ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ TIBBİ ARAŞTIRMALARIN ETİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Dr. Hafize ÖZTÜRK

T 99379

DEONTOLOJİ VE TIP TARİHİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Berna ARDA

2000-ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Deontoloji ve Tıp Tarihi Doktora Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/04/2000

Prof. Dr. Yaman ÖRS
Ankara Üniversitesi
(Başkan)

Prof. Dr. Şükrü CİN
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Bekir ONUR
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi
(Raportör)

İÇİNDEKİLER

1.	ÖNSÖZ	1
2.	GİRİŞ VE KONUNUN TEMEL ÖĞELERİ	2
3.	ÇOCUK GELİŞİMİ	116
4.	ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALAR VE ÇOCUK SAĞLIĞININ TOPLUMSAL BOYUTLARI	209
5.	ÇOCUKLARDA ARAŞTIRMA GEREKLİLİĞİ VE ETİK SORUNLAR	280
6.	ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA AYDINLATILMIŞ ONAM	327
7.	ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA ZARAR, YARAR VE RİSK	366
8.	ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA SORUMLULUK	394
9.	KONUYLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER VE YÖNERGELER	428
10.	ÇOCUK SAĞLIĞI AÇISINDAN TÜRKİYE'DEKİ DURUM	467
11.	TARTIŞMA	481
12.	SONUÇ VE ÖNERİLER	505
13.	ÖZET	512
14.	İNGİLİZCE ÖZET	514
15.	KAYNAKLAR	516
16.	EK	525

ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ TIBBİ ARAŞTIRMALARIN ETİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. ÖNSÖZ 1

2. GİRİŞ VE KONUNUN TEMEL ÖĞELERİ 2

2.1. Giriş 2

2.2. "Çocuk" ve "Çocukluğun Evrimi" 5

2.2.1. Çocuk Kavramı 5

2.2.2. Batı Dünyasında Çocuk ve Çocukluk Kavramının Evrimi 7

2.2.3. Tarihsel Olarak Çocuk İmgeleri 17

2.2.4. İslam Dünyasında Çocuğa Bakış 20

2.3. Bilim, Bilimsel Yöntem ve Tıbbi Araştırmalar 21

2.3.1. Bilginin Kaynağı ve Dayanakları 22

2.3.2. Bilim ve Bilimsel Yöntem 26

2.3.2.1. Bilim Tanımları 26

2.3.2.2. Bilginin Nitelikleri 28

2.3.2.3. Bilimsel Yöntem 28

2.3.2.4. Bilimin Dayandığı Varsayımlar 31

2.3.2.5. Bilimin Gelişimi 34

2.3.3. Bilimsel Araştırmalar 37

2.3.3.1. Bilimsel Araştırma ve Aşamaları 37

2.3.3.2. Araştırmaların Sınıflandırılması 39

2.3.3.3. Bilimsel Araştırmanın Özellikleri 42

2.3.4. Tıp Etkinliğinde Yöntem ve Araştırma 45

2.3.4.1. Tıpta Deneysel Yöntem ve Claude Bernard 47

2.3.4.2. Tıbbi Araştırmalar 50

2.4. Etik, Tıbbi Etik ve Araştırma Etiği **52**

2.4.1. Etik 53

2.4.2. Tıbbi Etik 59

2.4.3. Araştırma Etiği 63

2.4.3.1. Etik Açısından Tıbbi Araştırmalar 64

2.4.3.2. Araştırma Etiğinde Genel İlkeler 65

2.4.3.3. Canlı Hayvan Deneylerinde Etik İlkeler 69

2.4.3.4. Tıbbi Araştırmalarda Sorumluluk 70

2.4.4. Bilimsel Araştırmalarda Ortaya Çıkan Etik Sorunlar 72

2.4.4.1. Araştırmanın Planlanması Aşamasında Görülen Etik Sorunlar 75

2.4.4.2. Uygulama ve Değerlendirmeye İlişkin Etik Sorunlar 77

2.4.4.3. Yayınlanma Aşamasında Karşılaşılan Etik Sorunlar 79

2.5. Çocuk Hekimliğinin Evrimi **85**

2.5.1. Tıp Düşüncesinin ve Tıbbın Evrimi 86

2.5.1.1. Büyüsel Tıp Düşüncesi 87

2.5.1.2. Bilim Öncesi Rasyonel Tıp Düşüncesi 89

2.5.1.3. Çağdaş Bilimsel-Deneysel Tıp Düşüncesi 93

2.5.2.Çocuk Hekimliğinin Evrimi 99

2.5.2.1. Eski Uygarlıklarda Çocuk Sağlığına Yaklaşım 99

2.5.2.2. Çocuk Sağlığına İlginin Artması 102

2.5.2.3. Çocuk Hekimliğinde Uzmanlaşma ve Kurumsallaşma 105

2.5.2.4. Türk-İslam Uygarlığında Çocuk Hekimliği 106

2.5.2.5. Cumhuriyet Döneminde Çocuk Hekimliği 110

3. ÇOCUK GELİŞİMİ **116**

3.1. Gelişim Kuramları **118**

3.1.1. Biyolojik Etkenler 118

3.1.2.Çevresel Etkenler 119

3.1.3. Biyolojik ve Çevresel Süreçlerin Etkileşimi 123

3.2. Gelişim Dönemleri 126

3.2.1. Bebeklik Dönemi 126

3.2.2. İlk Çocukluk 127

3.2.3. Orta Çocukluk 127

3.2.4. Ergenlik 128

3.3. Bedensel Gelişim 128

3.3.1. Bebeklik Dönemi 130

3.3.2. İlk Çocukluk 131

3.3.3. Orta Çocukluk 132

3.3.4. Ergenlik 132

3.4. Bilişsel Gelişim 133

3.4.1. Bebeklik Dönemi 135

3.4.2. İlk Çocukluk 139

3.4.3. Orta Çocukluk 143

3.4.3.1. Bilişsel Üslup 147

3.4.3.2. Zeka 148

3.4.4. Ergenlik 149

3.5. Toplumsal Gelişim 152

3.5.1. Gelişim Görevleri 153

3.5.1.1. Bebeklik Dönemi 154

3.5.1.2. İlk Çocukluk 155

3.5.1.3. Orta Çocukluk 156

3.5.1.4. Ergenlik 160

3.5.2. Erikson'un Kuramı 161

3.5.2.1. Bebeklik Dönemi (Güven-Güvensizlik) 162

3.5.2.2. İlk Çocukluk (Özerklik-Utanç ve Kuşku) 164

3.5.2.3. Orta Çocukluk (Çalışkanlık-Aşağılık Duygusu) 166

3.5.2.4. Ergenlik (Kimlik-Rol Karışıklığı) 167

3.5.3. Psikososyal Gelişim Konusunda Bir Araştırma 169

3.5.4. Cinselliğin ve Cinsiyet Rolünün Gelişimi 172

3.5.5. Çocukluk Korkuları 176

3.6. Psikoseksüel Gelişim 180

3.6.1. Psikanalitik Öğreti 180

3.6.1.1. Topografya Kuramı 181

3.6.1.2. Yapısal (Strüktürel) Kuram 181

3.6.1.3. İçgüdüler Kuramı 181

3.6.1.4. Dinamik Kuram 182

3.6.1.5. Psikoseksüel Gelişim Kuramı 182

3.6.2. Psikoseksüel Gelişim Dönemleri 183

3.6.2.1. Oral Dönem 184

3.6.2.2. Anal Dönem 186

3.6.2.3. Fallik Dönem 188

3.6.2.4. Gizil (Latent) Dönem 192

3.6.2.5. Genital Dönem 192

3.6.2.6. Psikanalitik Kurama Yöneltilen Eleştiriler 194

3.7. Ahlak Gelişimi 195

YÖKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

3.7.1. Freud'un Ahlak Gelişimine Yaklaşımı 195

3.7.2. Piaget'nin Kuramı 198

3.7.2.1. Ahlaki Gerçekçilik Evresi 199

3.7.2.2. Özerk Ahlak Evresi 200

3.7.3. Kohlberg'in Kuramı 201

3.7.3.1. Gelenek Öncesi Düzey 202

3.7.3.2. Geleneksel Düzey 203

3.7.3.3. Gelenek Sonrası Düzey (İlkeli Düzey) 204

3.7.4. Toplumsal Öğrenme Kuramı 206

4. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALAR VE ÇOCUK SAĞLIĞININ TOPLUMSAL BOYUTLARI 209

4.1. Araştırmaya İlişkin Genel Kavramlar 209

4.2. Klinik Araştırmalar 212

4.2.1. Klinik Araştırmaların Genel Özellikleri 213

4.2.2. Çocuklar Üzerindeki Klinik Araştırmalar 216

4.3. Laboratuvar Araştırmaları 218

4.4. Epidemiyolojik Araştırmalar 222

4.5. Tıbbi Araştırmaların Amaçlarına Göre Sınıflandırılması 231

4.5.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalar 234

4.5.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalar 236

4.6. Çocuk Hakları 239

4.6.1. Haklar ve Hakların Kaynağı 241

4.6.2. Genel Anlamda Çocuk Hakları 243

4.6.3. Çocukların Sağlık Hakkı 248

4.6.4. Çocukların Hasta Hakları 253

4.7. Çocuk İstismarı ve İhmali **256**

4.7.1. İstismar ve İhmalin Tanımlanması 257

4.7.2. İstismar ve İhmalin Sınıflandırılması 259

4.7.2.1. Fiziksel İstismar 260

4.7.2.2. Cinsel İstismar 262

4.7.2.3. Duygusal İstismar 267

4.7.2.4. İhmal 270

4.7.3. İstismar ve İhmalin Toplumsal Biçimleri 271

4.7.3.1. Savaşta İstismar ve İhmal 271

4.7.3.2. Medyada İstismar ve İhmal 276

5. ÇOCUKLARDA ARAŞTIRMA GEREKLİLİĞİ VE ETİK SORUNLAR **280**

5.1. Pediyatri Araştırmalarının Tarihçesi **280**

5.2. Çocuk Sağlığı Niçin Düzeltilmelidir? **283**

5.3. Çocuklar Üzerinde Araştırma Yapma Gerekliliği **286**

5.4. Çocukların Korunması Gerekliliği **290**

5.5. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Etik İlkeler **294**

5.5.1. Yaşama Saygı İlkesi 294

5.5.2. Zarar Vermeme İlkesi 296

5.5.3. Yarar İlkesi 298

5.5.4. Adalet İlkesi 299

5.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaşa Göre Gruplandırılması **301**

5.7. Araştırmalarda Hasta Çocukların Yer Alması **303**

5.8. Çocuklara Zarar Veren Araştırmalar **306**

5.9. Özel Gruplar Üzerinde Yürütülen Araştırmalar 308

5.9.1. Kurumlara Yerleştirilmiş Çocuklar 308

5.9.2. Sürekli Güçsüzlüğü ya da Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklar 310

5.9.3. Aileden Ayrı Yaşayan Çocuklar 312

5.10. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Sorunlar 312

5.10.1. Klinik Araştırmalarda Plan ve Metodoloji Sorunlar 313

5.10.2. Etik İkilemler 315

5.11. Erişkin ve Çocuk Araştırmalarının Karşılaştırılması 317

5.11.1. Riskin Haklı Gösterilmesi 318

5.11.2. Onam 319

5.11.3. Deneğin Zararlarının Karşılanması 320

5.11.4. Gerekli Hazırlık Çalışması 320

5.11.5. Denek Katılımı ve Uyumu 321

5.11.6. Bağımsız Değişkenlerin Yapısı 321

5.11.7. Geçmişin ve Plasebonun Etkileri 322

5.11.8. Gelişme ve Olgunlaşma 323

5.11.9. Fizyoloji 324

5.11.10. Değerlendirme ve Karar Verme Ölçütleri 325

5.11.11. Çevresel Belirleyiciler 325

5.11.12. Hekim-Araştırmacı Değişkenleri 326

6. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA AYDINLATILMIŞ ONAM 327

6.1. Aydınlatılmış Onamın Tanımı, Kapsamı ve İşlevleri 327

6.2. Aydınlatılmış Onamın Türleri 329

6.3. Tıbbi Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam 330

6.3.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam 330

6.3.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam 333

6.4. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam **334**

6.4.1. Çocuklar Açısından Onam Kavramı 335

6.4.2. Baskı ve Zorlama Olmaması (Gönüllülük) 336

6.4.3. Özerklik ve Sınırlı Özerklik 339

6.4.4. Yeterlik 340

6.4.5. Bilgilendirme 346

6.4.6. Ana-Babanın Onamı 347

6.4.6.1. Ana-Babanın Çocuğu Adına Karar Verme Süreci 350

6.4.6.2. Ana-Babanın Karar Yetkisinin Sınırları 352

6.4.7. Çocukların Karara Katılımı 353

6.4.8. Aydınlatılmış Onam İçin Yasal Çerçeve 356

6.4.8.1. İngiltere 356

6.4.8.2. Kanada 360

6.4.8.3. Amerika Birleşik Devletleri 361

6.4.9. Aydınlatılmış Onamla İlgili Sorunlar 361

7. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA ZARAR, YARAR VE RİSK **366**

7.1. Zarar ve Yararın Belirlenmesi **366**

7.1.1. Zarar 366

7.1.2. Yarar 371

7.1.3. Zarar – Yarar Oranının Değerlendirilmesi 373

7.1.4. Zararın Karşılanması 377

7.2. Riskin Değerlendirilmesi **378**

7.2.1. Araştırma Riski 378

7.2.2. Risk Kavramı 379

7.2.3. Risk, Zarar, Yarar Değerlendirmesi 381

7.3. Konuyla İlgili Kavramsal Standartlar 384

7.3.1. En İyi Çıkar 384

7.3.2. Minimal Risk 388

7.3.3. İhmal Edilebilir Risk 391

7.3.4. Günlük Yaşam Riski 391

7.3.5. Önemsiz Sıkıntı 392

8. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA SORUMLULUK 394

8.1. Hukuk Açısından Hekim Sorumluluğu 394

8.1.1. Sorumluluk Kavramı ve Hekim Sorumluluğu 394

8.1.2. Hekim Sorumluluğu Bağlamında Onam 397

8.1.3. Tıbbi Araştırmaların Hukuksal Yönü 400

8.1.3.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalar 401

8.1.3.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalar 401

8.2. Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu 402

8.2.1. Hekimin Kendisine Karşı Sorumluluğu 402

8.2.2. Hekimin Hastalarına Karşı Sorumluluğu 403

8.2.3. Hekimin Meslektaşlarına Karşı Sorumluluğu 403

8.2.4. Hekimin Topluma Karşı Sorumluluğu 404

8.3. Tıbbi Araştırmalarda Araştırmacı-Hekimin Sorumlulukları 404

8.3.1. Genel Olarak Araştırmacı Sorumluluğu 404

8.3.2. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Araştırmacının Sorumlulukları 407

8.4. Çocuklar Üzerindeki Araştırmaların Hukuksal Boyutu 408

8.4.1. Ne İçin Onam Verilebilir? 408

8.4.2. Kim Onam Verebilir? 412

8.5. Etik Kurullar **417**

8.5.1. Etik Kurulların Tanımı ve Tarihçesi 417

8.5.2. Etik Kurulların Görevleri 419

8.5.3. Etik Kurulların Yapısı 420

8.5.4. Karar Alma Süreci ve Çalışma Yöntemleri 422

8.5.5. Etik Kurulların Çocuklar Üzerindeki Araştırmalar Açısından Önemi 425

9. KONUYLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER VE YÖNERGELER **428**

9.1. Biyoetik Açısından Çocukların Durumu **428**

9.2. Uluslararası Belgeler **430**

9.2.1. Nuremberg Kodu 431

9.2.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 433

9.2.3. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi 434

9.2.4. Hawai Bildirgesi 435

9.2.5. Lizbon Bildirgesi 436

9.2.6. Helsinki Bildirgesi 437

9.2.7. Bilgisayarların Tıpta Kullanılışına İlişkin Duyuru 441

9.2.8. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi 442

9.2.9. Rio Bildirgesi 446

9.2.10. DSÖ ve CIOMS Yönergesi 448

9.2.11. Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi 450

9.2.12. Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi 452

9.2.13. Bali Bildirgesi 453

9.2.14. Dünya Hekimler Birliği Ottawa Bildirgesi 454

9.3. Ulusal ve/veya Uluslararası Yönergeler **460**

10. ÇOCUK SAĞLIĞI AÇISINDAN TÜRKİYE'DEKİ DURUM **467**

10.1. Genel Durum **467**

10.1.1. Çocuğun Değeri 467

10.1.2. Çocuk Hakları 470

10.2. Çocuk Sağlığı ve Tıbbi Araştırmalar **473**

10.2.1. Çocuk Sağlığına İlişkin Göstergeler 473

10.2.2. Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmalar 476

10.2.3. Aydınlatılmış Onam Açısından Pediatri Araştırmaları 477

11. TARTIŞMA **481**

11.1. "Çocukluk" Kavramının Göreceliği ve Devimselliği **481**

11.2. Çocuklara Saygı **483**

11.3. Çocukların Özerkliği ve Yeterliği **486**

11.4. Paternalizm **489**

11.5. Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Temel Etik Sorunlar **493**

11.6. Zarar, Yarar ve Risk Değerlendirmesi **495**

11.7. Risk Değerlendirmesinde Kullanılan Standartlar **499**

11.8. Aydınlatılmış Onam ve Çocuklar **501**

12. SONUÇ VE ÖNERİLER **505**

ÖZET **512**

SUMMARY **514**

KAYNAKLAR **516**

EK **525**

1. ÖNSÖZ

Bu tez konusunun seçiminde temel izlek, toplumda hak ihlallerine uğramak bakımından "riskli gruplar" olarak tanımlanan çocuklar, yaşlılar, tutuklu ve hükümlüler, HIV (+) bireyler ve Hepatit B taşıyıcıları ile ilgili bir hasta ve/veya denek hakları konusunun çalışılması yönündeki kişisel istek ve gereksinim olmuştur. Ancak çocukların, nüfus ve araştırmaya katılım oranlarının yüksekliği göz önünde bulundurularak çocuklar üzerindeki araştırmalara yönelik etik sorunların incelendiği bir uygulamalı felsefe çalışması yapılması yönündeki düşünce, öteki konulardan öncelikli duruma gelmiş ve tez konusu saptanmıştır.

