

# Gözetli, Tutukluluk ve Hükümlülük Durumlarında "Hasta" Hakları

PATIENT RIGHTS IN THE CASE OF DETENTION,  
ARRESTMENT AND IMPRISONMENT

Hafize ÖZTÜRK\*

\* Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji AD, Doktora Öğrencisi, ANKARA

## Özet

Dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden alan hasta hakları konusu günümüzde tıbbi etiğin huşta gelen tartışma alanlarından biridir. Sözü geçen alanda akıl hastaları, çocuklar, yaşlılar HIV taşıyıcıları ve özgürlüğü kısıtlayıcı ceza alanlar hasta hakları bakımından ihmale açık olma riski taşıyan gruplar olarak bilinmektedir.

Bu yazıda cezaevi koşullarında hasta haklarıyla ilgili tıbbi etik sorunlar ve bazı çözüm önerileri tartışılacaktır. Ceza uygulamalarında olağan hasta bakım ve izlemi, hastaneye sevk edilen tutuklu ve hükümlülerin durumu etik açısından irdelenecek; açlık grevi ve ölüm orucu eylemlerinde "hasta" hakları ile hekimin sorumlulukları gözden geçirecektir. Son bölümde işkence ve ölüm cezası uygulamaları karşısında hekimin tutumu uluslararası sözleşmeler ve bildirgeler ışığında incelenecek; cezaevi hekimlerinin konuyla ilgili eğitimlerinin önemi vurgulanacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta hakları, Gözetli, Tutuklu, Hükümlü, Tıbbi etik, Hekim sorumluluğu

T Klin Tıbbi Etik 1997,5:117-124

Son zamanlarda Türkiye kamuoyunda sıkça dile getirilen insan hakları konusunun tıp alanındaki bir uzantısı olarak hasta hakları konusu da gündemdeki yerini almaya aday görünmektedir.

Kanımsız hasta hakları hem sağlık çalışanlarının hem de tıbbi etik çevrelerinin öncelikle tartışması gereken bir sorun alanı olarak ele alınmalıdır. Ancak konunun kapsamı bir makaleye sığdırılamayacak kadar geniş olduğundan bir belirleme ve sınırlandırma yapma gereği doğmuştur. Hasta hakları bakımından en fazla ihmale açık ol-

**Geliş Tarihi:** 19.11.1996

**Yazışma Adresi:** Dr.Hafize ÖZTÜRK  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deontoloji AD, ANKARA

T Klin J Med Ethics 1097, 5

## Summary

The patient rights which relies on the basic documents connected with human rights is one of the controversial subjects of medical ethics. In that field psychiatric patients, children, elderlies, HIV positive individuals those whose freedom restricted by law are the risk groups of patient rights neglect.

In this article the medical ethics, issues on patient rights in prison conditions and some solution suggestions will be discussed. Ordinary medical treatments and patient care in prison conditions and the problems occur in transferring the prisoners to the hospitals will be discussed from ethical point of view and the responsibilities of the doctors during the activities like hunger strike or death fasting will be examined. In the last part, the position of doctors in conditions of torture and death punishment will be examined in the light of international declarations and conventions and with the importance of educational aspects.

**Key Words:** Patient rights, Medical ethics, Physicians responsibilities, Detainee, Prisoner

T Klin J Med Ethics 1997, 5:117-124

ma riski taşıyan belirli grupların (akıl hastaları, HIV taşıyıcıları, çocuklar, özgürlüğü kısıtlayıcı ceza alanlar, yaşlılar gibi) varlığı göz önüne alınarak bunlar arasından birinin seçilmesi uygun görülmüştür. Bu bağlamda cezaevi, tutukluluk ve hükümlülük durumlarında hasta haklarının incelenmesi düşüncesi benimsenmiştir.

Konunun işlenmesinde insanın denek olarak kullanıldığı tıbbi araştırmalar, organ aktarımları gibi tıbbi etiğin özel konuları kapsam dışında bırakılarak cezaevi hekimini, hükümlü, tutuklu ve gözaltıdakileri ilgilendiren ve sık karşılaşılan tıbbi etik sorunlar ele alınmıştır. Cezaevinde günlük sağlık bakım ve hizmeti, açlık grevi, ölüm cezası, işkence gibi tıp etiğini ve insan haklarını doğrudan ilgilendiren konular bu kapsamda tartışılmıştır.

117

## Tanımlar

Bu bölümde konuyla ilgili temel kavramlar kısaca açıklanarak doğabilecek olası kavram karışıklıkları bir ölçüde önlenmeye çalışılacaktır.

**Hasta Hakları:** Hasta hakları, esas olarak insan haklarını ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle insan olarak saygı görme, kendi yaşamım belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama saygı gösterme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Söz konusu belgelerden ilki Dünya Hekimler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği "Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi"dir. Bu bildireye göre, hastanın hekimini özgürce seçmeye, hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen bir hekim tarafından bakılabilmeye, kendisine önerilen tedaviyi kabul ya da reddetmeye, kendisiyle ilgili tıbbi ya da özel bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını beklemeye, onurlu bir şekilde ölmeye, ruhsal ve moral desteği kabul ya da reddetmeye hakkı vardır. Son yıllarda hasta haklarıyla ilgili çabalar yoğunlaştırılmış, Mart 1994'de Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü Bürosu'nca düzenlenen toplantıda "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" hazırlanmıştır. Bu bildirede konu; sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, aydınlatılmış onam, mahremiyet ve özel yaşam, bakım ve tedavi, başvuru adlı altı başlık altında ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Genelde hasta haklarının en temel hedefi, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit düzeyde ulaşılabilir olmasının ve sürekli kılınmasının sağlanmasıdır (1).

