uluslararası insan hakları yasalarına göre koruma altına alınmalıdır.

2. Genetik bilgiye erişim

Testlerin sonuçları laboratuvar sorumlusu tarafından gizlilik temeline göre değerlendirilmelidir.

Sonuçlar standart hale gelmiş raporlar aracılığı ile yalnızca testi isteyen doktora verilmelidir.

Bu bilgiler üçüncü kişilere (sigorta şirketleri, işveren, eğitim kurumları ve diğer aile bireyleri gibi) bildirilmemelidir.

Genetik materyalin ya da genetik bilginin bireyin onayı ile ikincil araştırmalarda kullanılması durumunda kişisel ve tıbbi bilgiler kodlanmalı, anonim hale getirilmeli ve bilgilendirilmiş onam formunda belirtilmiş amaçların dışında başka bir amaç için kullanılmalıdır.

D. ÖRNEK SAKLAMA

1. Biyolojik Örneklerin Saklanması

Biyolojik örnekler bireyin hastalık yönünden genetik statüsünü göstermesi yanında tıbbi uygulamalar ve bilimsel araştırmalar için çok önemli kaynaklar olup saklanmaları gerekmektedir. Tıbbi araştırmalarda bireye ilişkin kişisel ve tıbbi bilgilere doğrudan ulaşılması gerekirken ("identifiable data"), bilimsel araştırmalarda ad ve diğer tanımlayıcı bilgiler kodlanarak biyolojik örnek anonim ("anonymised data") hale getirilir ancak bilgiler saklı tutulduğu için bu bilgilere ulaşmak olanaklıdır. Örnek geri dönüşülemez biçimde anonim ("irretrievably anonymised") hale getirildiğinde ise artık bireyle kişisel bilgisi arasında ilişki kurmak mümkün olmayacaktır. Tüm kişisel ve tıbbi bilgiler imha edilmiştir.

Genetik testler için kullanılan örnekler test sonuçları rapor edildikten sonra testi yapan laboratuvarın kurallarına göre belli bir süre saklanır ve saklama süresi bireye bildirilir.

2. Genetik verilerin saklanması

Genetik bilgiler, bireyleri, aileleri ya da etnik grupları ayırıcı amacı ile asla kullanılmamalıdır. Bu nedenle;

- Bireylere ilişkin kişisel ve tıbbi bilgiler doktor tarafından dosyalama sistemlerinde ya da elektronik veri tabanlarında saklanmalıdır.
- Analiz sonuçları elektronik veri tabanlarında korunuyor ise, bilgisayar sistemi şifrelenmeli ve herkese açık olmamalıdır.
- Genetik bilgi ile birlikte bireyin adı soyadı, adresi, doğum tarihi, doğum yeri, cinsiyeti ve laboratuvara gönderilen klinik bulgular özel olarak hazırlanmış ve bir şifre ile ulaşılabilen veri bankalarında saklanmalıdır.

Kaynaklar

1. UNESCO Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997
2. OECD Genetic Testing Policy Issues for the new millenium, Science and Innovation, 2000
3. HUGO HUGO Ethics Committee, Ethics and Intellectual Property, Statement on human genomic databases, 2002
4. UNESCO International Declaration on Human Genetic Data, 2003.

5. Provision of genetic services in Europe: current practices and issues. Public and Professional Policy Committee - ESHG (<http://www.eshg.org/>). European Journal of Human Genetics, 11:900-902, 2003.
6. Genetic information and testing in insurance and employment: technical, social and ethical issues. Public and Professional Policy Committee - ESHG (<http://www.eshg.org/>). European Journal of Human Genetics, 11 : 909-910, 2003.