Doktora eğitimi ve tez çalışması sırasında her zaman içten desteğini, yapıcı eleştirilerini, engin duyarlığını ve yakın ilgisini esirgemediği için danışmanım A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD. Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Berna Arda'ya;

Doktora eğitimi süresince farklı felsefi yaklaşım biçimleri, tez konusundaki yapıcı ve yüreklendirici desteği için A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD. Başkanı Sayın Prof. Dr. Yaman Örs'e;

Gerek doktora eğitimi, gerekse Tıbbi Etik Sorun Tartışmaları ve Konukevi Çevresi sunuşlarında engin bilgisini, desteğini ve önerilerini esirgemediği için A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD. Emekli Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Fuat Aziz Göksel'e;

Tez çalışması süresince Tez İzleme Komitesi Üyesi olarak duyarlı, sorumlu ve yapıcı eleştirileri için A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü ve A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Bekir Onur'a;

Tez çalışması süresinde Tez İzleme Komitesi Üyesi olarak duyarlı ve içten katkıları için A.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Başkanı Sayın Prof. Dr. Şükrü Cin'e;

Tez çalışmasının metinlerini bilgisayara hızla yüklediği ve konuyla ilgili farklı görüşleri dile getirdiği için Lale Oral'a;

Tez çalışması süresince çeviri metinlerine yeterli zamanı ayırabilmem için zaman zaman iş yükünü üstlendiği ve çevirilerde ikileme düştüğümde dostça yardımdan kaçınmadığı için arkadaşım Dr. Didem Gediz Gelegen'e;

Yaşamım boyunca iyi bir eğitim almam için bütün olanaklarını içtenlikle sundukları ve her zaman en yakın desteklerini esirgemedikleri için aileme;

Tez çalışması sırasında tüm bilgisayar işlemlerini üstlendiği, metinlerin düzeltilmesinde gösterdiğim kimi gereksiz titizliklere hiç konuşmadan gerekli tepkiyi verdiği, anlam bilgisel ikilemlerime yeterli katkıyı yaptığı, bu süre içindeki bütün kaprislerime katlandığı, her an bir sevgili ve dost desteği verdiği için can yoldaşım Ali Demir Türkmen'e yürekten teşekkür ederim.

2. GİRİŞ VE KONUNUN TEMEL ÖĞELERİ

2.1. Giriş

Tıp alanında bilimsel bilginin geliştirilebilmesi ve insan yararına kullanılabilmesi için, laboratuvar deneyleri yanı sıra, hayvan ve insan denekleri içeren tıbbi araştırmaların yapılması zorunluluğu, bilimsel-deneysel tıp düşüncesinin kaçınılmaz sonucudur. Bu bağlamda, çocuk sağlığının geliştirilmesi amacına yönelik olarak çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda bilimsel bilgi elde etmenin tek yolu, uygun literatür bilgisi ve kuramsal yaklaşımların ışığında, gerekli laboratuvar çalışmaları, canlı hayvan deneyleri ve erişkinler üzerinde yapılan çalışmalardan sonra, çocukların yer aldığı araştırmaların yürütülmesidir. İnsan denekler üzerindeki biyomedikal araştırmalarda hekimlere yol gösterici ilkelerin yer aldığı Helsinki Bildirgesinde insan denekler üzerindeki biyomedikal araştırmaların amacı, "tanı koyucu, tedavi edici ve koruyucu işlemleri geliştirmek ya da bir hastalığın etiyolojisini ve patogenezini açıklamak" biçiminde dile getirilmiştir.

Tıbbi gelişmenin bilimsel araştırmalara dayandırılması gerekliliği ve günümüzün dev tıbbi teknolojisi karşısında, biyomedikal araştırmalara katılan deneklerin haklarının korunması, geliştirilmesi ve araştırmaların etik ilkelere uygunluğunun sağlanması gereği ortaya çıkmıştır. Hasta ve denek olarak hak ihlallerine uğramak bakımından, erişkinlere oranla daha savunmasız durumda olan çocuklar üzerinde yürütülen araştırmalar, yoğun tartışmaların yapıldığı değer sorunlarına yol açmaktadır. Çocukların yer aldığı tıbbi araştırmaların neden olduğu etik sorunlar, erişkinlerde uygulanan araştırmalarda karşılaşılan etik sorunlardan farklı boyutlar içermektedir. Söz konusu farklılıkların temelinde, çocukların bedensel, bilişsel, psikolojik ve toplumsal açılardan erişkinlerden farklı yapıda olmaları bulunmaktadır. Çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda en çok tartışılan konuların başında zarar-yarar değerlendirmesi ve bu değerlendirmede kullanılan standartların uygulanabilirliği; aydınlatılmış onam ve bu bağlamda çocuk adına ana-baba, vasi ya da yasal temsilciden alınan onama ilişkin sorunlar, çocuğun kendisiyle ilgili tıbbi kararlara katılma ya da bu kararları alma yeterliği konuları gelmektedir.

Çocukların yetersiz, korunması gereken ve erişkinlere bağımlı varlıklar olduğunu ve bu nedenle her tür paternalistik müdahalenin haklılık taşıdığını dile getiren

geleneksel anlayış ve tutum biçimi, toplumsal değişimlerin ve çocuk gelişimine yönelik bilimsel çalışmaların etkisiyle süreç içinde terk edilmeye başlamıştır. Günümüzde, çocukların "minyatür erişkinler" değil, kendine özgü karakteristikleri olan "kişiler" oldukları , bu nedenle temel kişilik haklarının tümüne erişkinler kadar sahip olmaları gerektiği düşüncesi evrensel olarak kabul edilmektedir. Bu evrensel kabul, 1989'da imzalanmış olan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinde somutlaşmıştır. Sözleşmenin 24. Maddesi çocuk sağlığına ilişkindir ve çocuğun en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alması için, devleti sorumlu kılmaktadır.

Çocukların sağlık hakkının yaşama geçirilmesi ve çocuk hasta haklarına saygı gösterilmesi, onların gereksindikleri sağlık hizmetinin niteliğinin yükseltilmesi ile olanaklıdır. Bu ise, çocuk gelişimi, sağlığı ve hastalıkları konusundaki araştırmaların yine onlar üzerinde yürütülmesiyle elde edilen bilimsel bilgiye dayalı klinik tedaviye bağlıdır. Çocuklar üzerinde araştırma yapılmasının etik dışı olduğu biçimindeki savlara karşılık, yaygın olarak kabul edilen görüş, onları araştırma ya da tedavi "yetimleri" durumuna getirmemek gerektiğidir. Hatta, çocukların koşullar uygun olmasına karşılık, doğrudan yarar olasılığının yüksek olduğu tedaviye yönelik araştırmalara alınmamasının, etik dışı bir yaklaşım olduğu öne sürülmektedir. İngiliz Pediyatri Birliği Yönergesi (1992) ile Dünya Sağlık Örgütü ve Tıp Bilimleri Uluslararası Konseyi (CIOMS) Yönergesi (1993)'nde, çocuk sağlığına ilişkin bilginin erişkin araştırmalarından elde edilemediği durumlarda, çocuklar üzerinde araştırma yapılmasının etik açıdan savunulabilir olduğu dile getirilmektedir. Benzer olarak, öncelikle çocuk deneğin doğrudan yararını amaçlamayan non-terapötik araştırmaların, etik ilkelere uygun olarak yürütülmesi koşuluyla etik dışı ya da yasa dışı sayılamayacağı öne sürülmektedir.

Çocuklar üzerindeki araştırmaların, çocuğa ve onun yaşamına saygı, zarar vermeme ve adalet ilkeleri göz önünde bulundurularak yararın değerlendirilmesi yaklaşımı içinde yapılmasının etik açıdan uygun olduğu açıktır. Özerkliğe saygı ilkesi gereği, çocukların yer aldığı bütün araştırmalarda, çocuk onam vermeye yeterli ise çocuktan, onam veremeyecek kadar küçük ya da bebekse ana-baba ya da vasiden geçerli onamın koşullarını sağlayan onamın alınması gerektiği açıktır. Ulusal yasaların, 18 yaşın altında olan çocukların onamını geçerli saymadığı durumlarda, çocuk onam verme kapasitesinde ise, çocuğun onamına ek olarak ana-baba onamının alınması

gerekmektedir. Çocuk ve/veya ana-baba ya da vasiden onam alınmadan yürütülen her tür araştırma girişimi, çocuk için risk ya da zarar getirmese de, etik açısından uygun olmayacaktır. Gerek çocuğun araştırmadan göreceği zarar ve yararın belirlenmesinde, gerekse onam sürecinin araştırma etik ilkelerine uygunluğunun değerlendirilmesinde, öncelikle araştırmacının olmak üzere yerel etik kurulların önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, uzmanlık alanlarına dağılımı açısından incelendiğinde ülkemizde yürütülen tıbbi araştırmaların önemli bir bölümünü pediyatrideki araştırmaların oluşturduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, çocuklar üzerindeki araştırmaların etiğine ilişkin tartışmaların yeterince gündemde olmadığı söylenebilir.

Çocuk gelişimi temel alınarak, tıbbi etik ilkeler ve yaklaşımlar ışığında denek ve hasta hakları açısından çocuklar üzerindeki bilimsel araştırmaların değerlendirileceği bu tez çalışması, Türkiye'de konuyla ilgili olarak yapılan ilk çalışma olacaktır. Bir uygulamalı felsefe çalışması olarak görülebilecek olan bu çalışmada, çocuklar üzerindeki araştırmalarla ilgili etik sorunların farklı görünümlerinin çocuk, ana-baba, araştırmacı ve toplum açısından ayrıntılı olarak incelenmesi, öteki ülkelerde konuya ilişkin yapılmakta olan tartışmaların gündeme getirilmesi, başta hekimler ve ana-babalar olmak üzere, ilgili çevrelerde ve tüm toplum kesimlerinde konuya duyarlığın artırılmasına katkıda bulunulması, uygulamaya yönelik ilkelerin geliştirilmesi için dayanak oluşturulması ve çocuklar üzerindeki araştırmalarda kullanılmak üzere aydınlatılmış onam formunun hazırlanması amaçlanmıştır.

Söz konusu amaca ulaşmak için yöntem olarak konuyla ilgili literatürün incelenmesi, özel görüşmeler yoluyla kişisel deneyim ve gözlemlerden yararlanılması, konuyla ilgili temel kavramların tanımlanması, çocuklar üzerindeki araştırmaların etik boyutlarına ilişkin Türkiye'deki durumun belirlenebilmesi için bir ön çalışma yapılması, literatür ve değerlendirmeler ışığında bir aydınlatılmış onam formu geliştirilerek önerilmesi düşünülmüştür. Çalışmanın gereçleri ise, çocukluk kavramı, çocuğun biyo-psiko-sosyal gelişimi, çocuk sağlığının toplumsal görünümleri, çocuklar üzerindeki araştırmalarda karşılaşılan etik sorunlar, aydınlatılmış onam ve konuyla ilgili olarak Türkiye'deki durumun incelenmesidir.

2.2. "Çocuk" ve "Çocukluğun Evrimi"

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. Maddesinde, yasalara göre daha erken yaşta reşit olma durumu dışında, 18 yaşına kadar her insanın çocuk sayılacağı belirtilmektedir. "Çocuk" sözcüğünün tam karşılığı insan yavrusudur. İngilizce'de "child", Almanca'da "kınd", Fransızca'da "enfant", Osmanlıca'da "tıfıl" olarak geçmektedir. Yukarıda sözü edilenler ışığında, çocuğu "bir anne babadan doğmuş ve ergenlik çağından önceki birey" olarak tanımlamak olanaklıdır. Ergenlikten önceki çocuk, genellikle, ailede anne babasına bağımlı birisi olarak kabul edilmektedir. Bir başka deyişle çocuk "birey" olarak değerlendirilmemekte, bağımsız bir kişiliği olduğu gündeme gelmemektedir. Büyük Larousse sözlüğünde çocukla ilgili aşağıdaki tanımlama yukarıda söylenenleri destekleyici niteliktedir. Buna göre çocuk;

1. Ergenlik çağından önceki kız ya da erkek çocuk,
2. Bir yetişkinden beklenen olgunluğu gösteremeyen, büyüklere yakışmayacak biçimde düşüncesizce davranan gereğince olgunlaşmamış kimse,
3. Aklının bir şeye ermediği, saf olduğu düşünülen kimsedir.

Bu tanımlamadan anlaşılacağı üzere çocuk duygusal ve bilişsel açıdan gelişmemiş niteliktedir ve bu niteliğiyle çocukluk, yetişkinliğe hazırlanılan geçici bir dönemdir (Polat, 1997, s.: 7).

2.2.1. Çocuk Kavramı

Gerçekte "çocuk nedir?" sorusuna yanıt vermek çok büyük güçlükler içermekte, basit ve genelleyici tanımlamalar bulmak kolay olmamaktadır. Çünkü soruya bugün verilecek yanıt, örneğin Onüçüncü yüzyıl Arap dünyasında verilecek yanıtla aynı olamayabilir. Ya da Dickens'ın çocuğu, Dostoyevski'nin romanlarında geçen çocuklarla aynı kaderi paylaşamayabilir. Batılı çocukluk tanımları, Üçüncü Dünya'daki yaşamın somut gerçeklikleriyle karşılaştırıldığında, yeniden değerlendirilmeyi gerektirmektedir. Çocukluk deneyimlerinin zamana ve yere bağlı olarak çeşitliliği göz önünde bulundurulduğunda genelleyici kalıplar bulma çabasına kuşkuyla yaklaşmanın haklı gerekçeleri vardır. Burada temel olarak soruya, büyük

ölçüde birbirine koşut ve birbirini tamamlayan, ancak bazı noktalarda ayrışan yanıtlar veren dört anlayıştan söz edilecektir. Çocuk hakları savunucusu Franklin, nüfus bilimci ve sosyal tarihçi Ariés, eğitim ve iletişim kuramcısı Postman, klinik psikolog ve eğitimci Elkind'in çocuk ve çocukluğun evrimine ilişkin görüşleri, erişkinlerin çocuklarla ilgili tutumlarının tartışılmasına ışık tutacak niteliktedir. Ayrıca Eski Mezopotamya uygarlığının ve İslam toplumunun çocuğa ve çocukluğa bakışları konusuna değinilecektir.