**Gözaltı:** Sanık olarak yakalanan bir kimsenin, yargıç önüne çıkarılınca ya da güvenlik güçlerinin gözetimi altında tutulmasıdır. Salıverilinceye ya da tutuklanmasına karar verilinceye kadar, bu iş için ayrılan "nezarethane" adı verilen yerde alıkonulur.

**Tutuklu:** Ceza muhakemesinde, henüz kesin hükümlü özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkum olmamışken, suçu işlediği konusunda kuvvetli şüphe bulunan ve yargıç kararıyla özgürlüğünden yoksun bırakılan sanık anlamındadır.

**Hükümlü:** Suç işlediği yargı kararıyla kesin olarak saptanan kişiyi tanımlamak için kullanılır. "Hükümlü" sıfatıyla birlikte "sanık" kimliği sona erer.

Tutuklu ve hükümlüler ceza infaz kurumlarında yani tutukevi ve cezaevlerinde kalırlar.

## Hapis Cezası Uygulama Biçimleri ve Kısa Tarihçesi

Hapis cezalarının uygulanmasında başlıca dört sistem vardır. Bunlardan ilki, 1829'da Philadelphia'daki Doğu Eyalet Cezaevinde uygulanmaya konulan ve hükümlünün gece-gündüz sürekli hücrede bulundurulmasını öngören Pennsylvania sistemidir. Sistemin temelinde yalnızlığın pişmanlık getirmeye ve kendini ıslaha yaradığına ilişkin Quaker inancı yatar.

İkincisi, hükümlülerin gündüz bir arada olmalarını ama hiç konuşmadan çalıştırılmalarını, geceleri ise hücrede bulundurulmalarını öngören Auburn sistemidir. Adım New York'un Auburn Eyalet Hapishanesinden alan bu sistem ABD'de zamanla Pennsylvania sisteminin yerini almıştır. Her iki sistem de suçlularla bir arada bulunmanın suça eğilim yarattığını ya da bu eğilimi pekiştirdiğini varsayar.

Üçüncüsü; not ya da puan sisteminin geliştirilmiş biçimi olan ve başlangıçta sıkı disiplini sürenin sonu yaklaştıkça ve hükümlü iyi hal gösterdikçe esnekliği öngören İrlanda sistemidir (2).

Son olarak da, cezaevlerinde "bilimsel" yöntemlerle uslandırma-sosyalleştirmeyi ve suçluda kendi kendini kontrol duygusu geliştirmeyi amaçlayan yeni sistemden söz edilebilir.

Avrupa'da çağdaş anlamda cezaevi kullanımına 17. yüzyılda başlanmış, İngiltere'de cezaevi koşullarının iyileştirilmesinde bir liberal olan John Howard'm büyük etkisi olmuştur. İlk hapishane yerel sağlık servisi 1774'de İngiltere'de kurulmuş, ancak işlevlerini yerine getirmesi 1850'leri bulmuştur. Avrupa'da hapishane reformunun öncülerinden biri olan Elizabeth Fry, "Quaker"iar arasında bir kilise görevlisi olarak yıllarca Avrupa hapishanelerini dolaşmış ve 19. yüzyılın ilk yarısındaki reformu başlatmıştır. Hapishanede kadın ve erkeklerin ayrılması, suçluların sınıflandırılması, kadınlar için kadın gardiyan gözetimi, dinsel ve laik eğitim için uygun koşulların sağlanması, hükümlülerin sağlık bakımının iyileştirilmesi bu reformun belli başlı özellikleridir (3).

Türk hukukunda hapis cezaları ağır hapis, hapis ve hafif hapis olarak belirlenmiştir. Ceza süresi kapalı, açık ve yarı açık cezaevlerinde geçirilmektedir. Ağır hapis cezası, müebbet (ömür boyu) ve geçici (süre açıkça gösterilmediyse 1-24 yıl) olabilir. Hapis cezası 7 günden 20 yıla kadardır, yasa da süre açıklanmamışsa sınır 5 yıldır. Hafif hapis cezası 1 günden 2 yıla kadardır. Kısa süreli hapis

cezası başka cezalara dönüştürülebilir. Bunlar para cezası, altı ayı geçmemek üzere bir eğitim ya da uslandırma kurumuna devam etme, belli faaliyetlerden ırıenedilmc biçiminde olabilir. Kısa süreli hapis cezalarının belli koşullar altında hükümlünün oturduğu yerde, hafta sonlarında ya da cezaevinde geceleri verme getirilmesi de sözkonusu olabilir. Bizde uygulanan cezaevi sistemi yukarıda adı geçen sistemlerden İrlanda sistemine ve yeni sisteme uyumlu görülmektedir (2).

### Cezaevi Olağan Koşullarında Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de cezaevi koşullarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin nasıl yürütüleceği, 1 Ağustos 1967 tarih ve 12662 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Ceza İnfaz Kurumları ve Tevkif evlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük"de belirlenmiştir. Buna göre hekim kurumun sağlık koşullarını düzenlemekle, hükümlü ve tutuklularla kuram personelinin muayene ve tedavilerini yapmakla yükümlüdür (Madde 37). Hekim en az onbeş günde bir defa olmak üzere, kurumu tamamıyla gezerek sağlık durumu ve alınması gerekli acil önlemleri raporla bildirmelidir (Madde 38). Kurum tarafından satın alınan gıda maddeleri hekimin denetiminden geçmelidir (Madde 39). Hekim kurumda çıkan hastalıkları, hastaların sayısını, alınacak önlemleri, kurumun hijyenik koşullarını, sıhhi tesisat, ısıtma, aydınlatma ve havalandırma tesislerinin sağlık koşullarına elverişli işleyip işlemediğini, beden eğitimi ve spor çalışmalarının sağlık koşullarına uygun biçimde yürütülüp yürütülmediğini denetler ve her ay sonunda hazırlayacağı raporla müdüre bildirir (Madde 41). Hastabakıcı ve sağlık memuru hekimin denetiminde çalışırlar (Madde 44) (4).