BÖLÜM: IV

AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU KARARLARI

TABİP BİRLİKLERİ VE DSÖ AVRUPA FORUMU TÜTÜN BİLDİRGESİ

Basel'de 30-31 Ocak 1992'de toplanan Tabip Birlikleri ve DSÖ Avrupa Forumu;

- Kimi Avrupa ülkelerinde hekimlerin sigara içme hızının, toplumdaki genel düzeyin üçte biri olduğunu kaydederek;
- Kimi Avrupa ülkelerinde, hekimlerdeki sigara içme prevalansının, genel nüfustakinden daha yüksek olduğunu bilerek;
- Sigara içmenin sağlık sonuçları ve hastaların sigarayı bırakmalarına kılavuzluk konularında hekimlerin özel bilgilere gereksinimleri olduğunu gözleyerek,
- Hekimin kesim önerisini, hastaların %5'inde bir yıl içinde sigarayı sürekli bırakma sağlandığına ilişkin bilimsel veriler olduğuna dikkat çekerek;
- Hekimlerin, kendi toplumlarında sağlıklı davranış konusunda örnek olarak görüldüğünün bilincine vararak;
- Sigara içmeye ilişkin hiçbir politikası olmayan sağlık hizmeti birimlerinin varlığından üzüntü duyarak;
- İşte ve evde, özellikle çocuklar için sigarasız çevre hakkını güvence altına almayı dileyerek;
- Birçok ülkede, ergenler arasında sigara içme alışkanlığının tehlikeli boyutlara ulaştığının ayırımında olarak,

Avrupa'daki Tabip Birliklerinin, aşağıdaki konularda etkin olmalarını ister:

- 1.Hekimleri, sigarayı bırakmaya zorlamak,
- 2.Sağlık hizmetinin dumansız bir çevrede verilmesini sağlamak,
- 3.Hekimleri, sigarasız yaşam biçimi ve sigarasız bir toplum için etkin çaba göstermeye çağırarak,
- 4.Hükümetlere, ilgili uluslararası ve bölgesel örgütlere, tütün ürünlerinin doğrudan ve dolayla reklamını yasaklayan etkili yasalar çıkarılması için baskı yapmak;
- 5.31 Mayıs 1993'e değin sigara sorunuyla ilgili kesin bir politika geliştirmek(Bu politika, en azından sigara vergisinin artırılması, işyerleri, uçaklar, trenler, otobüsler ve kamuya ait yerlerde sigara içmenin yasaklanması, genç insanların sigara içmesinin etkin biçimde önlenmesi istemlerini kapsamalıdır).

AVRUPA TABİP BİRLİKLERİNİN MAYINLARLA İLGİLİ KARARI

(Kopenhag, 7 Şubat 1997)

Avrupa Tabip Birlikleri;

Mayınların onarılmaz zararlarını bilerek, özellikle başta savaştan çıkmış Bosna/Hersek olmak üzere Avrupa bölgesine dahil pek çok ülkede sivil halka büyük ızdırap vermesinden endişe DUYARAK,

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Federasyonlarını, mayınların kullanımını engellemek için yaptıkları kampanyalar için KUTLAR ve

Ulusal Tabip Birliklerini, hükümetlerini bu silahların kullanımının olumsuz sonuçları için UYARMAYA ÇAĞIRIR,

ve Dünya Sağlık Örgütü'nün, bu silahların kullanıldığı ülkelerde, olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaya yönelik cerrahi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini desteklemesini bekler.

AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUMU'NUN SAĞLIK KAYNAKLARI İLE İLGİLİ BİLDİRGESİ, 1998

Avrupa Tabip Birlikleri ve Dünya Sağlık Örgütü;

-Avrupa'da pek çok ülkede, sağlığa ayrılan toplam bütçenin düşüklüğünden endişe ederek;

-Bu durumun bu ülkelerde yaşayanların sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olacağı bilinerek,

-Ülkelerin hükümetlerini iyi ve kapsamlı toplumsal ve bireysel sağlık hizmeti için politikalarını yeniden gözden geçirmeye, sağlığa ayrılan kaynakları artırmaya çağırır.

**AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA
SAĞLIK ÖRGÜTÜ FORUMU'NUN
KAYNAKLARIN TEDAVİ EDİCİ, KORUYUCU
SAĞLIK HİZMETLERİYLE SAĞLIĞIN
PROMOSYONUNA DAĞILIMI KONUSUNDAKİ
BİLDİRGESİ
(Basel, 1998)**

Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri, 21. Yüzyılda Herkese Sağlık Stratejisinde sağliğın promosyonu ve koruyucu hekimlik uygulamaların ile ilgili önerdiği stratejilerin önemini ve

Bu kararların uygulanmasının finans kaynağı gerektirdiğini bilerek,

Tedavi edici hizmetlerin finansmanının tüm ülkelerde yarattığı sorunun ve sağliğın promosyonu ve koruyucu hekimlik uygulamalarının ancak belli bir zaman sonra olumlu etkiler yaratabileceği bilinciyle;

- i) sağliğa ayrılan harcamayı artırmadan, yalnızca tedavi edici hizmetlerden koruyucu hizmetlere kaynak aktarımının yararına olamayacağını,
- ii) tüm sağliğ hizmeti programları içinde "bağışıklama" programlarına kaynak ayırmanın en önemli konu olduğunu düşünür.

AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ FORUMU TÜTÜN DUYURUSU (Basel, 1998)

6-7 Mart 1998'de Basel'de toplanan Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, Tütün konusunda daha önceki (Basel, 1992, Budapeşte 1994, Londra 1995, Kopenhag 1997) bildirimleri doğrultusunda;

Avrupa Birliği Bakanlar Kurulu ve Parlamentosunu, tütün ürünlerinin sponsorluğu ve reklamı konularında üye ülkelerin çıkardığı yasa, yönetmelik ve idari uygulamaların geçerliliğine ilişkin halen yürürlükte olan direktifle bir değişiklik yapılmasına direnmeye çağırır.

AVRUPA TABİP BİRLİKLERİ FORUM BİLDİRİLERİ, 1998 KOSOVA'DA SİVİL HALKA YÖNELİK TEHDİTLER İÇİN BİLDİRİ

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi doğrultusunda;

Kosova'da son zamanlarda yalnızca halkın sağlığını ve sağlık hizmetini engelleyen değil, ölüm tehdidi olan şiddet ve

Kosova'da tıbbi hizmetlerin verilmesini imkansız kılan durum gözönüne alınarak;

- Kosova'daki şiddeti ve bunun halk üzerindeki etkisini kınar.
- Kosova'daki doktorları tüm hasta ve yaralıları ayrımsız tedavi etmeye,
- Kosova'daki hekimleri bu güç duruma barışçıl çözüm üretmeye,
- Uluslararası toplumu Kosova'daki sivil parçalanma sürecini durdurmaya çağırır.