Franklin, çocukluk açıklamasını ilişkin beş noktayı belirleyerek yapmaktadır. Bunlardan ilki, çocukluğun herhangi sabit bir döneme ilişkin tek bir evrensel deneyim değil, tarihsel olarak değişen kültürel bir yapı olduğudur. Yapılan pek çok antropolojik çalışma çocukluk olgusunun kültürel çeşitliliğini ve göreceliliğini ortaya koymaktadır. Örneğin, çağdaş Batılı çocukluk kavramıyla düşünüldüğünde Pigme çocuklarının pek çok açıdan erken gelişmiş oldukları söylenebilir, cinsel yaşamları ve toplumlarının ekonomik yaşamına katılımları Batılı geleneklere uygun düşmeyebilecektir. Benzer olarak Anadolu'nun kırsal kesimindeki çocukların yaşamla kurdukları pek çok ilişki biçimi ve onların yaşam içindeki yerleri Batılı çocuklardan farklı olacaktır. Tarihçilerin çalışmaları da çocuklukla yetişkinlik arasındaki ayrım çizgisinin keyfi olarak çizildiğini ve farklı tarihsel dönemlerde büyük değişiklikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durumda var olan çocukluk kavramının geçici olduğu öne sürülebilir.

Franklin'e göre iki yaş grubu arasındaki ayrım çizgisi yalnızca keyfi değil aynı zamanda tutarsızdır da. Örneğin, değişik ülkelerde çocukların ergenlik yaşları 15 ile 18 arasında değişmektedir. Britanya'da cinsel, cezai ve seçme yetkisi ile ilgili bazı edimler farklı yaşları göstermektedir; böylelikle en azından hukuk açısından çocuklar bazı eylemler için çok küçük görülmelerine karşın, diğerleri için yeterince büyük sayılırlar. Ayrıca farklı yaşlarda farklı cinsiyet sınırlamaları oluşturulmaktadır.

Üçüncü olarak çocuklar negatif bir şekilde "yetişkin olmayanlar" olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk, ilk bebeklikten 18 yaşına kadar geniş bir yaş dönemini kapsamakta ve bu uzun süre son derece farklı gereksinimleri, yetenekleri ve gizil güçleri içermektedir. Dolayısıyla bir grup genç insan için yerinde ve uygun olan, başka bir grup için yersiz ve uygunsuz olabilir. 0-18 yaş arasındaki insanların

"çocuk" oldukları ve yetişkine ilişkin etkinlikleri ve işlevleri yerine getirememeleri anlamında benzer oldukları varsayımıyla yukarıda sözü edilen farklılıkların gözden ırak tutulduğu ortadadır. Örneğin, 4 yaşındaki bir insan ile 16 yaşındaki bir insan, arasındaki kapasite, beceri ve gereksinim farkları, 18 yaşındakilerle 21 yaşındakiler arasındaki farklardan çok daha fazla olduğu halde "yetişkin olmadıkları" gerekçesiyle çocuk olarak kabul edilmektedirler.

Franklin, dördüncü özellik olarak "çocuk" teriminin kronolojiden çok, iktidarla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Bir başka deyişle terim, belli bir yaşı betimlemekten çok bir iktidar ilişkisini açıklama eğilimindedir ve başlangıçta düşük statüye sahip olanları tanımlamak için kullanılmıştır. Yani, "çocuk" olarak adlandırılmak için, biyolojik açıdan genç olmaya gerek yoktur. Bu nokta son derece önemlidir; çünkü "çocuk nedir?" sorusunun, toplumda iktidara sahip olanlar tarafından yanıtlandığını ortaya koymaktadır. Bu durumda güçlü olan, toplumsal olarak güçsüz olan yetişkinlere çocukluk anlayışını dayatabilir. Amerika'nın güney eyaletlerindeki kölelerin, çocukluk kavramının içeriğindeki boyun eğme ve bağımlılık özelliklerinin pek çoğunu göstermekte olmaları bu düşünceyi destekler niteliktedir. "Boy" diye çağırılan ya da kendilerine sadece ilk isimleriyle seslenilen, efendilerin cezalandırma hakkına sahip olduğu ve "çocuklar için aynı basit zevklerin ve korkuların bir kısmını onlarla paylaşan, çocuklar için doğal bir arkadaş" olarak kabul edilen köle, çocukla aynı yazgıyı paylaşmaktadır.

Beşincisi ise, çocukluk düşüncesinin kültürel ve tarihsel olarak yaratılmış yeni bir kavram olduğudur. "Çocukluk düşüncesi son dört yüzyıla ait bir Avrupa icadıdır" biçimindeki Plumb'ın yargısına pek çok tarihçi ve sosyal bilimci katılmaktadır (Franklin, 1993, s.: 21-23).

2.2.2. Batı Dünyasında Çocuk ve Çocukluk Kavramının Evrimi

Çocuk tarihi konusundaki çalışmaların en ünlüsü, Fransız nüfus bilimci ve sosyal tarihçi Ariès'in 1960'da yayınlanan "Centuries of Childhood, A Social History of Family Life" adındaki öncü kitabıdır. Bu çalışma çocukluğun değişmez bir biyolojik olgu değil, toplumsal bir kategori olduğunu ve tarihsel sürece bağlı bulunduğunu ve çocukluk kavramının onbeşinci, hatta onaltıncı yüzyıllardan önce bilinmediğini

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ortaya çıkarmıştır. Gerçekte Ariès'in başlangıçtaki amacı çocukluğun tarihini değil, çağdaş ailenin yapısını incelemekti. Ancak Aries, bu aile tipinin özgün niteliklerini değerlendirebilmek için uzak geçmişe bakmak gereksinimi duymuş ve sadece aile gerçekliğiyle değil, aile düşüncesinin evrimiyle de ilgilenmiştir. Çocukluk düşüncesiyle aile düşüncesi arasında bağlantı kurarak birinin yardımıyla ötekini kavramaya çalışmıştır. İncelemelerinde eski uygarlıkların hemen tümünde sanatın çocuk morfolojisini yadsıdığını, sadece Eski Yunan'da Eros tasvirlerinde olduğu gibi çocukluğun gerçekçi biçimde resimlendiğini, Roma dönemine geçişle birlikte öteki Helenistik temalarla birlikte çocukluğun da ikonografiden tümüyle silindiğini, onuncu yüzyılda ise çocuğun sanatçılar tarafından minyatür bir yetişkin olarak görüntülendiğini saptamıştı. Çocukluk konusundaki bu bilgisizlikten, ondokuzuncu yüzyıldaki çocuk merkezli aileye nasıl gelindiğini izleyebilmek için, yalnız sanatta değil dilde, edebiyatta, giysilerde, oyunlarda, eğitimde çocuk kavramının nasıl yansıdığına ilişkin geniş, ayrıntılı tarihsel örnekler sunmuştu. Örneğin, uzun geçmişte çocukları tanımlayacak özel sözcüklerin bulunmadığını, onsekizinci yüzyıla kadar Fransızca'da "puer" ve "adolescens" sözcüklerinin birbiri yerine kullanıldığını, "enfant" sözcüğünün de her ikisi yerine geçtiğini belirlemişti. Benzer şekilde İngilizce'de de bebek anlamına gelen "baby" sözcüğü büyük çocuklara da uygulanabiliyordu. Onaltıncı ve onyedinci yüzyıllar İngiltere'sinde okul çağındaki çocukları tanımlamada kullanılan "baby" sözcüğü, ondokuzuncu yüzyılda Fransızlar tarafından "bébé"ye dönüştürülerek, çok küçük çocuklara özgü bir tanımlama bulunmuştu (Tan, 1994, s.: 17).

Onyedinci yüzyıla kadar çocukluk kavramı, bağımlılık kavramıyla içiçeydi. Hatta bu içiçelik alt toplum katmanlarında daha sonraları da sürdürülmüştü. Bu nedenle bir kimsenin çocukluktan çıkması için ekonomik bağımlılıktan kurtulması gerekiyordu. Çocuklukla ilişkili "oğul", "oğlan", "küçük" gibi sözcükler, günlük dilde feodal hiyerarşinin alt katmanında olanları, sürekli emir altında yaşayan uşakları, erleri ve hizmetçileri belirlemekte de kullanılıyordu. Bir anlamda çocuklar, geçici uşaklar sınıfı olarak değerlendiriliyor, çocukluk da onları yetişkinliğe hazırlayan bir çıraklık evresi olarak görülüyordu. Sonuç olarak Ariès, Ortaçağ Fransız toplumunun çocuk imgesiyle pek fazla ilgilenmediği, çocukluğu estetikte olduğu gibi gerçek yaşamda da çabuk biten ve unutulan bir geçiş dönemi olarak gördüğü düşüncesine ulaşmıştı.

Bu kayıtsızlığın Ortaçağ demografisiyle; yani çocuk ölümlerinin ve buna koşut olarak doğurganlık oranlarının yüksek olduğu bir toplumda insanların olası bir kayıp diye gördükleri bir şeye fazla bağlanmama ile ilişkili olduğunu ya da onun kaçınılmaz bir sonucu olduğunu düşünüyordu. Ona göre çocukluğun keşfi süreci onüçüncü yüzyılda başlamış, ondördüncü yüzyılla birlikte çocukların özel bir kişilik yapısı ve şiirsel bir anlama sahip oldukları sanatta, ikonografide ve dinde dışa vurulur duruma gelmişti. Onbeşinci ve onaltıncı yüzyıllarda ise Meryem'in kollarındaki İsa gibi ana-çocuk ilişkisini yücelten resimlerde, bugün sahip olduğumuz modern çocuk kavramına benzer yansımalar yer alıyordu. Ortaçağ toplumunda çocukluk kavramının bulunmadığını öne süren Ariès, bunun çocukların sevilmediği, terk ve ihmal edildiği anlamına gelmediğini de özellikle vurgulamıştı. Ona göre bu kavram daha çok, çocukluğun kendine özgü doğası bulunduğuna ve bu özelliklerin çocuğu yetişkinden ve hatta genç insandan ayırdığına ilişkin bilinçlilikle örtüşüyordu. Ariès bu durumu şöyle dile getiriyordu: "Ortaçağ toplumunda bulunmayan, bu bilinçlilikti. Onun için de çocuk annesinin, dadısının ya da beşiğini sallayan kişinin sürekli gözetimi olmaksızın yaşayabilir hale gelir gelmez yetişkin toplumuna katılıyordu".(Tan ,1994 s.: 18).

Onyedinci yüzyılla birlikte gelen ve çağdaş tanımı biçimlendiren çocukluk kavramı, Ariés'e göre burjuvaziye ve aristokrasiye özgüydü. Özellikle burjuva aile çevresinde çocuklar, "tatlılıkları, basitlikleri ve komikliklerileyle" yetişkin için bir eğlence ve rahatlama kaynağı olarak algılanıyordu. Bu dönemde çocuklara ilişkin ortaya çıkan pek çok değişiklik, onları, daha önce bir parçası oldukları erişkin dünyasından koparmıştı. Örneğin çocukların erişkinler gibi giyindirilmesinden vazgeçildi ve daha önce giyim farklılıkları yaştan çok statüyü belirlerken, çocuklar için özel giysiler yaratılmaya başlandı. Çocukların yetişkinlerden farklı olarak oynayacakları oyunlar, çocuklara özgü oyuncaklar ve çocuklar için yazılan kitaplar ortaya çıktı (Franklin, 1993, s.: 24).

Ariès çocuk tarihindeki dönüşümün temel etmeni olarak, eğitim konusundaki ilginin canlanışını görüyordu. Ona göre bu gelişme, kökleri Paris Üniversitesi'nin onbeşinci yüzyıldaki reformcularına, Ortaçağ sonundaki kolejlerin kurucularına kadar uzanan onyedinci yüzyıl Moralistlerine bağlıydı. Yaşamın tümüne yayılan bir genel kültür anlayışını benimseyen ve dolayısıyla çocuklara özgü eğitimle fazla ilgilenmeyen

Hümanistlerden farklı olarak Moralistler, toplumu ahlaksallaştırma çabaları içinde çocukların eğitimini öne çıkarmışlardır. Onlara göre çocuklar, insanların sevecenlikle ama dilediklerince oynayabilecekleri sevimli, komik yaratıklar değildi. Ariès, Moralistlerin çocukların saflık ve zayıflıklarını öne çıkararak yetişkinlere bunlardan saflığı koruyup gözetme, zayıflığı güçlülüğe dönüştürme görevini yüklediklerini dile getirmektedir. Moralistlere göre ahlak disiplininin sağlanması, çocuğun yetişkinlerin kokuşmuş dünyasından korunmasını, bu dünyaya katılabilmek için özel bir işlemden geçirilmesini gerektiriyordu. Konuyla ilgili olarak ana-babaların, Tanrı katında çocuklarının ruh ve bedenlerinden sorumlu oldukları belirtiliyordu. Bir başka deyişle, aile sadece soy-ad, mal-mülk geçişini sağlayan bir kurum olmaktan çıkmış, ahlaksal ve ruhsal işlevler kazanmıştı. Bu bağlamda çocukların yaşama hazırlanması da gelişigüzel bir yetiştirmeden, özel bilgi ve disiplin konusu olan bir sürece dönüştürülmüştü. Yeni eğitim anlayışı, Tanrı korkusuna dayalı bir kültür donanımını sağlamayı amaçlayan dinsel okulların klasik öğretim modeline dayanıyordu. Böylece, Ortaçağda rahiplere özgü bir yer olan okul, çocukluktan erişkinliğe geçişin ve topluma tanıtılmanın alanı haline getirilmişti. Çocuğun, doğasındaki zayıflıklara yenik düşmesinden kaygı duyan ana-babalar bunu kolayca kabullenmişlerdi. Ortaçağ okullarıyla modern okullar arasındaki en önemli farkın, ikincilerin sahip olduğu disiplin anlayışından kaynaklandığını öne süren Ariès, disiplinin sadece okul içinde sıkı bir denetim ve gözetimi değil, süreç içinde giderek daha uzun zamanı okulda geçirme gereksinimini de ana-babalara kabul ettirdiğini düşünüyordu. Böylece yetişkinliğe geçiş için gereken alıştırma süreçleri niteliğindeki eğitim aşamaları, bir anlamda çocuğun yeteneklerine daha az güven duyulmasına yol açmıştı. Çocukların takvim yaşına göre hiyerarşik olarak düzenlenmesi ve sınıfların ayrılması çocukluk ya da gençlik içinde de çeşitli ayırımlar olduğu anlayışından kaynaklanmıştı. (Tan, 1994, s.:20).

Ancak çocuklarla ilgili bu değişimler, bütün çocuklar tarafından eşit bir şekilde ve eşzamanlı olarak yaşanmadı; cinsiyet ve sınıf ayrımcılığı, gelişimlerin hızını etkiledi. İlk "çocuk" lar, orta sınıfın erkek çocuklarıydı, çünkü "çocukluk" kadınlara uygulanmıyordu. Gelişen burjuvazi yalnızca kendi oğullarının yenilikçi biçimde eğitilmesini istiyordu; ancak böylelikle hızla gelişen teknolojik gelişmelerle başa çıkabilirler ve yeni elde etmiş oldukları zenginlikleri erkekler yoluyla gelecek

kuşaklara aktarmış olabilirlerdi. Kızlar gelecekteki görevlerini evde öğrendikleri için okulların verdiği eğitim ve öğretime gereksinimleri yoktu. Aslında kızların dışlanması bütün toplumsal grupları kapsıyordu; Ariés 'e göre "iyi ailelerin kızları daha aşağı sınıfların kızlarından daha iyi eğitilmiş değildi". Benzer biçimde madenlerde ve fabrikalarda çalışan işçilerin çocuklarının , esnaf ve köylü çocuklarının okuma yazmaya gereksinimleri yoktu. Bu nedenle başlangıçta tıpkı kızlar gibi "çocukluk" kavramının dışında bırakıldılar (Franklin, 1993, s.: 26).