Konuyla ilgili ulusal ve uluslararası belgelerde cezaevi hekiminin görevlerine ve hasta haklarına ilişkin ayrıntılı tanımlamalar yapılmıştır. BM Ekonomik ve Toplumsal Konseyi nin 31 Temmuz 1957'de onayladığı metin "Tutuklulara Uygulanması Gereken Asgari Davranış Standardı Kuralları" başlığını taşımaktadır. Dünyanın hukuksal, toplumsal ve coğrafi koşullarının değişkenliği gözönüne alınmakla birlikte, en azından uygulanması gereken koşullara ulaşılması için sürekli çaba göstermeyi dile getirir. Adı geçen metinde tutukluların beslenme, giyim, kişisel hijyen, spor, sağlık, dış dünyayla iletişim kurma ve kendisini geliştirmeye ilgili

gereksinimlerinin karşılanmasında insana yaraşır koşulların sağlanması gerektiği vurgulanmış, her kurumda belli düzeyde psikiyatri bilgisi olan hekimin bulundurulması önerilmiştir. Her tutuklu bir dış hekiminin hizmetinden yararlanabilmek, gerektiğinde uzmanlık kurumlarına veya sivil hastanelere sevk edilmelidir. Kadınların bulunduğu kurumlarda doğum öncesi ve doğum sonrası bakım ve tedavi için gerekli özel olanaklar bulunmalı, uygulanabilirse doğumun hastanede olması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bir çocuk, cezaevinde doğmuşsa, bu durum doğum belgesinde belirtilmemelidir. Bakım gerektiren çocukların kurumda anneleriyle birlikte kalmalarına izm verildiğinde nitelikli hizmet sunulmalıdır. Hekim, bir tutuklunun bedensel ya da zihinsel sağlığının sürekli tutukluluktan ya da tutukluluğa bağlı bir koşuldaki zarar gördüğü ya da göreceği kanısına varırsa durumu yöneticiye bildirmelidir (5).

Türk Tabipler Birliğinin 36. kongresi (1988) ve 38. kongresi (1990) kararlarında "cezaevi hekiminin ceza sisteminin bir parçası olarak görevlendirilmemesi gerektiği" vurgulanmış ve poliklinik hizmetlerinin idari denetimden uzak, bağımsız koşullarda verilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Alınan kararlara göre cezaevi hekimleri, bağımsız ve denetim dışı tıbbi kayıtları tutabilmek, gerektiğinde Tabip Odalarıyla ilişki kurabilmelidir (5).

Hasta hakları açısından karşılaşılan en önemli sorunlar, cezaevi koşullarının özgürlüğü kısıtlayıcı karakterinden kaynaklanmaktadır. Bu durum öncelikle, tıbbi etiğin temel ilkelerinden biri olan "özerkliğe saygı" ilkesinin yaşama geçirilmesinde kendini göstermektedir. Özerk birey olduğu varsayılarak işlediği suçtan ötürü cezalandırılan kişi, bu uygulamayla özerk seçimi doğrultusunda özerk eylemde bulunmaktan ceza süresince alıkonulmaktadır. Nitekim bunun sağlık alanına yansıyan sonuçlarından biri, mahkumun hekim seçme özgürlüğünün bulunmamasıdır. Deyim yerindeyse, o kendisine tek seçenek olarak sunulan hekime "mahkum" durumdadır. Hastaneye sevk isteminin yerine getirilmesi ise uzun zaman alan formaliteler nedeniyle çoğunlukla gerçekleştirilememektedir. Örneğin hastaneye sevk işleminin en az 1 hafta sürebildiği, kent dışındaki bir hastaneye ise aylar sonra ulaşabildikleri bilinmektedir. Teknik donanım yetersizliği ve maddi olanakların sağlanmayışı nedeniyle tanı ve tedavi hizmetlerinin aksaması, zaman zaman gereksiz ve yanlış tedavi,

yeterli ve dengeli diyetin verilemeyişi sıkça dile getirilen yakınmalar olarak, karşımıza çıkmaktadır (6). Hekim-hasta ilişkisinde belirleyici olan bilgilendirme ve onamm neredeyse hiç uygulanmaması yukarıda sayılan eksikliklerle biraraya geldiği zaman tutuklu ya da hükümlünün "güvenli" bir ortamda bulunduğundan sözetmek oldukça güçleşmektedir.