DİZİN

- Acil durumlarda iletişim ve koordinasyon • 181
Açlık grevleri • 39
Ahlaki standartlar • 111
Tedavi • 63
AIDS • 61
Aile planlaması • 23 52 145
Alkol • 132
Anneden çocuğa bulaş • 127
Araştırmada hayvan kullanımı • 72
Araştırmalar • 20
Avian influenza • 124
Avrupa Sosyal Şartı • 193
Bilgisayarların tıpta kullanılışı • 26
Bir ilacın yerine başka bir ilacın verilmesi • 122
Biyobankalar • 243
Biyoetik • 243
Biyolojik silahlar • 162
Biyomedikal araştırma • 72
Biyotıp sözleşmesi • 208
Boks • 34
Bulaşıcı hastalıklar • 166
Canlı organ ticareti • 38
Cenevre Bildirgesi • 15 176
Kriminal saldırılar • 99
Çevre • 78
Çevre kirliliği • 29
Çevresel ve demografik konular • 78
Çocuk • 108
Çocuk hakları • 221
Çocukların hırpalanması ve ihmali • 108
Demografi • 78
DNA bankaları • 243 245
Doğum kontrol • 52 103
Dr. Radovan Karadzic'e ilişkin kararı • 51
Dünya konferansı • 83
Dünya Tabipler Birliği • 13
Düşkünlük yaratan tedaviler • 97
Edinburg Bildirgesi • 166
Ekonomik ambargo • 86
Ekonomik kriz • 187
Embriyo transplantasyonu • 58
Evde tıbbi gözlem • 101
Felaketler • 104
Genetik • 248
Genetik danışma • 67 248
Genetik kopyalama • 56
Genetik mühendisliği • 67
Gürültü kirliliği • 148
Hamburg Bildirgesi • 97
Hapishane koşulları • 166
Hasta hakları • 32 129
Hekim yardımcı intihar • 45 138
Hekimlerin ölüm cezalarına katkıları • 31
Hekimlik ahlakı • 16
Hekimlik alanında çalışanlar • 36
Helsinki Bildirgesi • 20
HIV enfeksiyonu • 127
HIV epidemisi • 65
Hong Kong Bildirisi • 185
İn-vitro dölleme • 58
İlaç • 37 74 85
İletişim • 181
İnsan genomu • 69 237 242
İnsan hakları • 43 44 208
İnsan haysiyeti • 208
İnsan üreme materyali • 184
İntihar • 138
İşkence • 27 140 153
İşkence ve öteki zalimce insanlık dışı ya da aşayağılayıcı işlemler • 27
İşkenceye katılmayı reddedme • 90
İşyeri güvenliği • 112
Jenerik ilaç uygulaması • 74
Kadın • 100 103
Kadın hakları • 127
Kadın hekimler • 100
Kadın sünneti • 135
Kırsal alanlardaki tıbbi bakım • 76 115
Kız fetusların öldürülmesi • 139
Kimyasal ve biyolojik silahlar • 47
Klonlama • 87 89
Kontrasepsiyon • 147
Kötü muamele • 97
Lizbon Bildirgesi • 32
Madrid Bildirgesi • 125
Malpractice • 48
Malta Bildirgesi • 39
Mayınlar • 258

- Mesleki Bağlılık Yemini • 15
Mesleki özerklik • 125
Mesleki sorumluluk • 50
Meslekten menedilme • 100
Mülteci • 107
Nükleer silahlar • 188
Olağandışı durumlar • 118
Organ bağışı ve nakli • 168
Oslo Bildirgesi • 25
Ölüme ilişkin duyuru • 24
Ölüme sonuçlanacak hastalık • 33
Ötanazi • 117 137
Öz-düzenleme • 125
Rancho Mirage Bildirgesi • 80
Reklam • 57
Ruh sağlığına yönelik (psikotrop) ilaçlar • 37
Sağlığın promosyonu • 260
Sağlık bakımı • 18 41 92 100 127
Sağlık bakımında devamlı kalite geliştirme • 92
Sağlık kaynakları • 259 260
Sağlık veritabanları • 177
Saldırı • 99
Sao Paolo Bildirgesi • 29
Sidney Bildirgesi • 24
Silahlar • 54
Silahların yaşam/sağlıkla olan ilişkileri • 54
Silahlı çatışma dönemleri • 113
Sivil halka yönelik tehditler • 262
Spor hekimliği • 41
Su • 158
şiddet • 97 160
Tedavi amaçlı düşük • 25
Tele-tıp • 101 145
Tıbbi etik günü • 175
Tıbbi hizmetin standardı • 50
Tıbbi sorumluluk • 142
Tıbbi toplantılara katılma • 46
Tıp eğitimi • 80 83 157
Tıpta yanlış uygulama • 48
Ticarileştirilme • 184
Tokyo Bildirgesi • 27 140
Tutukluluk ve hapis • 27 140
Tüberküloz • 85 166
Tütün • 57 150 257 261
Tütün ürünlerinin sağlık tehlikeleri • 95
Uluslararası hekimlik • 173
Venedik Bildirgesi • 33
Washington Bildirgesi • 162
Yaşlı istismarı • 185
Yeniden adanma • 111
Yer almayı kabul etmeme • 97
Zalimce insanlık dışı ya aşağılayıcı işlem ve cezalar • 140 153
Zorlanan tıp doktorları • 97