Postman'a göre Antik dönemde çocuklarla ilgili tutumlara yönelik bilgiler oldukça azdır. Örneğin, Eski Yunanlılar özel bir yaş kategorisi olarak çocukluğa oldukça az ilgi göstermişlerdir. Çocuk ve genç için kullandıkları sözcükler belirsizdir ve konuyla ilgili olarak seçilen sözcükler bebeklikle yaşlılık arasında kalan hemen her çağı içeriyor görünmektedir. O dönemden günümüze kalan heykellerden hiçbirinin çocuk heykeli olmadığı, resimlerden hiçbirinin çocuk resmi olmadığı bilinmektedir. Eski Yunan edebiyatında çocuklara ne ad verileceğine ilişkin belirsiz kaynaklar vardır. Bütün bunlardan, Eski Yunanlıların kesin bir çocukluk kavramı oluşturduklarını söylemek olanaklı değildir. Eski Yunanlıların küçük çocukları öldürme uygulamasına karşı ahlaki ya da yasal sınırlamaların olmadığı, Aristo'nun bu korkunç geleneğe karşı sınırlamalar getirilmesi gerektiğine inanmasına karşın, bu uygulamayı ortadan kaldırmaya yönelik güçlü karşı çıkışlarda bulunmadığı belirtilmektedir. Buradan Eski Yunanlıların çocuğun yaşamının anlamına yönelik görüşlerinin günümüzdeki egemen anlayıştan hayli farklı olduğu söylenebilir. Ancak çocuğun doğası konusunda bugünün ölçülerine göre farklı ve çelişkili olmalarına karşın, Eski Yunanlıların eğitim konusundaki aşırı tutkuları bilinen bir gerçektir. Platon'un eserleri arasında, çocuğun eğitiminde nasıl davranılması gerektiği, özellikle erdem ve cesaretin öğretilmesi konusundaki düşüncelerine ulaşılmıştır. Bu bağlamda okul düşüncesinin Eski Yunanlılarca ortaya atıldığı düşünülmektedir. Okul için kullandıkları sözcük olan "*leisure*" "boş ya da "serbest zaman" anlamına gelmektedir. Karakteristik bir Atina inancının yansıması olan bu anlayışa göre, uygar bir kişi, boş ya da serbest zamanını doğal bir biçimde düşünme ve öğrenmeyle geçirir. Plutarch'ın "Yaşantılar" adlı yapıtında 7 yaşındaki erkek çocukların jimnastik ve oyunlardan başka okuma-yazmayla da eğitildikleri dile getirilmektedir. Atina'lıların liseleri, reşit gençlere yönelik kolejleri, hitabet sanatını öğreten okulları,

aritmetik ve okumanın öğretildiği ilköğretim okulları vardı. Eski Yunanlılardaki bu okul ilgisi, onların çocukluk anlayışlarının çağımıza benzer yönler taşıdığını göstermemektedir. Onlar çocukların disipline edilmesi konusunda modern insanlar tarafından gösterilen anlayışı benimsememişlerdir. Lloyd de Mausse bu konuyla ilgili "Çocukların disipline edilme yöntemleri ile ilgili topladığım veriler, onsekizinci yüzyıldan önce çocukların büyük bir oranının günümüzdeki deyimle hırpalanmış çocuklar olduğuna inandırmaktadır beni." diye yazmıştır. Benzer şekilde Platon'un Protogaras diyaloğunda itaat etmeyen çocukların sopa kullanılarak korkutulabileceğini dile getirmesi, bu davranışın geleneksel uyarmanın ilkel bir çeşidi olduğu düşüncesini desteklemektedir. Sonuç olarak Eski Yunanlıların çocukluk fikrinin bir ön imgesini verdikleri söylenebilir. Ancak çocukluğu bütünüyle keşfetmedikleri de açıktır (Postman, 1995, s.: 18).

Eski Yunanlıların okul fikrini geliştirerek sürdüren Romalılar böylece Eski Yunan düşüncesine üstün gelen bir çocukluk bilincini de oluşturmuşlardır. Örneğin, Roma sanatı, "Rönesans dönemine kadar Batı sanatında görünmeyen, oldukça sıra dışı bir genç ve gelişkin bir çocukluk anlayışı" ortaya koymuştu. Çocukluk düşüncesinin evriminde çok önemli bir adım olarak nitelendirilecek olan çocukluk ile ayıp düşüncesi arasındaki bağlantı Romalılar döneminde kurulmaya başlamıştı. Bu ilişki gerek Ortaçağ Avrupa'sında, gerek modern çağda çocukluğun çöküşüyle ilgili tartışmalarda gündeme getirilmektedir. Romalılar iyi geliştirilmiş bir ayıp düşüncesi olmaksızın çocukluğun varolamayacağı biçimindeki düşüncenin tohumlarını atmışlardır. Quintilian'ın bebeklikten başlayarak bir hatibin nasıl eğitileceğini anlattığı eserinde onun çocukluğun özel niteliklerine yönelik duyarlılığının çoğu çağdaşından oldukça ileri olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu açıdan Quintilian'ın belirttiği duygu ile yeni doğan çocuğu öldürmeyi yasaklayan ilk yasa arasında bir bağlantı kurulabilir. Söz konusu yasa Quintilian'dan üç yüzyıl sonra (M.S. 374) yapılmıştır (Postman, 1995, s.: 19).

"Çocuklar, göremeyeceğimiz bir zamana gönderdiğimiz canlı mesajlardır. Biyolojik açıdan herhangi bir kültürün kendisini yeniden üretme gereksinimini unutması tasavvur edilemez. Fakat, bir kültürün toplumsal açıdan çocukluk fikrine sahip olmaksızın var olması oldukça muhtemeldir. Bebekliğin tersine çocukluk, biyolojik bir kategori değil, toplumsal bir kurgudur. Genlerimiz, çocuğun ne olduğu ya da

olmadığına ilişkin açık talimatlar içermemektedir ve var kalmanın yasaları yetişkin ile çocuğun dünyaları arasında bir ayrım yapılmasını gerektirmemektedir. Aslında çocuklar sözcüğünü özel bakım ve koruma biçimi gerektiren, diyelim 7 ve 17 yaşlar arası dönemde olan özel bir insan grubunu belirtmek için kullanırsak, o zaman çocukların dört yüzyıl kadar var olduklarına ilişkin bol miktarda kanıt olacaktır." (Postman, 1995, s.: 7).

Çocukluğun bilim, ulus-devlet ve dinsel özgürlükle birlikte onaltıncı yüzyılda ortaya çıktığı ve günümüze dek gelişerek sürdüğü görüşünü taşıyan Postman yukarıdaki sözleriyle Ariès'in çocukluğun "icat edilmiş bir kavram" olduğu düşüncesine katıldığını göstermektedir. Postman aynı zamanda bu icadın, Rönesans'ın en önemli buluşlarından biri, belki de en insancıl buluşu olduğunu öne sürenlerdendi. Ona göre çocukluğu yaratan en önemli etken matbaanın bulunmasıydı. Matbaa "dinsel kültür koşullarının denetim altına aldığı narsizmi" özgürleştirmiş, yazarlarda ve okurlarda benlik bilincini serbest bırakmıştır. Çünkü matbaadan önce bir toplumsal çerçeve içinde ortaya çıkan, sözcüklerin yüksek sesle dile getirildiği okuma eylemi, kitap yazımıyla birlikte başka bir geleneğe dönüşmüştü: "Yalıtılmış okuyucu ve onun mahrem gözleri". Böylece sözelcilik geleneği, yerini sessizliğe bırakmış ve okuyucu ile tepkisi, toplumsal bir çerçeveden çıkarılmıştır. Okuyucu kendi zihni içine çekilmiş ve diğerlerinden istediği şey onların yokluğu ya da öyle olmasa bile onların sessizliği olmuştur (Postman, 1995, s.:41). Benzer şekilde matbaa yeni, simgesel bir dünya yaratarak yetişkinle çocuğu bir birinden ayıran sınırı oluşturmuştu. Soyut bilgiler alanına giriş okur-yazarlığa bağlanmış, yetişkinlik biyolojik değil, simgesel bir kazanım durumuna getirilmiş ve eğitim de modern okul kavramıyla eşleştirilmişti. Matbaa ve okul aracılığıyla çocuğun simgesel çevresinin denetimi artmış, bu denetimin ve çocuğun yetişkinliğe geçişinin koşulları erişkinlerin eline geçmişti. Postman okur-yazarlıkla çocukluk kavramının ilişkisini kurmuş, okur-yazarlığa en çok önem verilen yerlerde çocukluk kavramının ve okulların öteki toplumlardan daha hızlı geliştiğini öne sürmüştür. Tarih yazımının olayların bitiminden sonra gerçekleştiği varsayımından yola çıkan Postman, 1960'lardan başlayarak çocuk tarihi araştırmalarının önem kazanmasını çocukluğun yitirilmekte oluşuyla açıklamıştır. Ona göre tüm toplumsal kurgular gibi çocukluk düşüncesinin de varlığını sürdürmesi kaçınılmaz değildir. Çocuklarla yetişkinler arasındaki

farklılıklar günümüzde önemli ölçüde azalmıştır. Postman bu gelişimin kurgusal çocukluk anlayışlarının yaygınlaştığı ondokuzuncu yüzyıl ortalarına rastladığını, bunun nedeninin 1850'de telgrafın bulunmasıyla başlayan elektronik kitle iletişimine özellikle de televizyona geçiş olduğunu savunmaktadır. Elektronik araçlar, iletişimi kişiselden ve yerelden, toplumsal ve küresele çevirerek bilginin nitelik, miktar, akış ve alınışını değiştirmiş, simgesel çevrenin denetimini ev ve okuldan koparmıştır. Bu ise çocuk ve yetişkin kategorileri arasındaki farkları ortadan kaldırarak bir anlamda ondördüncü ve onbeşinci yüzyıllardaki iletişim ortamına dönüşü simgelemektedir. Bu ortam çürümüşlüğü, şiddeti, sıkıntıları,yolsuzlukları ve güvensizlikleri de içinde olmak üzere erişkin dünyasının tüm gerçeklerinin çocuklara etkinlikle ve kolayca aktarıldığı bir ortamdır. Postman'a göre matbaa makinesinin yarattığı çocukluk, elektronik araçlar tarafından yok edilmiştir (Tan, 1994, s.: 22, 24).

Çocukluk kuramının geliştirilmesine büyük katkılarda bulunmuş olan Locke da kitaplı öğrenim ile çocukluk arasındaki ilişkiyi görmüş ve çocuğa çok değerli bir kaynak olarak davranılmasını, bununla birlikte çocuğun entelektüel gelişimi ve kendini denetleme kapasitesi için özel bir dikkat gerektiren bir eğitim önermiştir. Locke'un fiziksel bakımla ilgili düşünceleri bile çocuğun zihinsel yetilerinin gelişimine yöneliktir. İnsanın doğduğu anda zihninin boş bir levha (tabula rasa) olduğunu öne süren Locke, "Çocuk, zihninin emirlerine itaat edebilsin ve onları yerine getirebilsin diye güçlü bir bünyeye sahip olmalıdır." diye yazmıştır. Çocuklukla yetişkinlik arasındaki ayrımı sürdüren bir araç olarak ayıp kavramının önemli olduğu düşüncesi de Locke'a aittir ve şunları dile getirmektedir: "Tüm diğerlerinin arasında saygı ve ayıp bir kez tatmin edildiğinde, zihin için en güçlü dürtüler olur. Çocukların kafasına güven duygusunu, ayıp ve utanma değerlerini sokabilirseniz, onlara doğru ilkeyi kazandırmış olursunuz." Kendisinden iki yüzyıl sonraki Freud'un ruhsal ya da zihinsel baskıyla ilgili düşüncelerine benzeyen Locke'un "tabula rasa"sı ailelerde, çocukların gelişimi ile ilgili bir suç duygusu yarattı. Çünkü cahil, ayıp duygusu olmayan, disipline edilmemiş çocuk, Locke'a göre çocuğun değil, yetişkinlerin başarısızlığını gösteriyordu.

Çocukluk düşüncesi üzerine onsekizinci yüzyıldaki ikinci büyük etki Rousseau'dan gelmiştir. Rousseau'nun bu gelişime iki önemli katkısı olmuştur. Birincisi, çocuğun sadece bir amaç için araç olarak değil, kendisi için de önemli olduğuna ilişkin

düşüncesindeki ısrarıdır. Bu bağlamda Rousseau, çocuğu her bakımdan potansiyel bir yurttaş olarak gören Locke'dan ayrılmaktadır. İkinci düşüncesi, çocuğun entellektüel ve duygusal yaşamının önemli olduğuydu. Çünkü ona göre çocukluk, insanın "doğa durumunu"na en çok yaklaştığı zamanki yaşam devresidir. Rousseau "Emile" adlı eserinde çocukların okuyabileceği ve doğal çevreyi nasıl yaşayabileceği ve denetim altına alabileceği konusunda tek bir bölüm ayırmıştır. Bu yönüyle dünyanın dikkatini çocukluğun kendiliğindenlik, saflık, güç ve sevinç erdemlerine çevirmiştir ve böylece çocukluk, ondokuzuncu ve yirminci yüzyıllara doğru iki entelektüel tarzı yakalamış oluyordu. Birincisine Locke'cu ya da Protestan çocukluk anlayışı; ikincisine de Rousseau'cu ya da romantik çocukluk anlayışı denilebilir. Protestan görüşe göre çocuk, okur-yazarlık, eğitim, akıl, benlik-denetimi ve ayıp gibi faktörlerle uygar bir yetişkin olabilen biçimlenmemiş bir kişidir. Romantik görüşe göre ise çocuk, biçimlenmemiş kişi değil, başlı başına bir sorun olan bozuk-biçimli (:deforme) yetişkindir. Çocuk, okur-yazarlık, eğitim, akıl, benlik-denetimi ve ayıp gibi etkenlerin zayıflattığı dürüstlük, anlama, merak ve kendiliğindenlik gibi doğuştan gelen bazı becerilere sahiptir (Postman, 1995, s.: 76-80).

Bu iki görüş arasındaki farklılık, en canlı bir biçimde Locke ve Rousseau tarafından öne sürülen zıt çocukluk metaforlarına gönderme yapılarak görülebilir. Örneğin, Locke'un bir levha olarak zihin metaforunun, çocukluk ile matbaa arasındaki bağlantıyı tam olarak betimlediği söylenebilir. Gerçekten de tabula rasa (:boş levha) çocuğu, sayfalar doldukça olgunluğa doğru ilerleyen yetersiz biçimde yazılmış bir kitap olarak görür. Bu süreçte "doğal" ya da biyolojik bir şey yoktur. Aksine simgesel bir gelişim sürecidir. Locke ve çoğu onsekizinci yüzyıl düşünürlerine göre, cehalet ve çocukluk, birbirine bağlı iki şey iken, yetişkinlik, tümüyle dilbilimsel yeterlilik olarak tanımlanırdı. Öte yandan Rousseau, "Emile"de "bitkilerin ekilmeyle insanın ise eğitimle gelişebileceği"ni yazmıştır. Böylece çocuğu, kitaplı öğrenimle güçlükle ıslah edilebilen vahşi bir bitki olarak ele almakta, çocuğun büyümesinin organik ve doğal olduğunu, çocukluğun uygarlığın hastalıklı taşkınlıkları tarafından boğulmaması gerektiğini dile getirmektedir. Rousseau'ya göre eğitim, aslında bir çıkarma; Locke için de bir ekleme sürecidir. Bu iki metafor arasındaki farklılıklara karşın, her iki yazarın da geleceğe dönük ortak bir ilgileri vardır. Locke, eğitimin zengin, değişken ve bereketli bir kitapla son bulmasını istiyordu. Rousseau ise,

eğitimin sağlıklı bir çiçeğe dönüşmesini arzuluyordu. Her ikisi de yetişkinlerin geleceğe yönelimli rehberliği olmaksızın çocukluğun varolamayacağını öne sürmüşlerdir. Oysa geleceğe dönük ilgi, günümüzdeki çocuk metaforlarında giderek kaybolmaktadır.