Cezaevi hekiminin, aynı zamanda disiplin kurulu üyesi olması başka bir etik sorunu daha gündeme getirmektedir. Tüzük gereğince disiplin kurulundan hücre cezası almış kişiler için cezaevi hekimi tarafından muayene edilerek "hücre hapsi için sağlığının uygun olduğu" yolunda bir rapor düzenlenmesi zorunluluktur. Mahkum ya da tutuklunun bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir kararda aktif olarak yer almak ya da ycralmaya zorlanmak hekimi etik açısından güç durumda bırakan bir uygulamadır. Bu noktada konuya açıklık getiren pekçok uluslararası ve ulusal belgeden sözcülebilir. 1949 tarihli Cenevre Sözleşmesi "bedensel ceza, gün ışığı almayan binalarda hapsedilme ve gencide her türlü işkence ve zülmü" yasaklar. 1977 tarihli ek protokollerle birlikte bu sözleşme, i. protokol 16. maddesinde sağlık personelinin tıp etiği kurallarına aykırı eylemlerde bulunmaya ya da faaliyet göstermeye zorlanamayacağı belirtir (5).

Ocak 1981'de kabul edilen Kuveyt Bildirgesi de konuyla ilgili ayrıntılı bir metindir. Buna göre "hekim sahip olduğu özel bilginin insan bedenine, zihnine ya da ruhuna zarar verecek, tahrip edecek ya da hasar yaratacak şekilde kullanılmasına, ister askeri ister politik sorunlar sözkonusu olsun izin vermeyecektir."

Cezaevi hekimi ve sağlık personelinin konumu, Dünya Hekimler Birliği (DHB) Tokyo Bildirgesinde (Ekim 1975) açık olarak tanımlanmış, daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerisiyle Uluslararası Tıp Bilimleri Örgütleri Konseyi (CIOMS) tarafından tasarlanan ve Aralık 1982'de BM Genel Meclisince onaylanan "Uluslararası Tıp Etiği İlkelerinde" de ele alınmıştır. Tıp Etiği ilkeleri, hekimlerin özgür yurttaşlara uygulanan bakım standartlarını mahkumlara da sağlamakla yükümlü olduklarını belirtmektedir. Sözkonusu ilkelerin dördüncüsü "mahkumların ya da tutukluların, fiziksel ya da zihinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek ve ilgili uluslararası belgelere aykırı olan bir muameleye ya da ceza biçimine uygun-

luğunu belgelemek ya da bu belgeleme faaliyetine katılmak sağlık personeli ve özellikle hekimler için tıp ahlakına aykırıdır" der. Üçüncü ilke ise mesleki ilişkide tıbbın" sadece onların fiziksel ve zihinsel sağlıklarını değerlendirmek değil, aynı zamanda korumak ya da iyileştirmek amacıyla okluğunu" belirtir (5).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğünde hekimin görevinin her koşul ve durumda kişinin sağlığını korumak ve sağlığı bozucu bir eyleme onay vermemek olduğu belirtilmiştir (Madde 2) (7).

Türk Tabipler Birliği (TTB) 36. ve 38. Büyük Kongre kararları da cezaevi hekimlerinin, mahkumun hücre hapsine uygunluğu konusunda rapor vermesinin etik açısından uygun olmadığını vurgulamıştır. Adı geçen belgelerde (TTB belgeleri) cezaevi hekiminin aynı zamanda disiplin kurulu üyesi olmasıyla ilgili sıkıntıların aşılması için iki seçenek önerilmiştir. Bunlardan ilki disiplin kurulu üyeliğinin hekim tarafından reddedilmesidir, İkincisi ise özellikle hücre veya katıksız hapis gibi sağlığa aykırı cezaları hekimin hiç bir şekilde onaylamamasıdır (5).

#### Hastaneye Sevk Edilen Tutuklu ve Hükümlüler

Gözaltı, hükümlülük ve tutukluluk durumlarında kişinin hastaneye getirilmesinin değişik nedenleri olabilir, cezaevinde yeterli tanı ve tedavinin uygulanamamış olması, açlık grevi, işkence ve öteki acil durumlar bunlar arasında ilk akla gelenlerdir. Hastanede ortamında getirilen hükümlü ya da tutuklunun bir hasta olarak başvurduğu gözden irak tutulmamalı, hekim-hasta ilişkisine konu olmayacak biçimde kişinin yargılanma ya da hüküm giyme nedeni araştırılmalıdır.

Muayene sırasında hastanın kelepçeleri, açtırılmak, klinik özgürlük koşullarına ve hasta haklarına uygun bir ortam sağlanmalıdır. Muayene ortamında hasta ve hekimle sağlık personeli dışında kimse bulundurulmamalıdır. Muayenede darp-ccbır izi saptanırsa tutanağa geçirilmeli ve kurum bilgilendirilmeli, gerekli tanısai girişimler yapılmalıdır. Sorulduğu zaman hekim kendi kimliğini gizlememelidir. Hastaneye yatırma gerektiğinde, dış etkiye yer bırakılmaksızın tıbbi görüş ve kanı doğrultusunda davranılmamalı, yapılacak itirazlar resmi evrağa imzalı bir tutanak biçiminde geçirilmelidir.

Mahkumların hasta yataklarına zincirlenmesi, kelepçelenmesi ve tıbbi girişimlerin bunların eşliğinde yapılması engellenmelidir. Hasta odalarının güvenliğinden hekim ve sağlık kurumu sorumlu olmalı, odaların içinde jandarma ve gardiyan bulundurulmamalıdır.

Tüm hekimler bu tutumu sergilemekle yükümlüdür ve bu tutumlarından dolayı zarar gören hekimler, hekim örgütlerinin hekime bu desteği vermesi gerektiği belirtilmiştir (DHB Tokyo Bildirgesi 1975. Karar: 6) (5).