Çocukların uygarlaştırılması gereken biçimlenmemiş yetişkinler olduğu biçimindeki Locke'cu görüş bozulmadan kalmış, ancak Rousseau ve Romantik akımca tanımlandığı gibi, bu tür çocukluk erdemlerini bozmaya ya da zayıflatmaya yönelik sürecin nasıl ilerleyeceğine ilişkin sorunlar ortaya çıkmıştır. Örneğin 1890'da kurulan Çocuk Doğasını İnceleme Derneği toplantılarında belirlenen sorunlar arasında aşağıdakiler yeralmıştır:

Çocuklar üzerinde kesin bir itaat uygulanmalı mıdır? Dürüst mülkiyet düşüncesi çocuğa nasıl aktarılabilir? Daha büyük çocuklar, ne kadar yetkeye sahip olmalıdır? Eğer, katı biçimde gerçekliğe bağlı kalınırsa, çocuğun imgeleminin gelişmesi önlenmiş mi olur?

Bu sorular , çocukların saygı gösterilmesi gereken bir mantığa ve psikolojiye sahip olduğunun kabul edildiğini ve eğitim sürecinin çocuğun gelişimine engel oluşturma kaygısının varolduğunu göstermektedir. Nitekim ondokuzuncu yüzyılın sonunda, çalışmaları yirminci yüzyılda bütün çocukluk tartışmalarında kullanılan söylem biçimini oluşturan iki kişi, döneme damgasını vurmuştur. "Rüyaların Yorumu" adlı yapıtıyla Freud, "Okul ve Toplum" adlı yapıtıyla Dewey "çocuğun doğal haklarıyla uygarlığın istemlerini nasıl dengeleriz?" sorusunu ortaya atarak, çocukluğun onaltıncı yüzyıldan günümüze olan yolculuğunun bir sentez ve özetini sergilemişlerdir (Postman, 1995, s.: 81-85).

Freud, Rousseau'ya benzer biçimde zihnin doğuştan boş bir levha olmadığını, aksine belirli bir yapı ve içeriğe sahip olduğunu, çocuğun cinselliğinin iç güdüsel dürtülerle yüklü bulunduğunu dile getirmiş, yetişkinliğe geçiş aşamasında bunalımlarını aşamayan çocuklarda kişilik bozukluklarının ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Ancak Freud, çocukla ana-baba arasında ilk yaşlarda ortaya çıkan etkileşimlerin kişiliğin belirlenmesinde temel oluşturduğu biçimindeki görüşü nedeniyle Locke'a benzer düşüncededir. Dewey ise, çocuğun ruhsal gereksinimlerinin geleceğe değil, şimdiye bakılarak ele alınması gerektiğini öne sürmüştür. Ona göre çocukluğun

içgüdüleriyle gereksinimlerini gözönünde bulundurur, bunların ortaya çıkarılıp geliştirilmesini sağlarsak erişkin yaşamının disiplini ve kültürü kendiliğinden gerçekleşebilecektir (Tan, 1994, s.: 12).

2.2.3. Tarihsel Olarak Çocuk İmgeleri

Çocuğun doğanın bir armağanı olduğunu; çocuk imgesinin ise insanın yarattığı bir şey olduğunu öne süren Elkind, çocuk imgesinin tarihin her çağında eğitim uygulamalarını belirlediğini, ancak bu imgenin doğru yanları olmakla birlikte bazı yanlışlıkları da içerdiğini, çocuk eğitimcilerinin her çağda çocuğun sağlıklı eğitimini tehdit eden yanlış imgelerle savaşmak durumunda olduğunu ve bu savaşımın antik çağdan bu yana süregeldiğini savunmaktadır. Ona göre Antik çağdaki çocuk imgesi, toplumun yasaları ve kültürü içinde eğitilmesi gereken küçük bir yurttaş imgesiydi. Babil'de kızlar ve oğlanlar 6 yaşında okula gider, eğitim malzemeleri kil, tuğla ve kamış olan yoksul çocukları da okuma yazma öğrenirdi. Eski Roma'da kadınlar ve erkekler öteki toplumlara oranla daha eşit konuma sahipti. Kız ve erkek çocuklar katı disipline sahip okullara gider, balmumu tablet, kamış kalemle okuma yazma öğrenirlerdi Ortaçağda yaygın çocuk imgesi mal ve kölelik ideolojisi ile tutarlı olarak, "taşınır eşya ya da mülk parçası" idi; köle çocukları hayvanlarla birlikte yaşar ve çalışırdı. Onyedinci yüzyıl sonuna doğru Şövalyelerle Püritanlar arasında çocuk imgeleri açısından farklılıklar ortaya çıkmıştı. Şövalyeler başbelası ve oyuncak karışımı bir çocuk imgesine sahip iken, Püritanlar çocuğu ilk günahla bozulmuş olarak görüyorlardı. Örneğin Janeway "çocuğunuz hiçbir zaman cehenneme gitmeyecek kadar küçük değildir" diye yazmıştı. Amerika Birleşik Devletleri'nde sömürgecilik döneminde çırak olarak ya da çiftlikte ticari kazanç sağlayacak biçimde çalıştırılan göçmen ve yoksul çocukları Endüstri Devrimiyle birlikte ucuz fabrika işçisi olarak görülmeye başladı. Çocuk emeği sömürüsündeki zalimliğin herkes tarafından kabulüyle birlikte gelen sosyal reform hareketi, çocukları ucuz fabrika işçiliğinden çırak imgesine dönüştürdü. Süreç içinde toplumlar, bazıları çocukların sağlığı, mutluluğu ve eğitimi için yararlı olan bir çok farklı çocuk imgesine sahip oldular (Elkind, 1999, s.: 28).

Öte yandan var olan çocuk imgesine karşı çıkışlar da tarihte göze çarpmaktadır ve bu meydan okumalar genellikle erken çocukluk dönemi eğitimcilerinden gelmektedir. Plato ve St. Augustine çocukların profesyonel çocuk bakıcıları tarafından yetiştirilmesini önermişlerdir. Pestalozzi ve Frobel, sağlıklı çocuklar yetiştirilmesi için ana babaların eğitilmesi gerektiğini ve onlara "doğru" bir çocuk imgesinin verilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Montessori de çocukların ana babalarca değil profesyonellerce eğitilmesi gerektiğini öne sürenlerdendir. Sonuç olarak yaygın çocuk kavramına ve imgesine karşı çıkan eleştirmenler yanlış çocuk imgesini daha sağlıklı, mutlu ve üretici bir çocuk yaşamı sağlayacak daha gerçekçi bir çocuk imgesiyle değiştirmek için savaşım vermişlerdir. Tarihsel olarak yaygın olan çocuk imgeleri egemen siyasal, sosyal, ekonomik, dinsel ve kültürel karakterlerden türetilmekteydi. Modern imgeler ise bilimsel kökenlidir. Ancak bu imgelerin bilimsel kökeni onları toplumsal, siyasal ya da dinsel kökeni olanlardan daha geçerli duruma getirmemiştir. Çünkü bilimsel kökene dayalı olan bazı çağdaş çocuk imgeleri onları bazı yönlerden daha zor başa çıkılacak hale getirmiştir. Çocukları belli bir amaç olmaksızın risk altına atan "yanlış eğitim" olarak adlandırılabilecek 3 modern çocuk imgesi şunlardır:

- Şehvetli Çocuk
- Esnek Çocuk
- Yetenekli Bebek

Yüzyılın başında ortaya atılan şehvetli çocuk görüşüne göre çocuk, erişkinlere özgü kılınan cinsel dürtülere ve eğilimlere sahip "çok yönlü sapık" bir yaratıktır. Freud'un anlatımıyla cinsel içgüdüleri umutsuzca bastırılan çocukların kaderi nevrotik olmaktır. Bu imgenin çocuk yetiştirme ve eğitimine etkisi olmuştur; Evde ve okulda uygun şekilde kendini ifade eden çocukların sağlıklı kişilikler geliştireceği öne sürülmeye başlanmıştır (Elkind, 1999, s.: 30 - 31).

Kuşaklararası çatışmalarla ilgilenen antropologlarca ortaya atılan esnek çocuk görüşüne göre çocuklar, erişkinlerin aksine uyum sağlama yeteneğine sahiptirler. 1930'ların sonunda Davis, yetişkinlerin çocuklukta edindikleri eğilimlere kilitlendiklerini ve çocukların değişen koşullarını değerlendirmelerini engelleyerek kuşak çatışmasına yol açtığını; Benedict yetişkinlerin bağımsız, çocukların bağımlı

olduğunu ve yetişkinin çocuğun gelişen bağımsızlığıyla başa çıkma konusundaki yetersizliğinin kuşak çatışması ile sonuçlandığını öne sürmüşlerdir; Mead ise kökleşmiş düşünce alışkanlıklarından bağımsız olan çocukların, yeni ve değişen teknolojiye yetişkinden daha iyi uyum sağlama yeteneğinde olduğunu savunmaktadır. Çocuk esnekliği kavramını ortaya atan antropologlar doğrudan aile içindeki değişime değil toplumdaki değişime değinmektedirler. Çocuklar tutarlılık, durağanlık ve güven aradığından ailenin taşınması, boşanma gibi durumlarda çocuklar bu değişimlere daha zor uyum sağlamaktadırlar. Sosyal bilimcilerin aile içindeki değil, toplumdaki değişime ilişkin görüşlerinin yanlış uygulamalarıyla beslenen tam tersi bir imge egemen olmaktadır. Erken çocukluk eğitimine bilgisayarların girmesi ve programlamanın küçük çocuklara öğretilmesi esnek çocuk imgesinin doğrudan bir sonucudur. Yanlış olan, çocukların bilgisayarı başarılı bir biçimde kullanmadan önce programlamayı öğretmemiz gerektiği fikridir. Programlama üzerindeki güçlü vurgu, yanlış eğitimin, çocukları bir amaç olmaksızın riske etmenin iyi bir örneğidir. Risk, çocukların bilgisayarların başka neler yapabileceğini görme şansına sahip olmadan heveslerini yitirmeleridir. Benzer biçimde erken çocukluk eğitiminde nükleer savaş tehdidinin ve AIDS'in tehlikelerinin öğretilmesi de yersiz ve zamansızdır. Çocuklar önceden varolan düşünce ve kavramlarla özürlü hale getirilmediği sürece taze öğrencilerdir, ancak bu, çocukların her şeyi öğrenmek için hazır olduğu anlamına gelmez.

1960'larda psikologların yazılarıyla özendirilmiş olan yetenekli bebek anlayışına göre çocuklara yeterince erken ulaşılabilirse yeryüzündeki pek çok olumsuzlukla baş edilebilecektir (Yoksulluk, insan hakları ihlalleri vs.). Bunun sonucu olarak, çocukların akademik becerileri öğrenmek için gerçekte sahip olduklarından daha büyük kapasiteye sahip oldukları anlayışına dayalı, yeni bir bebek ve küçük çocuk imgesi yaratıldı. Jerome Bruner, Eğitim Süreci adlı kitabında şu hipotezi ortaya atmıştı: "Her çocuğa, her konuyu, her yaşta uygun bir zihinsel yolla öğretebilirsiniz" (Elkind, 1999, s.: 30-35).

Çocuk eğitimi ve okul düşüncesinin Eski Yunanlılar'da ortaya çıktığı savlarına karşılık, okul eğitiminin yazının bulunmasıyla birlikte ilk olarak Eski Mezopotamya'da başladığını öne sürenler de vardır. Okulun ekonomik büyüme ve gelişmenin farklı aşamalarında birinci derecede sorumluluk yüklendiği dile

getirilmektedir. Bu nedenle okul, Eski Mezopotamya insanının en çok önem verdiği ve yücelttiği kurum olmuştur. Bu yüceltme bir bilmece ve yanıtında açık bir biçimde görülmektedir.

"Gökyüzü gibi bir temel üzerine kurulan ev,
üzeri bir örtü ile kaplı mücevher sandığı gibi ev,
kaz gibi bir kaide üzerinde duran ev,
(oraya) kapalı gözle girilir,
açık gözle çıkılır!
(Bu bulmacanın) yanıtı okuldur."

M.Ö. 4000 sonlarında ilk kez ortaya çıktığı kabul edilen okula ve eğitim sistemine ilişkin bilgiler, ancak M.Ö. 2000 ve 3000 yıllarına ilişkin belgeler aracılığıyla elde edilmiştir. Okul günlüğü metinleri eğitim sistemi ile öğretmen ve öğrencilerin okul içindeki konumları hakkında aydınlatıcı bilgiler vermektedir. Bu metinlere göre, öğrencilerin okul içindeki yaşam ve eğitim koşulları katı disiplin kuralları nedeniyle çok zordur ve eğitim süresinin uzunluğu şu anlatımla açıkça dile getirilmektedir: "Çocukluğundan ergin bir insan oluncaya kadar okulda kalmaktasın." Konuyla ilgili öteki metinlerde incelendiğinde, 6-7 yaşlarında başlayan eğitim yaklaşık olarak 17-18 yaşlarına kadar sürdürülmektedir. Bu durumda çocuklar çok küçük yaşta okulla tanışmaktadırlar. Kız çocuklarının okula gitmesi söz konusu değildir. Ayrıca çocukların çok az bir kısmı okuma olanağına sahiptir. Her ne kadar, varlıklı ya da yoksul tüm ailelerin çocuklarına düşkün oldukları dile getirilse de, okuma olanağına sahip olan çocuklar varlıklı ailelerin çocuklarıdır (Erkanal, 1997, s.: 58-61).

2.2.4. İslam Dünyasında Çocuğa Bakış

Müslüman inancının temel kaynaklarını oluşturan ayet ve hadislerde çocukluğun yetişkinlikten farklı, özel bir biyolojik evre olduğunu, yetişkinliğe belirli bir hazırlık sonucu ulaşıldığını, çocukların yetiştirilmesinden yetişkinlerin sorumlu olduğunu gösteren anlatımlar bulunmaktadır. "Her doğan İslam fıtratı üzere doğar, sonra annesi, babası Yahudileştirir, Hristiyanlaştırır ve Mecusileştirir" hadisinden de anlaşılacağı üzere, çocukların doğuştan bazı özelliklere sahip olduğu düşünülmektedir. Çocuğun ilerde taşıması istenilen bazı özellikler için doğum

öncesinde önlem alınması (asaletli ve dindar kadınların seçimi, cinsel ilişki ve gebelik süresindeki davranışlar gibi) gereğine inanılması da yukarıdaki yorumu desteklemektedir. Öte yandan ölen çocukların masum ve günahsız sayıldıkları için mezarda sorguya çekilmeksizin doğrudan cennete gideceklerine ilişkin bir inancın yaygın olduğu bilinmektedir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş bazı biyolojik koşulların gerçekleşmesine bağlanmış ve bu düşünce kavramlara yansıtılmıştır. Doğumdan sütten kesilinceye kadar "sabiyy", sütten kesilmeyle yedi yaş arası "gulâm", yedi ile on yaş arası "yafi'i", on ile onbeş yaş arası "hazver" olarak tanımlanmıştır.

Çocuktan yetişkinliğe geçişin sadece biyolojik değil toplumsal kültürel ve aşamalı bir süreç olduğu düşünülmektedir. Yedi yaşına kadar olan çocukların "gayri bâliğ ve gayri mümeyyiz" sayılarak ceza sorumluluğu dışında bırakılmalarına karşılık, yedi ile on beş yaş arasında olanlar "ta'zir" denilen bir ceza ve eğitim uygulamasından geçirilmektedirler. Can, mal, eğitim yönlerinden çocuğun korunması velayet haklarıyla düzenlenmiştir. Temyiz yaşı olan yedi yaş ile buluğ yaşları arasında çocuğun velisi tarafından korunmasının güvenceye alındığı, meslek öğrenme ve okula gitmenin özendirilmesine ilişkin düzenlemelerin çocukluğun süresini uzatmaya yardım ettiği ileri sürülmüştür. Hadislerde kız çocuklardan söz edilmeyişi, bu düzenlemelerin onlara ne ölçüde uygulandığı sorusunu yanıtsız bırakmaktadır. Benzer şekilde çocukluğa ilişkin yaklaşımların ve düzenlemelerin ne ölçüde yaşama geçirildiği, zaman ve yere göre ne tür değişimler içerdiği de bilinmemektedir. Yapılan bir çalışmada Ankara Karşıyaka Mezarlığının çocuklara ayrılan bölümünde, altı-yedi yaşa kadar olan çocukların defnedilmiş olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma, yedi yaşından küçük çocukların erişkinlerin gömüldüğü alanlara defnedildiğini de göstermektedir. Çocuk mezarlığının harap görüntüsü, basit taşlarla çevrili oluşu ve ücretlerinin çok düşük oluşu ile birlikte, bu durum, çocuk mezarlığının gerçekte yoksul çocuklara ayrıldığı düşüncesini desteklemektedir (Tan, 1994, s.:13-15).

2.3. Bilim, Bilimsel Yöntem veTıbbi Araştırmalar

Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmaların etik açısından değerlendirilebilmesi için öncelikle, sözü edilen araştırmaların anlam ve işlevinin "ne" olduğu, bu araştırmaların hangi amaçla ya da "neden" yapıldığı ve uygulamada "nasıl"

yürütüldüğü sorularının yanıtlanması gerekmektedir. Sorunun yöntembilgisel bir yaklaşımla ele alınması sırasında tıbbın, temel bilimlere dayalı bir uygulamalı bilim olduğu gerçeği gözden ırak tutulmamalıdır (Örs, 1991, 10: 90). Bu bağlamda, tıbbi araştırmaların, genel olarak kabul edilen bilgi edinme ve bilim süreci, bilimsel yöntem ve bilimsel araştırma konularından bağımsız düşünülemeyeceği açıktır.

2. 3.1. Bilginin Kaynağı ve Dayanakları

İnsanlar, sürekli olarak kendilerinde ve çevrelerinde olup bitenleri tanıma, anlama, açıklama ve karşılaştıkları sorunlara güvenilir çözümler üretme çabası içinde olagelmişlerdir. Bu çabanın sonucu olarak, yüzyıllar içinde örneğin afyonun uyku verdiğini, kininin sıtmayı iyileştirdiğini, bitkilerin yönlerini ışığa doğru döndürdüklerini, mayalanmış üzümden şarap yapıldığını öğrenmişlerdir. Ancak, bunlarla birlikte, güneşin dünya çevresinde döndüğüne, yaşamın çürüyen maddelerden kendiliğinden oluştuğuna ve ağır kütlelerin hafif kütlelerden daha hızlı düştüğüne de inanmışlardır (Selsam, 1995,s.: 98).

Yukarıda sözü edilen iki örnek dizisi, aynı anda iki farklı sorunu gündeme getirmektedir.Bunlardan ilki bilginin kaynağı, ikincisi ise bilginin elde edilme biçimidir. İlk örneklerde içerilen bilgi, büyük ölçüde insanın günlük yaşam deneyimlerine ve gözlemlerine dayanmaktadır. İkincilerde var olan bilginin kaynağı ise, akıl ve inançlardır. Öte yandan, bilimsel olarak ikisi arasındaki ayrım önemsizdir. Çünkü bir olgunun doğruluğunu bilmek, onun hakkında bilimsel bilgi sahibi olmak için yeterli gelmemektedir; doğruluğun bilinmesi yanısıra, onun güvenilir deneylerle kanıtlanmış, sistemli bir yöntemle olası bir yanılgının ortaya çıkarılmasını sağlayacak biçimde öteki doğrularla karşılaştırılmış ve birleştirilmiş olması gerekmektedir.

Bilginin kaynağının ne olduğu sorusu, başlangıçtan bu yana felsefecilerin ve özellikle de bilim felsefecilerinin gündeminde olmuştur. Konuyla ilgili birbirinden farklı ya da kimi zaman birbirine karşıt görüşler ortaya çıkmış ve sonuçta idealizm, rasyonalizm, pozitivizm, materyalizm, empirisizm gibi belli başlı düşünce akımları doğmuştur. Kuşkusuz bu tezin bağlamında, adı geçen düşünce akımlarının ayrıntılı olarak incelenmesi amaçlanmamıştır ve bu nedenle konunun belirli sınırlılıklar içinde

ele alınması zorunluluğu vardır. Bunun yanısıra Reichenbach'ın da öne sürdüğü gibi, yukarıda yer alan düşünce akımlarının temel karakteristikleri açısından iki ana grupta toplanması olanaklıdır. Bunlardan biri rasyonalizm, öteki empirisizmdir (Karasar, 1998, s.: 3).

Rasyonalizm genel olarak aklı, olgusal dünyaya ilişkin bilginin tek gerçek ve güvenilir kaynağı olarak gören felsefe öğretisi olarak tanımlanabilir. Buna göre, önsel olarak akıldan kaynaklanan ve aklın doğru saydığı bilgiler, gerçek bilgilerdir. Duyular ve algılar aracılığıyla elde edilen bilginin geçici ve bulanık olduğunu öne süren rasyonalist felsefe, akla dayanan bilginin doğrulanması için bile gözleme yer vermemektedir. En özlü anlatımı Descartes'ın "düşünüyorum, öyleyse varım" deyişinde dile getirilen bu öğretiye göre bilgi, gözlemsel olanı aşan , fizik ötesi bir nitelik taşımaktadır (Gökberk, 1990,s.: 257). Reichenbach'ın haklı olarak, bilgide kesinlik arayışı gibi psikolojik gereksinimlerden kaynaklandığını, bir başka deyişle mantık dışı istemlere yanıt verdiğini öne sürdüğü rasyonalist felsefe, bu nedenle mistisizme de kapıyı aralamaktadır. Rasyonalizmin, ruh ve beden ikilemine dayandığı, ruhun bağımsız varlığının gerçek kılındığı gözönüne alındığında, Reichenbach'ın saptamasının ne kadar yerinde bir saptama olduğu açıktır (Reichenbach, 1993, s.: 28-32).

Empirisizm ise duyu verileri ve deneyimlerin, bilginin kaynağı ve son yargılama noktası olduğunu savunan felsefe akımıdır. Rasyonalizmin aksine, maddesel dünyayı ilk veri kabul eden, zihinde oluşan bilgiye ilişkin tasarımların algısal gözlemler ve deneyimlerden kaynaklandığını öne süren bu yaklaşım, bilimin olgusal nitelik taşıdığını savunmaktadır. Bu nedenle empirisizm, gözlemsel ve algısal alanı aşan nesneler üzerine olan öğretiler ile gerçekliğe ve kural koyucu anlatımlara "a priori" olarak ulaşmaya çalışan her tür metafizik düşünceyi yadsımaktadır. Empirisistlere göre bütün bilgiler, yapıları ve kaynakları bakımından deneysel ve görgüldür, aklın bilgiye katkısı ise analitik niteliktedir (Karasar, 1998, s.: 4).

Bu bağlamda, bilimsel oluşumun mantıksal olarak sistemleştirilmesinde ilk öncü adımı atan ve moderntüme varım yönteminin kurucusu olarak anılan Bacon, değişmez bir öneme sahiptir. Bilimin dayanması gereken gözlemsel verilerin nasıl düzenleneceğine ilişkin verdiği örnek, içgüdülerle davranılmaması gerektiğini dile

getirmesi açısından son derece anlamlıdır: "Nesneleri içlerinden birbirine bağlayıcı ağlar ören örümcekler ya da sadece toplayan karıncalar ya da hem toplayıp, hem düzenleyen arılar gibi olmamalıyız." (Russell, 1994, 2: 294).

Rasyonalizm ile emprisizmin sentezini yapmaya çalışan Kant'ın felsefesinde ise, görüngüler dünyasına ilişkin bilgilerin kaynağı, tümüyle deney ve duyu verilerine dayanmakta iken , akılla kavranan ve algısal olarak erişilemeyecek olan fizikötesi dünyaya ilişkin bilgiler salt akıldan çıkarılır. Zorunluluk ve tümellik, salt akla dayalı bilginin güvenilir belirtileridir. Böylece akıldan kaynaklanan "a priori " bilgileri , deneyden kaynaklanan "a posteriori" empirik bilgiden ayırmaktadır. Kant'a göre bilginin, biri çözümsel (analitik), öteki bireşimsel (sentetik) olmak üzere iki türü vardır. "A priori" yargılara dayanan çözümsel bilgiler, kavramların açıklanmasını ve aydınlatılmasını sağlamakla birlikte, yeni bir şey öğretmezler. Buna karşılık, kaynağı deneyde olan bilgilerin tümü bireşimseldir. Yeni bilgilere çözümleme ile ulaşılamayacağına göre, bilim ancak bireşimsel bilgiyle sürdürülebilir. Öte yandan, bilimsel önermelerin zorunlu ve tümel olması gereği vardır. Bu nedenle bilimin kullandığı önermeler hem bireşimsel, hem de "a priori" olmak durumundadır. Kant'ın ortaya attığı "sentetik a priori" kavramı, bu gereklilikten kaynaklanmaktadır. Ona göre bilim, ne salt aklın, ne de katıksız gözlem ve deneyin bir sonucu değildir; duyu verileri ile kuramsal düşüncenin sürekli etkileşimine dayanan bir süreçtir (Akarsu, 1994, s.: 29-31).

Bilginin kaynağına ilişkin yaklaşımları kısaca gözden geçirdikten sonra, insan bilgisinin hangi yollarla elde edildiği konusuna değinmekte yarar vardır. İnsanın bilgi edinme gereksiniminin, büyük ölçüde karşılaşılan sorunlara çözüm getirme ve bir ölçüde de merak duygusunu giderme amacına yönelik olduğu söylenebilir. En eski çağlardan beri, her türlü yaşama ve üretme etkinliğinin; avcılık, hayvan yetiştirme, tarım, alet yapma, doğayla savaş, mimari ve sanat etkinliklerinin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bilgilerin, bilenden bilmeyene aktarılarak geliştiği; sözü edilen eylemlere ilişkin düşünce kalıplarının ise, dil aracılığıyla topluluk içinde paylaşıldığı bilinmektedir (Göksel, 1986, s.:15-16). Bu bağlamda, insanın sorunları çözmek için geleneksel uygulamalar, otorite figürleri, kişisel deneyimler ve bilim olarak dört gruba ayrılan bilgi dayanaklarına başvurduğu dile getirilmektedir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Sorun çözmede kullanılan bilgilerin bir kısmı, geçmişteki uygulamalara ve gelenekselleşen çözüm biçimlerine dayanır. Öteki yaşam deneyimlerinde "yeterliliğini kanıtladığı" kabul edilerek benimsenen bu tür edinik bilgilerin, toplumsal yaşamın hızı göz önünde bulundurulduğunda, soruna çözüm getirmek açısından ne ölçüde verimli ve başarılı olduğu kuşku götürür.

Sorun çözmenin dayanaklarından ikincisi, otorite figürleridir. Yönetsel hiyerarşi, yaşlılık, uzmanlık, bilgelik, güçlülük, dinsel inanç gibi nitelikler belli kişi ya da kurumların otorite figürü olarak benimsenmesine neden olabilir. Sorunla ilgili olarak, onlar tarafından önerilen görüş ve düşünceler, sağlam bir temele dayandığı varsayımıyla kabul edilir. Bu yaklaşım bazı durumlarda olumlu sonuçlar vermekle birlikte, aynı alanda farklı görüşlere sahip otorite figürlerinin varolması, güvenilir bir dayanak olduğu konusunda kuşkular doğurmaktadır.

Üçüncü başvuru kaynağı, kişisel deneyimlerdir. Bireyin, sorun çözmede kendi kişisel gözlem ve deneyimlerine başvurması, onun bilinçlenmesiyle ortaya çıktığı ölçüde olumlu bir gelişme sayılmakla birlikte, bireysel yaşantıların sınırlılığı ve öznelliği nedeniyle her durumda yeterli gelmeyebilir. Bu yaklaşım parçadan bütüne, tikel olandan tümel olana gidiş niteliği taşıdığından, bir bakıma Bacon'un tümevarım yöntemini çağrıştırmaktadır. Bilindiği üzere tümevarım, insan bilgisinin tek tek yapılan gözlem ve bireysel deneyimlerin sistemli bir birikimi ile oluştuğunu ve bu yöntemle ulaşılan genellemelerin gerçeği yansıttığını savunmaktadır.

Yukarıda sözü edilen üç sorun çözme yaklaşımının, temelde sağduyuya dayalı ve insanın görüp kestirebildikleri ile sınırlı olduğu dile getirilmektedir. Bu sınırlılığı, yaygın olarak bilinen bir örnek öyküde görmek olanaklıdır: "Baba ile oğulun geçirdikleri bir trafik kazasında baba ölür. Çocuk yaralı olarak cerrahi operasyon için hastaneye kaldırılır. Çocuğu gören operatör doktor, heyecan ve telaşla çocuğun kendi oğlu olduğunu, bu yüzden operasyonu yapamayacağını söyler".

Çoğu insan için annenin doktor ve özellikle de bir cerrah olması alışılmış bir durum olmadığından bu tür bir olay olanaksızdır.

Dördüncü sorun çözme yolu bilimdir. Bilim aracılığıyla sorun çözme yaklaşımının en belirgin özelliği, çözümün genel, güvenilir ve geçerli verilere dayandırılmış olmasıdır. Bu yaklaşımda bilgi, tüm insanlığın ortak ürünü olan ve üzerinde

uzlaşılmış ölçütlere göre gözlemle toplanmış verilerden elde edilen bilgidir. Böylece, öteki sorun çözme yaklaşımlarından farklı olarak, çözüm önerisinin kimden ya da nereden geldiği değil, bilimsel olarak temellendirilip temellendirilemediği önem kazanır. İnsanın bilim üretme çabası, bu yaklaşıma olan güvenin somut anlatımıdır (Karasar, 1998, S.: 5-7).

2.3.2. Bilim ve Bilimsel Yöntem

"Bilim nedir?" sorusuna henüz herkesin üzerinde uzlaştığı bir yanıt verilememiştir. Bu güçlüğün nedenlerinden biri bilimin, "durağan" bir konu değil, sürekli, hızla değişen ve gelişen bir etkinlik olması, öteki ise kapsam ve sınırlarının çok yönlü ve yer yer belirsiz olmasıdır. Ancak bu güçlük, bilim insanlarını ve bilim felsefecilerini bazı tanımlar ileri sürmekten alıkoyamamıştır. Burada, varolan bilim tanımlarının bir kaçı üzerinde durulacaktır.

2.3.2.1. Bilim Tanımları

Çok yaygın bir tanımlamaya göre bilim, "örgün bir bilgiler bütünü"dür. Tanımın dayandığı "bilgi" terimi "bilimsel düşünme", "bilimsel yöntem" ya da "bilimsel araştırma" denilen bir bulma ve doğrulama sürecinin, bir başka deyişle bilimsel sürecin sonucunda elde edilen ürün olarak açıklanabilir. Bir şeyin "bilgi" sayılması için şu üç koşulu karşılaması gerekir:

1. O şeyin bir önerme ile dile getirilebilir olması.

2. Bu önermenin doğruluğunu gösteren güvenilir kanıt ya da belgelerin olması.

3. Önermenin doğruluğuna inanılması.

"Örgün" terimi ise, bilgileri dile getiren önermelerin mantıksal bir ilişki içinde olması anlamına gelmektedir. Bilim bir yığın dağınık, ilişkisiz önermelerden oluşmamakta, bunların mantıksal yönden bir ilişki düzeni içinde yer alması, bir sistem oluşturması gerekmektedir.