Hastane uygulamalarında karşılaşılan önemli bir sorun da, hastane çalışanlarının ve hekimlerin, siyasal otoritelerin ve içinde yaşanan siyasal koşulların etkisiyle başvuran hükümlülere kötü muamele edebilmeleri, onlara yönelik yargılayıcı bir tavır alabilmeleridir. 12 Eylül döneminde gözaltı, tutuklu ve hükümlü olarak uzun yıllar Türkiye'nin değişik ceza ve tutukevlerinde bulunmuş kişilerle yapılan özel görüşmeler göstermiştir ki; 12 EylülTm ilk günlerinde hastane çalışanlarının ve hekimlerinin sevk edilen hastalara yönelik tavırları deyim yerinde ise devlet otoritesinin bir yansıması şeklindedir. Öyle ki; işkence sonucu hastaneye getirilen kişi ikinci kez hastane yönetiminin olumsuz tavrı ile karşılaşmakta, aldığı tedavi ve bakım hizmeti işlediği suçun niteliğine göre değişebilmektedir.

#### **Açlık Grevi ve Tıbbi Etik Sorunlar**

\* Açlık grevi bilindiği gibi bir protesto biçimidir ve genellikle cezaevlerinde başvurulan bir yöntemdir. Açlık grevcisi, belirli bir süre için kendi iradesiyle açlık grevine karar vermiş olan, bu nedenle yiyecek ve/veya sıvı almayı reddeden kişidir. Açlık grevi uygulamasında cezaevi hekimi sıklıkla etik sorunlarla ve ikilemelerle karşı karşıya kalmaktadır. Bir yanda hekimliğin en eski ve en köklü ilkesi olan bireyin sağlığı yararına davranma ilkesi, öte yandan onun özgür iradesine saygı gösterme ilkesi hekimi güç durumda bırakmaktadır. Açlık grevinde hasta izlemi oldukça önemlidir. Öncelikle ayrıntılı bir öykü alınmalı ve tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Genel durum, ağırlık, kan basıncı bulguları, kişisel karta işlenmelidir. Grevdeki kişiye açlık grevinin olası sağlık sorunları ve sonuçları anlatılıp vücut bakımının düzenli yapılması konusunda bilgi verilmelidir. Kişi hergün muayene edilerek izlenmeli, hematolojik ve biyokimyasal tetkikler yapılmalıdır (Kan, idrar tetkikleri, ateş, kilo, nabız, kan basıncı takibi yapılır). Kalp, böbrek, karaciğer,

mide, endokrin hastalıkları olanlara açlık grevinin tahrip edici etkilerinin daha fazla olduğu anlatılmaktadır (5).

Açlık grevi ölüm orucu niteliğinde değilse, kişilere alabileceği kadar su, tuz (5 bardak suya 1 çorba kaşığı), şeker (5 bardak suya 1 tatlı kaşığı) alması hekim tarafından önerilir. Kişinin durumu kötüye giderse kendisine iletilir. Ancak açlık grevini bırakma konusunda baskı yapmama ve yönlendirici olmama gibi bir yaklaşımda buhmılabileceği bilinmelidir. Zorla ağızdan besleme ya da damar yoluyla serum verilmesi etik açısından doğru değildir. DHB Tokyo Bildirgesi'nin 5. maddesinde, açlık grevinin sonuçları hakkında akılcı kanaat oluşturabilecek yeterliliğe sahip olan hükümlülerin kendi rızaları olmaksızın zorla beslenmemeleri gerektiği belirtilmiştir. Kişinin bilincini yitirdiği ya da görüşünün alınmadığı durumda yakınlarına danışmak koşuluyla tıbbi girişimler yapılmalıdır. Hekim, açlık grevi yapan kişinin kararma, vicdani ya da başka bir nedenle uyamayacağını hissettiği durumda, kişinin gözetimini bir meslektaşına devretmelidir (5).

Açlık grevi yapan kişilerin, fazla fiziksel aktiviteye tabi tutulmaksızın ılık ve nemli bir ortamda bulunmaları sağlanmalıdır. Açlık grevinin 1. haftasından başlayarak olası acil durumlar için açlık grevindeki kişiler bilgilendirilmeli ve gerekli hazırlıklar yapılmalıdır (5).

Açlık grevi sona erdiğinde tüm kişiler sistemik muayeneden geçirilmelidir. Normal beslenmeye 5 günden önce geçilmemesi, ilk 3 gün karbonhidrattan zengin, kalorisi düşük gıdalar alınması önerilmektedir (5),

Açlık grevi sürecinde tüm klinik kararlara kişinin tam katılımı sağlanmalı, onanı alınmalı ve güven ortamı yaratılmalıdır. Tıbbi bakıma ve izlenmeye polis müdahalesinin önlenmesi için çaba gösterilmelidir. DHB Malta Bildirgesi (1991) konuyla ilgili olarak iki farklı maddesinde ayrıntılı bilgi vermektedir (8).

Madde 2e: Eğer açlık grevindeki kişi, başka bir hekimin görüşünü isterse ya da ikinci bir hekimin tedavisini sürdürmesini isterse bu sağlanmalıdır. Eğer açlık grevcisi tutukluyorsa bu, görevli cezaevi hekiminin organizasyonu ile gerçekleştirilir.

Madde 2f Açlık grevcileri genellikle enfeksiyonların tedavisini ve ağızdan sıvı alımını kabul ederler. Böyle bir girişim için kişinin rızası gerek-

lidir. Hastanın ailesini bilgilendirmek hekimin görevidir. Ailenin bilgilendirilmemesi ancak açlık grevcisinin isteğiyle olur, aksi durumlarda bu konu hekimin sorumluluğu altındadır.