Bilimi, "gerçeği ya da doğruyu arama etkinliği"olarak tanımlayanlar olduğu gibi, onu "insan deneyim ve yaşantısını betimleme, yaratma ve anlama yöntemi" olarak

tanımlayanlar da vardır (Yıldırım, 1996, s.: 16-18). Medawar ise, bilimin "doğal dünyanın neye benzediği hakkındaki en son düşüncelerimizi temsil eden, birbirine mantıkla bağlanmış teoriler ağı" olduğunu öne sürmektedir (Medawar, 1994, s.:101

Öteki bilim tanımları arasında "nesnel sağlamlığı olan bilgiler bütünü", "neden-sonuç ilişkilerinin ifade edildiği sistematik bilgiler birikimi", "geçerliği kabul edilen sistemli bilgiler bütünü", "insanlığın biriktirdiği kaydedilmiş sistematik bilgi", "kanıtlanmış ve sistemli hale gelmiş bilgiler.....olgular, kavramlar ve geçici olarak da denenceler" biçiminde farklı tanımlamalara rastlanmaktadır (Karasar, 1998, s.: 8).

Bilim kavramının kapsamlı olarak tartışılması açısından önemli sayılabilecek iki tanımdan biri ünlü bilgin Einstein'ın, ötekisi çağımızın büyük düşünürü Russell'ın tanımlarıdır. Einstein bilimi, her türlü düzenden yoksun duyu verileri (algılar) ile mantıksal olarak düzenli düşünme arasında uygunluk sağlama çabası olarak tanımlamaktadır. Russell'a göre ise bilim , gözlem ve gözleme dayanan düşünce yoluyla, evrendeki tek tek olguları, bu olguları birbirine bağlayan yasaları bulmaya, böylece gelecekteki olayların önceden bilinmelerini sağlamaya çalışmaktır. Einstein'ın tanımında, bilime duyu verileri olarak konu oluşturan olgular düzensizdir. Düzen olgu dünyasının değil, mantığın, yani insan aklının bir niteliğidir. Bilim, mantığı kullanarak olgu dünyasını anlaşılır kılmaya çalışır. Russell'ın tanımında ise; akla olguları düzenleme görevi değil, gözlem yolu ile saptanan olgular arasındaki ilişkileri bulma görevi düşmektedir. Einstein'ın tam tersine Russell, doğayı düzenli saymaktadır. Ona göre bilim, bu düzeni bulma ve dile getirme çabasında her zaman deneycidir. Bilim insanı şimdiki kuramlarının eninde sonunda değişikliklere uğrayacağını bilir, yönteminin hiçbir eksiği bulunmayan sonuçlara götürmeye mantık yönünden yetersiz olduğunu sezer (Russell, 1990, s.: 11,16; Yıldırım, 1996, s.: 19).

Başka bir tanımlamaya göre bilim, denetimli gözlem ve gözlem sonuçlarına dayalı mantıksal düşünme yolundan giderek olguları açıklama gücü taşıyan hipotezler (açıklayıcı genellemeler) bulma ve bunları doğrulama yöntemidir (Yıldırım, 1996, s.: 19).

2.3.2.2. Bilginin Nitelikleri

Evreni anlama ve açıklama yöntemi olan bilim etkinliğinin sonucunda elde edilen bilimsel bilginin nitelikleri konusunda, oldukça yaygın bir uzlaşma vardır. Bu nitelikler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

1. Bilimsel bilgi deskriptif (tanımlayıcı) bilgidir. Tanım ve önermelerinin doğada gerçek bir karşılığı olmalıdır.
2. Bilimsel bilgi prediktif (öndemesel) bilgidir. Olgular arasında nedensellik bağlantıları aracılığıyla, doğanın düzenini açıklayan ve bu nedenle geleceğe ilişkin kestirimler (öndeme) yapmaya olanak veren bilgidir.
3. Bilimsel bilgi postdiktif bilgidir. Nedensellik bağlantıları yoluyla geçmişi açıklamaya olanak verir.
4. Bilimsel bilgi evrensel bilgidir. Kuramsal önermeler herkes tarafından sınanmaya, değiştirilmeye, pekiştirilmeye açıktır, dogmatizmden ve inançlardan uzaktır, kanıtlandığı zaman her yerde geçerlidir.
5. Bilimsel bilgi ussal bilgidir. Önermeler aklın yasalarına uygun ve mantıksal tutarlılığa sahip olmalıdır.
6. Bilimsel bilgi sistematik bilgidir. İncelenen alana ilişkin önermeler organize bir bütün oluşturacak biçimde dizgeli bir yapıya sahiptir.
7. Bilimsel bilgi olgusal sağlamlığına karşın, göreli bilgidir. Mutlak doğruluk yerine, geçerlik olasılığı yüksek genellemeler söz konusudur (Göksel, 1986, s.: 20; Karasar, 1998, s.:12).

Sayılan nitelikleri içinde kanımca en temel olanı, bilimsel bilginin gözlem ve deneyle yoklanabilir olmasıdır. Öyle ki, gözlem ve deneye elverişli olmayan kuramlar, olgusal gerçeği açıklamak üzere yola çıkan bilimsel etkinliğin kapsamına alınmazlar.

2.3.2.3. Bilimsel Yöntem

Bilimsel bilgiye ilişkin nitelikler temel bilimler ya da doğa bilimleri için geçerlidir. Fizik, kimya, biyoloji, astronomi gibi bilimler bu grupta yer alır. Adı geçen alanlarda bilimsel bilgi üretimi amacına ulaşabilmek, olgusal gerçeği açıklayabilmek için

seçilmiş ve benimsenmiş bir yol izlenir. Sorunun çözümü için başvurulacak düşünce ve davranışların yapısına ilişkin bilgiye "yöntembilgisi" (metodoloji), izlenen yola da "bilimsel yöntem" adı verilir. Bilimsel bilgi, empirik gerçeklikten yola çıkar ve genellemelere ulaşmaya çalışır. Doğruluğu kabul edilen genellemeler daha geniş bir çevrede sınanarak doğrulanıp doğrulanmayacağı araştırılır. Bu demektir ki bilimsel yöntem, Bacon'cu tümevarım ile Aristo'cu tümden gelim yaklaşımlarının bir sentezidir; yeni empirist görüşü temel alır. Temel bilimlerde, araştırma yapan bilim insanı, belirli basamaklardan, Russell'ın deyimiyle uzun yolculuktaki "konaklama yerleri" nden geçerek bilgiyi üretir (Karasar, 1998, s.: 12-13).

İlk aşama, incelenecek empirik gerçeğin saptanmasıdır. Bu saptama ya rastlantısal olur, ya da çoğunlukla olduğu gibi aranan bir gerçekliktir. Çözümsel bir yaklaşımla, ardarda gözlemler yapılarak, karmaşık olgular bütünü içinden seçilen empirik gerçeğin açıklanması gerekir. Toplanan veriler arasındaki ilişkiler irdelenir, neden-sonuç bağlantıları kurulur ve mantık yürütme ile bir yorumlama ya da açıklama getirilir. Bir önerme niteliğindeki bu aşama, varsayım kurma aşamasıdır (Göksel,1986, s.: 21).

Üçüncü aşama ise tümüyle mantıksal olan varsayımın empirik gerçekliğe uygunluğunun sınanması aşamasıdır. Varsayımın sınanması için yeni gözlemler planlanarak uygulanır. Buradaki gözlemler metodik gözlemlerdir. Neden-sonuç ilişkilerini saptayabilmek için gözlem ortamının koşulları denetlenir. Gözlemde yeralan değişkenler azaltılarak, çoğaltılarak ya da ortamdan uzaklaştırılarak etkinlik dereceleri (neden, etken, koşul gibi) saptanır. Karşılaştırmalı çalışmalar ve kontrol çalışmaları düzenlenir. Denetimli koşullarda yapılan bu gözlemlere "bilimsel deney" adı verilir. Gözlem sonuçları varsayımı doğrularsa, artık bir önerme değil, bir bilimsel yasadan söz edilir. Daha önce bilinmeyen bir olgusal gerçeğin tanımlanması niteliğindeki yasa, ilgili bilimsel alana yapılmış bir katkıdır. Eğer varsayım, gözlemlerle doğrulanmazsa, yeni bir varsayım kurulmasına gerek vardır. Kurulan varsayımlar gözlemlerle doğrulanana dek bu işlem sürer. Varsayımlardan hiç biri doğrulanmazsa, bilim dünyasına bir soru olarak sunulur. Görüldüğü gibi varsayımın sınanması bilimsel araştırma sürecinde en üretken aşamadır (Yıldırım, 1996, s.: 57-58).

Tümevarım yöntemiyle yapılan genellemeler, daha tümel ve daha büyük genellemelere yol açar. Var olan önermeler daha geniş kapsamlı varsayımları formüle etmekte kullanılır ve yeni gözlem alanları yaratılır. Bu tür tümel varsayımlar "kuram" adını alır. Kuramı oluşturan varsayımların kendi aralarında bir iç tutarlılığa sahip olması gerekir. Kullanılan dil, tanımlamalar, gözlem tekniklerine ilişkin bilgiler mantıksal bakımdan değilleyici değil, tamamlayıcı ve destekleyici olmalıdır. Varsayımlar arasında kurulan bağıntılar aracılığıyla bir sistem oluşturulur (Göksel, 1986, s.: 22-23).

Elde edilen bilimsel bilginin değişik iletişim biçimleriyle paylaşılması ve tartışmaya açılması, bilimsel gelişme açısından son derece önemlidir. Makaleler, olgu sunumları, sempozyum ve kongreler paylaşım ve tartışmaların yapıldığı ortamlardır.

Geçerliliği olan kuram, ortaya çıkan yeni sorulara yanıt veremeyecek duruma geldiği zaman ya değiştirilir ya da tümüyle terk edilir. Ve yeni bir kuram ortaya atılır. Bilinmeyeni bilinir duruma dönüştürme çabasının hep var olacağını, her yeni gelişmenin de, bir sorunu çözmekle birlikte, yeni bir bilinmeyen doğuracağını göz önüne alırsak, bilimsel etkinliğin sürüp gideceğini söyleyebiliriz (Göksel, 1986, s.: 21-23).

Bilimde tümevarım yöntemini temel alan ve doğrulanabilirlik ilkesini bilimselliğin ölçütü sayan yukarıdaki anlayışa karşı, Popper'ın geliştirdiği bilim söylemi, ilgili çevrelerde çok sert tartışmalara yol açmış ve onun bilim felsefesi topluluğundan soyutlanmasına dek uzanmıştır. Popper, bilim felsefesinde ve bilimde kesin gerçeği bulmanın olanaksız olduğunu, ancak eleştirel yöntemle doğruya adım adım yaklaşılabileceğini öne sürüyordu. Ona göre bir önermenin bilimsel olabilmesi, sınanabilir (yanlışlanabilir, çürütülebilir) olmasına bağlıdır. Bu da önermenin empirik içeriğe sahip olmasını gerektirir. Her olguyu açıklayabilen, hiçbir durumda yanlışlanamayan bir önerme ya da kuram, olgusal dünya hakkında hiçbir şey söylemez, dolayısıyla bilimsel olmaz. Sınanabilirlik ise ona göre, anlamlılığın değil, bilimselliğin ölçütüdür. İkinci olarak Popper, tümevarımcı bilim anlayışını yadsır. Ona göre bilimde ne kuram oluşturma, ne de kuramın desteklenmesi tümevarımla olmaz. Bir tür sınama – yanılma – yanılgıyı ayıklama süreci olan bilimin yöntemi hipotetiko dedüktiftir. Bilimde kesinlik olmadığından, genellemenin dayandığı

gözlemler ne kadar doğrulayıcı ve ne kadar çok olursa olsun, henüz gözlemlenmeyen bir olgunun genellemeyi çürütme olasılığı hep vardır. Varsayımının yoklanabilmesi, onun mantıksal sonuçlarının çıkarımını gerektirir, bu ise ancak tümevarımla değil, tümdengelimle olanaklıdır. Sonuçta tümevarım yöntemi mantıksal açıdan geçerli olamaz. Beyaz kuğulara ilişkin gözlem önermeleri ne kadar çok sayıda olursa olsun, buradan "bütün kuğular beyazdır" tümel önermesini çıkarma olanağı yoktur; ancak siyah bir kuğunun tek bir gözlemini anlatan önerme mantıksal olarak "bazı kuğular beyaz değildir" önermesinin çıkarılmasına izin verir. Deneysel genellemeler doğrulanamaz, ama yanlışlanabilirler; bu ise bilimsel yasaların kanıtlanabilir olmasalar da, sınanabilir olmaları demektir (Magee, 1982, s.: 21).

2.3.2.4. Bilimin Dayandığı Varsayımlar

Pozitif bilimler ve bilimsel yöntem genel ve özel nitelikte bazı varsayımlara dayanmaktadır. Bunlar henüz kanıtlanmamış olan ya da bazı durumlarda kanıtlanması olanaksız olan ilkeler biçimindedir. Bilim insanı bu ilkelerin doğru olduğunu kabul ederek çalışmalarına başlar.

Bilimin dayandığı varsayımlar üç ana grupta toplanabilir. İlk varsayım grubu, doğanın düzeni ya da işleyiş biçimiyle ilgilidir. Bunlardan biri olan belirleyicilik ilkesinde; doğadaki olayların karmaşa içinde meydana gelmediği, doğada bir düzenin olduğu ve olayları belirleyen ön-koşulların bulunduğu varsayılır. Bir başka deyişle, her olayın bir nedeni vardır ve belirli neden belirli sonucu doğurur. Buna göre, nedensel durum yaratılabildiği zaman, olay tam olarak kendini yeniler. Böylece, belirleyicilik ilkesinde, doğada nedenselliğin bulunduğu ve doğa olaylarının tutarlı ve yordanabilir niteliğe sahip olduğu varsayılmış olmaktadır. Doğanın düzeniyle ilgili öteki varsayım, sonlu nedensellik ilkesidir. İlkeye göre, doğa olaylarının temelinde sonsuz sayıda neden yoktur. Olayları kısıtlı sayıda neden belirler. Parsimoni ilkesine göre ise, nedensellik ilişkileri basit ve somut olarak açıklanabilir; bilim insanı basit açıklamaları denemeden soyut ve karmaşık açıklamalara baş vuramayacağını kabul eder. Doğal gruplar ilkesi, doğa olaylarının biricik ve benzersiz olmadığını, bazı olayların birbirine benzediğini ve benzer olayların bir grupta toplanabileceğini varsayar. Devamlılık ilkesinde ise, doğa olaylarının

zamanda az da olsa sabit olduğu varsayılmaktadır (Karakaş, 1997, s.: 12-13; Karasar, 1998, s.: 18).

Bilimsel yöntemin temelinde yatan ikinci varsayım grubu; bilim insanının, doğa ve evren üzerinde bilgi toplamada kullandığı psikolojik süreçleriyle ilgilidir. Bilimsel çalışmalar gözlem ve ölçmeye dayanır. Bu ise bilim insanının algılayıcı, ayırdedici, tüm bilişsel süreçlerinin veri elde edilmesinde kullanılması anlamına gelir. Ancak, bilim insanının algılamasında, bellek süreçleri ve muhakemesinde zaman zaman hataların olabileceği de bir gerçektir. (Karakaş, 1997, s.: 15). Yerleşik paradigmalara inanç düzeyinde bağlılık onları "kolay kolay terkedilemez" kılmakta ve bilimde yanılgılara yol açmaktadır. Aristo'nun sisteminin yerini Galile'ninkine bırakması süreci bu konuda çarpıcı bir örnektir. Bunun yanı sıra, "teknik" anlamda da yanılgıyı kaçınılmaz kılan durumlar söz konusudur. Bunlardan birincisi "semantik (anlam bilgisel) sınırlama"lardır. Semantik olarak, tanımların doğadaki gerçeğe tam tamına uygunluğunu sağlamak olanaksızdır. Bir başka sınırlanma, doğadaki gerçeğin saptanmasında duyu organlarının ve bir anlamda onların uzantısı olan gözlem araçlarının (hem niceliksel, hem de niteliksel) sınırlılığı biçiminde beliren "duyumsal sınırlanma"dır. Hiçbir aletin "hatasız" ölçmeyeceği, hiçbir duyu organının doğa gerçeğini "tam" yansıtamayacağı ve hiçbir kavramın gerçeğin "tam" anlamsal karşılığı olamayacağı açıktır (Arda, 1997, s.: 95).