Açlık grevi ve ölüm orucu ile ilgili olarak elik çevrelerinde tartışma yaratan bir görüş Johannesburg Hastanesi (Güney Afrika) doktorlarından Prof. Kalk ve ekibinin görüşüdür. Prof. Kalk ve ekibi; açlık grevi ve ölüm orucundan sonra, hastalar tam iyileşene kadar cezaevine gönderilmemeleri konusunda hekimlerin kararlı davranmaları gerektiğini ve bunun bir görev olduğunu öne sürmektedir. Çünkü, Kalk'a göre insanların suçları saptanmadan gözaltına alınarak, uzun sürelerle özgürlüklerinden yoksun bırakılmaları, olayı "işkence" olarak değerlendirmek için yeterlidir. Dolayısıyla gözaltı, işkence ile özdeş bir anlam taşımaktadır. Bu görüş, Withwatersrand Üniversitesi hekimleri tarafından da onaylanan ve uygulanan bir görüştür (9).

### Ölüm Cezası ve Hekimler

Hekimlerin Ölüm cezası uygulamasına katılmaları etik değildir. Hekimler hiçbir nedenle ölüm cezasının infazında rol oynamamalıdır. İnfaz sırasında kurbanın ölüp ölmediğini denetlemeleri, infazın tekrarlanıp tekrarlanmaması konusunda önerilerde bulunmaları da doğru olamaz (5).

Ölüm cezasında önce hekimin mahkumu muayene etmesi ve ölüm cezasının yerine getirildiğinin saptanmasına katkıda bulunması etik açıdan kabul edilemez davranışlardır.

İdam cezası verilen mahkumlar için, "idam cezasına uygundur" raporunun düzenlenmesi bir hekime yakışır davranış değildir (5).

İdam cezası ve idamı bekleyen mahkumlar, tıbbi sorunlarla karşılaştıklarında öteki insanlar kadar yeterli sağlık hizmeti alma hakkına sahiptirler. Ancak uygulanacak tıbbi işlemler konusunda mahkumların onamlarını aramak koşuldur. Yine idam sırasında canlı tutmak amacıyla hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım sağlamak etik açısından doğru olmayan bir yaklaşımdır (5).

DHB 1981 'de Lizbon'da yaptığı kurultayda konu ile ilgili bir basın açıklaması yapmış ve Devletin zorunlu kıldığı yöntem ne olursa olsun, hiçbir hekimden ölüm cezasına etkin biçimde katılması istenmemelidir" görüşü dile getirilmiştir (5).

İnfaza olarak davranmak bir hekimlik görevi olmadığı gibi yöntem gereği farmakolojik madde-

lerden ya da hekimlik uygulamasında başka biçimlerde kullanılan gereçlerden yararlanılacak olsa bile, ölüm cezasının uygulanması için hekim hizmetine gerek yoktur (5).

Bazı ülkelerde uygulanan, idam edilen kişilerin organlarının aktarımı ve bu olayda hekimlerin rol alması savunulabilir değildir. Mahkumun bu konuda onam vermiş olması bile, kanımca bu davranışı haklı çıkarmayacaktır. İşlediği suçtan ötürü yaşamı devlet eliyle sona erdirilen bir kişi normal ölüm gibi değerlendirilemez. Bu nedenle, ölüden organ aktarımı yaklaşımı gerekçe gösterilerek idam edilen kişinin organlarının bir başka insanın yaşamının sürdürülmesinde kullanılabileceğini düşünmek etik açıdan yeterince savunulabilir değildir.

TTB 34. (6 no Tu karar) ve 36. (16 no'lu karar) Büyük Kongre kararları ile TTB Merkez Konseyi'nin 28.09.1985 tarihli kararı aynı doğrultudadır (5).

### İşkence ve Hekim-Hasta İlişkisi

DHB'nin 1975 Ekim'inde Tokyo'da yapılan 29. kurultayında "Gözaltı ve Tutuklama Durumunda İşkence ve Öteki Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı İşlem ve Cezalara İlişkin Tıp Doktorları İçin Kılavuzu'nda" işkence aşağıdaki biçimde tanımlanmıştır.

"İşkence, yalnız başına ya da bir yetkilinin emri altında davranan bir ya da birden çok kişinin bilgi edinmek, itiraf almak ya da bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli ya da düşüncesiz / keyfi biçimde bir başka kişiye zor kullanarak, ona fiziksel ya da ruhsal yönden acı çektirmesidir."

Hekimin işkence ya da öteki zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı işlemlerin uygulamasına karışması hiç bir şekilde savunulamaz. Bir tutuklunun sorgulanması sırasında bir hekimin hazır bulunması dahil, tıbbın işkenceye alet olması yasaklanmalıdır (5).

"İyi niyetli" ya da "tıbbi destek" gerekçesiyle de olsa hekimin gönüllü olarak işkence ve kötü muameleye katılması doğru değildir. Kendisi ya da yakınlarının tehdit edildiği gerekçesi ile hekim, işkence ve kötü muameleye karışmak durumunda kalırsa, bu durumu sorumlu makama bildirmelidir. İşkence ve kötü muameleye katılmayı reddeden hekimler, olası baskı ve tehditlere ve işlerini kaybetme risklerine karşı korunmalıdırlar. Bu konuda meslek birliklerine önemli görev düşmektedir (5).

Hekim, gözaltında bir mahkumu muayene/te-davi için çağrıldığında öncelikle mahkumun yararına olan herşeyi yapmakla yükümlü olduğunu bilmelidir. Bu durumda hekim, yalnızca tıbbi girişimi kabul eden mahkumlara tıbbi yardımda bulunmalıdır.

Bir hekim, tıbbi girişimi kabul eden mahkum ya da tutukluya yardım edebilmek için klinik özgürlük koşullarında bulunmalı, güvenlik görevlileri muayene ve tedavi ortamında olmamalıdır. Hekim kendi kimliğini açıklamalı, tutuklu/hükümlünün kimliği de teşhis edilebilir olmalıdır (5).

Tutuklu/hükümlü irade açıklayabilecek durumda değilse örneğin bilincini kaybetmişse, hekim tıbbi girişimi herhangi acil durumda uygulanacak etik kurallara uygun biçimde yapmalıdır.

Tutuklu/hükümlü işkence nedeniyle hastalandığında hekimin gerekli tıbbi yardımı yapması da işkence anlamına gelir (5).

Hekim, kendi kimliğinin açıklanmasının engellendiği, maske ya da başka yöntemlerle yüzünün gizlendiği; hastanın gözlerinin bağlandığı, hastayla arasındaki olağan ilişkiyi zedeleyecek bir üçüncü kişinin varolduğu durumlarda hastayı muayene/te-davi etmemelidir.

İşkence nedeniyle muayene/te-davi edilen kişi ile ilgili hekimin tuttuğu rapor matbu olmamalı, hekimin el yazısıyla okunur biçimde yazılmalı, adı-soyadı, diploma numarası, varsa tabip odası numarası ve imzası yerelmalıdır (5).

Bu noktada tartışmalı bir konu; işkence sırasında sağlık durumu bozulan kişinin muayene/te-davisiyle ilgilidir. İşkencenin "dozunun" fazla olması nedeniyle "istenmeyen" bir sağlık sorunu çıktığında bir hekime gerek duyulabilir. Bu durumda hekim tıbbi girişim yaparsa, işkencenin sürmesine katkıda bulunmuş olacaktır. Bu girişimi yapmadığı zaman da, kişinin sağlığı bir daha düzelmeyecek ölçüde bozulabilir.

Bu noktada çok acil değilse, hekimin klinik bağımsızlık koşullarının (başvurunun resmi olması, tıbbi girişimin hekimin inisiyatifinde ve belirlediği ortamda yapılması, sonrasında izleme olanağı olması) sağlanmadığı durumlarda girişimi reddetmesi; durum acilse ya da baskı vb. nedenlerle girişim yapması durumunda ise en kısa sürede durumu bildirmesi ilkesel olarak bemsenebilir (5).

Hekimlerin işkence sırasında, acıyı azaltmak gerekçesiyle tıbbi girişimde bulunmaları, kişiye ilaç vermeleri savunulamaz. Bu işkenceye yapay

bir "insancılık" ve "meşruiyet" kazandırmaktan öte bir anlam taşımaz.

Psikiyatrinin politik amaçlarla kötüye kullanımını işkencenin ya da öteki zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamelenin unsurlarını oluşturabilir: Gönülsüz ve acı veren tıbbi tedavi uygulanması, dayak ve fiziksel sınırlık, hakaret etme ve aşağılama, sevilen kişilerden uzun süre ayrı tutulma gibi. Psikiyatrik kötüye kullanımın öteki politik kötüye kullanma biçimlerinden önemli ölçüde ayrıldığı nokta ise gerçekleştirildiği çerçeve ya da ortamdır. Yukarıda sözü edilen uygulamaların "kötüye kullanım" olarak nitelendirilmesini bir ölçüde engelleyen ve kabul edilebilir görülmelerine zemin hazırlayan bazı faktörler vardır. İlk olarak, bir kişinin psikiyatri kliniğine zorla yatırılmasına izin veren yasaların hastaların "iyiliği" için olduğu düşünülür, ikinci olarak kötüye kullanımına aracı olan kişiler, hastanın gereksinimlerine uygun davranışlarına inanan (ya da inanmayan) hekimler ve öteki tıp personeleridir.

Özellikle hapisanelerde çalışanlar, askeri hekimler ve psikiyatri servislerinde görev alanlar "kötü muamele" potansiyeli karşısında daha fazla uyanık olmalıdır.

İşkenceye katıldığı ileri sürülen hekimlerin bu eylemleri ciddi olarak araştırılmalı, kusurlu bulunanlar meslekten men edilmelidir (5).

İşkence gören kişilerde işkencenin etkileri ile mücadele etmek amacıyla kurulan ulusal ve uluslararası merkezler desteklenmelidir. Bu desteğin tabip odaları ve uluslararası sağlık / hekim örgütleri tarafından sağlanması anlamlı olacaktır. Beşinci Uluslararası İşkence ve Tıp Mesleği Sempozyumu Ekim 1992'de İstanbul'da yapılmıştır ve alman kararda bir çağrı dile getirilmiştir. Buna göre "özellikle işkenceye katılmama açısından doktorların ve öteki sağlık personellerinin yürürlükteki tıbbi etik kurallarına karşıt davranmak zorunda bırakılmaları riskine karşı yasalarla korunmalarına ve sözleşmelerle bunu sağlamaya çağırır" (8).

### İlgili Sözleşme ve Bildirgeler

\*Birleşmiş Milletler Örgütü (BMÖ) İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

\*BMÖ Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesi

\*BMÖ Tüm İnsanların İşkence ve Öteki Acımasız, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı Muamele ya da Cezadan Korunması Hakkında Bildirge

\*BMÖ Tutuklulara Uygulanması Gereken Asgari Davranış Standardı Kuralları

\*BMÖ Tıp Etiği İlkeleri

\*BMÖ İnsan Hakları Komisyonu Kararı, Mental Hastalık ve Mental Bozukluk Nedeniyle Bir Kurumda Alınan Kişilerin Korunması için İlkeler ve Güvenceler

\*BMÖ Ayrımcılığın Önlenmesi Alt Komisyonu "Tutukluların Sorunları Üzerine Çalışma Grubu Raporu"

•Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "Yasalar ve Ruh Sağlığı"

\*DHB Tokyo Bildirgesi

\*DHB Lizbon Bildirgesi

\*DHB Hekimlerin İdam Cezasına Katılması Konusunda Kararı

\*DHB Silahlı Çatışma Zamanı için Yönetmelik

\*Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu : Mental Hastalıklar için İnsan Hakları

\*Dünya Psikiyatri Birliği Hawaii Bildirgesi

\*Uluslararası Af Örgütü Stockholm Bildirgesi

\*DHB Malta Bildirgesi (5)

### Sonuç ve Öneriler

Dünyada ve ülkemizde gözaltı, tutukluluk ve hükümlülük durumları, insan hakları ve bunun sağlık alanındaki yansımaları olan hasta hakları ihlallerinin sürengelik gösterdiği durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Konu, tüm insanlık için önemli bir moral ve etik sorun olma özelliğini tarihte olduğu gibi bugün de korumaktadır. İnsan haklarıyla ilgili belirgin kazanımlar elde edildiği ve hasta haklarının sıkça gündeme getirildiği günümüzde özgürlüklerinden yoksun bırakılmış insanlar için de haklar alanında etkin çaba gösterilmesi gerekmektedir. Ceza sisteminde ve uygulamada varolan hasta hakları ihlallerinin ortadan kaldırılması yolunda sürdürülecek savaşım, ülkedeki genel demokrasi ve insan hakları savaşımından ayrı düşünülemez. Hasta haklarının sağlanması için gösterilen çabalar, bu genel ilke çerçevesinde değerlendirilmelidir. Bununla ilgili olarak birkaç öneri getirilebilir.

•Tıp, hukuk gibi insanın biyolojik ve sosyal varoluş ile ilgili çalışma alanları/çevreler, insan hakları kuruluşları (İHD, İHV gibi), siyasal partiler (insan haklarıyla ilgili kaygıları olan ve buna ilişkin program geliştiren partiler), meslek odaları ve

demokratik kitle örgütlerinin katılımı ve desteğiyle oluşan "bağımsız" bir organizasyonun gündeme getirilmesi önerilebilir. Bu yapı, gözaltı, tutuklu ve hükümlülerin bulunduğu her alanda gerek duyduğu zaman her tür araştırmaya ve gözlemi yapabilmeli, uyarı ve önerilerini resmi makamlara iletebilmeli, uluslararası örgütlerle bağlantılı olarak çalışabilmeli ve tüm etkinlikleri yasalarca garanti edilebilmelidir.

\*Cezaevi hekimleri yetki ve sorumlulukları konusunda bir ön eğitim almadan göreve başlatılmamak ve sürekli eğitim programları düzenlenmelidir. Adı geçen eğitim süreçlerinde tıp etiği ilkeleri öncelikli konumda olmalıdır.

Temel tıp eğitiminde, insan hakları konusunda da duyarlı hekimlerin yetiştirilmesi amacı gözönüne alınarak gerekli program düzenlemeleri yapılmalıdır.

\*Cezaevi personelinin eğitimi sürekli kılınmalıdır.

\*Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemelerde hekim örgütleri ve etik çevreler etkin bir tutum sergilemelidir.

\*Hasta haklarıyla ilgili çalışmalar yürütülürken, toplumun özgürlüğünden yoksun bırakılmış kesimleri gözardı edilmemelidir. Aksine onlara pozitif ayrımcılık tanınmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Hatim Ş. Hasta Hakları Hepimizin Hakkı. TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi 1995; 336:35.
2. Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ayna Yayıncılık, 1987; 10:374.
3. Summers A. Elizabeth Fry and mid-nineteenth century reform. (The Health of Prisoners Historical Essays. Edt. R. Creese, W.F. Bynum, J. Beam) Clio Medica 34. Amsterdam - Atlanta 1995.
4. Anayasa ve Cezaevi Mevzuatı (Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkif evlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük) Adalet Bakanlığı Yayınları, 1988; 416.
5. Soyer A. İnsan Hakları ve Hekimlik (Tutanaklar-Belgeler). TTB Yayınları. Aralık 1992.
6. Çobanoğlu N., Çobanoğlu M. Cezaevlerinde Psiko-Sosyal Sağlık Üzerine Olumsuz Risk Faktörleri ve Cezaevi Hekimliğinde Etik Sorunlar. 3. Sosyal Psikiyatri Sempozyumunda sunulmuş (1996) yayınlanmamış bildiri.
7. Köroğlu E. Sağlık Mevzuatı. Hacettepe Yayın Birliği 1987; 611.
8. Berber S. Ceza Uygulamaları ve Etik Ankara Tabip Odası Etik Büro Sunuşu 1996.
9. Kalk W.I. Veriava Y. Hospital management of voluntary total fasting among political prisoners. The Lancet Vol. 337. March 16 1991: 660?
10. Genefke İ.K., Vestri P. İşkenceden Sağ Kalanların Rehabilitasyonunda Psikoterapi. (Çev. Tuncer S, Ayan A, İşlegen Y, Çelik C., İzmir Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu Yayını. Ekim 1990: 3.