Üçüncü varsayım grubunda ise, olayların metafizik görüşlere dayalı olmaksızın açıklanabileceği; sosyal olayları açıklayabilmek için onların "sonul" amaçlarını ve "ilk" nedenlerini bilme zorunluluğu olmadığı kabul edilir. Örneğin; varlığın ve gerçeğin değişmezliğini, evrenin hatasız ve eksiksiz olarak mutlak bir Tanrı tarafından yaratıldığını ve bu sistemin ancak akılla kavranabileceğini savunan metafizik, bilimin konu ve ilgi alanı içinde değildir. Öte yandan, pek çok bilim insanının, günlük yaşamında önemli yer tutan köklü dinsel inançlara sahip olduğu da bir gerçektir (Karasar, 1998, s.: 18). İnsan kaderinin belirlenmesinde Tanrı inancını tutarlı biçimde reddetmesine karşın, yaşamı boyunca "ihtiyar" olarak adlandırdığı Tanrı'ya sürekli ve hoş göndermeler yapan Einstein, 1940'da bilim, felsefe ve din konulu bir konferans için yazdığı çalışmasında şunları dile getirmektedir: " Varlık dünyasında geçerli düzenin akılcı, yani mantıkça kavranabilir olduğuna inanç, dinin alanına girer. Bu derin inancı taşımayan akıllı bir bilim adamı düşünemiyorum. Bir

benzetme yapılacak olursa: bu inanç olmadan bilim topal, bilimsiz din ise kördür. Ancak bilimin amacı, nesnelerin uzayda ve zamanda karşılıklı bağlantılarını saptayan genel kuralları çıkarmaktır. Din ile bilim arasındaki çatışmanın temel kaynağı, kişisel Tanrı kavramında yatar. Doğal olayları etkileyen kişisel Tanrı doktrininin bilim tarafından gerçek anlamıyla geçersizleştirilmesi hiçbir zaman mümkün olmayacaktır, çünkü bu doktrin bilimsel bilginin henüz yerleşiklik kazanmadığı alanlarda, kendine her zaman bir sığınak bulacaktır." (Bernstein, 1983, s.: 20-21). Benzer biçimde, Kutsal Kitap'a inanan ve koyu bir Hristiyan olan Newton'un, Bentley'e yazmış olduğu mektupta, bütün evrenin güneş sisteminin ilkel bir parçalanmasından doğmuş olabileceğini ileri sürmesine karşın, resmi söyleminde güneş ile gezegenlerin ilk yaratıcı olan Tanrı tarafından birdenbire yaratılmış olduğunu benimsediği ve evrime hiç yer bırakmayan bir düşünceden yana olduğu bilinmektedir (Russell, 1990, s.: 42).

Bilim insanı, doğayı, nedensellik kavramının geçerli olduğu bir inceleme alanı olarak kabul eder ve doğanın kendi ilgi alanına giren kısmındaki neden-sonuç ilişkilerini keşfetmeye çalışır. Bu keşif sırasında bazı yaklaşımların dayanak olarak alınması sözkonusudur. Nedensel ilişkilerin belirlenmesinde kullanılan ve önemli bir bölümü İngiliz felsefeci Mill tarafından geliştirilmiş olan yaklaşımlardan ilki, olgulardaki uyuşmanın belirlenmesi ile ilgilidir. Aynı olayla ilgili olguların tümünde ortak bir koşul varsa, yani tüm olgularda bu koşul gözleniyorsa; koşul olayın nedenidir. Ancak olgularda gözlenenden başka ortak bileşenler olabileceği gibi, çoklu nedensellik uyarınca, olayların birden fazla nedeni de olabilir. Bu yaklaşımın, kesin nedenlerin kuşkuya yer bırakmayacak biçimde belirlenebilmesi açısından yetersiz kaldığı görülmektedir

Nedensel ilişkileri keşfetmede kullanılabilecek ikinci yaklaşım, farkın belirlenmesi ile ilgilidir. İki durum sadece bir olay bakımından farklıysa ve sonuç olay bir durumdan gözleniyor, diğerinde gözlenmiyorsa, sonucun nedeni farklılıklarla ilgili olan olaydır. Fark yaklaşımındaki en büyük sorun, farklı uygulamanın yapılacağı denek gruplarının eşdeğerliğiyle ilgilidir. Söz konusu tüm özellikler açısından birbirinin eşiti sayılabilecek deneklerin bulunabilmesi oldukça zordur.

Mill'in nedenselliği belirlemek üzere geliştirdiği üçüncü yaklaşım ise, birlikte değişme ile ilgilidir: Bir olay herhangi bir şekilde değişirken öteki olay da belli

şekilde değişiyorsa, bu olaylar arasında nedensellikle ilgili türden bir ilişki vardır. Birlikte değişme ile fark yaklaşımı, bir ölçüde birbirinin uzantısı biçimindedir; fark yaklaşımında iki grup, bir olayın olması ya da olmaması açısından fark gösterirken, birlikte değişmede gruplar, olayın değişik derecelerine uygulama açısından farklıdırlar. Ancak nedensel ilişkilerin keşfi açısından, bu yaklaşımın da önemli bir kısıtlılığı vardır: İki olaydan hangisinin zamanda önce geldiği bilinmediğinden, hangisinin "neden olay" olduğu bilinemez. Üstelik, sadece birlikte değişmeyle ilgilenildiğinde, ilişkiyi bir üçüncü olayın belirleyebileceği gerçeği de gözden kaçabilir.

Sözü edilen yaklaşımlardan her birinin, nedensellik ilişkilerinin ortaya konması açısından bazı kısıtlılıklara sahip olduğu ve gerçekleşmesi çok zor bazı varsayımlara dayandığı görülmektedir. Bütün bunlardan ötürü, nedensellik ilişkilerinin mutlak biçimde saptanmasından değil, belirli göstergelere dayanarak nedenselliğin çıkarsanmasından söz edilir. Pozitif bilim bulgularının her zaman bir kuşku payı taşımasının nedeni, bu belirsizliktir. Yapılan yeni çalışmalardan elde edilen sonuçların, sürekli olarak geliştirilmesi ve yanlış sonuçların düzeltilmesi gereği ortaya çıkmakta ve bilimde "anlama", giderek daha fazla yaklaşılabilen bir amaç olmaktadır (Karakaş, 1997, s.: 20-22).

2.3.2.5. Bilimin Gelişimi

Bilimin gelişiminde şu dört aşamayı ayırt etmek olanaklıdır:

1. Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarına rastlayan empirik bilgi toplama aşaması;
2. Eski Yunanlıların, evreni açıklamaya yönelik akılcı sistemlerinin kurulduğu aşama;
3. Ortaçağların Yunan felsefesi ile dinsel dogmaları bağdaştırma çabası karşısında İslam dünyasındaki bilimsel çalışmaların parlak başarılarını kapsayan aşama;
4. Rönesans sonrası gelişmelerin yer aldığı modern bilim aşaması (Yıldırım, 1994, s.: 14).

Bu dört aşamayı, Medawar'ın " Bilim özel bir şekilde gelişir ve kültürel tarihini de kendi içinde saklar. Bilimcinin her yaptığı, kendinden önce yapılanlarla bağıntılıdır.

Her yeni kavramda, hatta onun tasarlanmış olmasında geçmişten izler vardır." biçimindeki sözleri eşliğinde yorumlamak olanaklıdır (Medawar, 1994, s.: 34

Russell ise , bilimdeki gelişmenin ancak Newton'dan sonraki bir düşünce tarafından görülebildiğini öne sürerek, bu gelişimi şöyle dile getirmiştir: "Bilimler düşündüğümüzün tam tersi bir düzen içinde gelişirler. Bize en uzak olan şeylerin yasaları en önce bulundu. Sonra yavaş yavaş daha yakınlara sıra geldi; ilkin gökler, arkasından yer, sonra hayvanlarla bitkilerin yaşamı, sonra insan gövdesi, en sonra da (yine de en yarım yamalak) insan zihni." (Russell, 1990, s.: 39).

Bilimin gelişmesi ile ilgili görüşler çeşitlidir. Ancak bunlardan ikisi, gelişimin mantığına yönelik temel yaklaşımlarının farklılığından dolayı, bilim dünyasında pek çok tartışmaya yol açmıştır. Bunlardan ilki, bilimin yavaş, fakat kesintisiz bir biçimde, doğrusal olarak, yeni buluşlarla giderek büyüyen bir bilgi birikimi ve üretimi süreci olduğunu öne sürmektedir. İkinci görüş ise, pozitivizmi "başarısızlığın ve vazgeçmenin çocuğu" olarak nitelendiren ve tarihin sürekliliği görüşüne karşı çıkan Koyre ile başlatılıp, "Bilimsel Devrimlerin Yapısı" adlı eserde Kuhn'la doruğa ulaştırılan konvansiyonalist düşünceye dayanmaktadır. Kuhn'a göre, bilimin gelişimi kesintisiz doğrusal bir birikimle değil, seyrek de olsa büyük kopmalara yol açan devrimsel dönüşümlerle sağlanmaktadır. Paradigmanın egemenliğinde sürdürülen "olağan bilim" çalışmaları, dogmatik bir yapıda ve sıradan uyumsuzlukları gidermeye yöneliktir; paradigmanın sağladığı yasalar, empirik genellemeler, deneysel araçlar ve inançlar çevresinde birleşen bilim insanları, ancak belirli bir alanda bilgilerini derinleştirmektedirler. "Olağanüstü bilim dönemi" ise, yerleşik paradigmanın açıklayıcı gücünün tüm kurtarılma çabalarına karşın yetersiz kalmasıyla ortaya çıkan bunalımlı bir dönemdir. Kuhn, bilimin gelişim sürecinde asıl itici gücün olağan bilim değil, olağan bilimin er ya da geç içine düştüğü bunalımın aşılması çabası olduğunu; bu dönüşümün salt bilimsel yöntemin mantığından ya da bireysel dehalardan değil, bilimin bir kurum olarak sosyo- psikolojik devinimden kaynaklandığını öne sürmektedir (Koyre, 1994, s.: 71; Kuhn, 1991, s.: 45-140).

Bilimin gelişimi ile ilgili yukarıda sözü edilen yaklaşımların her ikisi de belli açılardan doğruluk taşımaktadır. Gerçekten bilimin gelişimi bir yönü evrim, öteki yönü devrim olan karmaşık bir süreçtir. Bu sürecin, olgusal bilgiler yönünden sürekli

bir birikim; saptanmış olguları yorumlama ve açıklama yönünden ise ancak zaman zaman patlak veren düşüncede devrim biçiminde ilerlediği görülmektedir. Bilim tarihi iki görüşü de kanıtlama olanağı veren örneklerle doludur. Geçmişte gözlem ve deney yoluyla saptanmış pek çok olgusal gerçekler (örneğin gezegenlerin hareketleri, gazların özellikleri, sarkaç salınımı, gel-git olayı, cisimlerin serbest düşmesi, vb. bu tür olgular arasında sayılabilir) giderek artan bilgilerimizin bir bölümü olarak geçerliklerini sürdürmektedir. Oysa aynı sürekliliği, olguları açıklama amacıyla ileri sürülen kuram ya da açıklayıcı genellemelerde bulmak olanaklı değildir. Bilim tarihinde, aşağı yukarı aynı olgu grubunu açıklamak amacıyla değişen aralıklarla, çoğu kez birbirleriyle bağdaşmaz kuramların ortaya atıldığı görülmektedir; gök cisimlerinin gözleme konu olan hareketlerinin açıklanması yolunda Eudoxos'dan Newton'a kadar geçen 2000 yıllık sürede ortaya atılan değişik kuramlar bunun örneğidir. Bu tür kuramlar, olgusal buluşlarda olduğu gibi bilgi birikimi yaratmamakta, tersine her biri bir öncekini yıkma ya da hiç değilse değiştirme işlevi ile ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 1994, s.: 15-16).

Herhangi bir kuramın ortaya atılmasında ya da benimsenmesinde olguları açıklama gücü kadar kişisel seçimler de rol oynamaktadır. Bilimsel etkinliğe başlamanın önkoşullarından birisini oluşturan seçicilik, soyutlama yetisi ve karmaşık toplumsal ilişkilerden doğan değerler bütününün, bilim insanının çalışmalarından soyutlanamayacağı açıktır. Bu nedenledir ki, aynı alanda karşıt kuramların ortaya çıktığı ve uzun süre tutunan kuramların bile birtakım koşulların oluşmasıyla geçerliklerini, bazen beklenmedik bir biçimde, yitirdikleri görülmektedir (Açıkalın, 1997).

Bilim temelde insanın, kendisini ve çevresini daha iyi tanıyıp, gerektiğinde etkileyebilme, ona egemen olup, kendi denetimi altına alma biçimindeki doğal istek ve güdüsünden kaynaklanmaktadır (Üstdal ve Gülbahar, 1997, s.: 6). Bu bağlamda bilimin amacının, sınırlı bir doğa gerçeğini olabildiğince açık, olabildiğince ayrıntılı, olabildiğince kesin bir tanıma kavuşturmak, gözlemlerin oluş nedenini açıklamak ve kontrol altında tutmak olduğu söylenebilir (Göksel, 1986, s.: 20; Karasar, 1998, s.: 8). Reichenbach, bilginin işlevinin "geleceği kestirmek" olduğunu dile getirmektedir, oysa geleceğe ilişkin kestirimler yapmak bilimin yukarıda sözü edilen işlevlerinden

yalnızca biridir (Örs, 1992, 11: 111). Bilimin amacına ulaşmasında ve işlevlerini yerine getirmesinde, bilimsel araştırmalar "vazgeçilmez" önem taşımaktadır.

2.3.3. Bilimsel Araştırmalar

"Araştırma" kavramı çok değişik biçimlerde algılanmakta ve tanımlanmaktadır. Günlük dilde, söz gelimi ecza dolabında ilaç bulmaya çalışan kişinin eyleminden, laboratuvarda deney yapan kişinin eylemine kadar farklı türde pek çok çaba "araştırma" olarak nitelendirilmektedir. Basit bir tanımlamayla araştırma, titiz ve dikkatli çalışmadır (Arda , 1994,). Genel olarak araştırmayı, öğrenilmesi istenen ya da merak edilen bir konunun soruya dönüştürülmesi, bu sorunun yanıtlanmaya çalışılması ve bulunan yanıtın konuyla ilgili çevreye duyurulması olarak tanımlamak olanaklıdır (Sayek, 1998). Bu tanım bağlamında, araştırmanın en genel anlamda insanları dolaylı ya da dolaysız, kuramsal ya da pratik olarak etkileyen ve/ veya rahatsız eden durumların ortadan kaldırılması ya da açıklığa kavuşturulması isteğinden kaynaklandığı; temelde bir arama, öğrenme, bilinmeyeni bilinir kılma ve aydınlanma süreci olduğu söylenebilir.(Karasar, 1998, s.: 22).

2.3.3.1. Bilimsel Araştırma ve Aşamaları

Bilimsel araştırma, "karşılaşılan bir güçlüğün giderilmesi için bilimsel yöntemin uygulanması", "yeni bilgilerin elde edilmesine ve olayların doğru olarak yorumlanmasına yönelik titiz ve yoğun bir deneme, gözlem ve geliştirme çalışması" ya da " planlı ve sistemli olarak verilerin toplanması, çözümlenmesi, yorumlanarak değerlendirilmesi ve sonuçların raporlaştırılması yolu ile sorunlara güvenilir çözümler aranması süreci" olarak tanımlanmaktadır (Karasar, 1998, s.: 4 ; Alaçam, 1995, s.: 2).

Watson, bilimsel merakın; araştırmacıların kanıtların geçerliliğini ve ilgili yorumları sorgulamaları gerektirdiğini ve araştırmanın böylece ortaya çıktığını dile getirmektedir (Day, 1998, s.: 49). Gerçekten de tüm pozitif bilimlerde, metodik gözlemden başlayarak varsayım oluşturmaya, denetli gözlem ve deneylerin yapılmasına ve sonuçta elde edilen verilerin bilim dünyasına duyurulmasına kadar olan süreçte bilimsel araştırmalar, ilgili alanda sahip olunan ayrıntı bilgisini çoğaltmaya yöneliktir(Arda, 1998).

Çoğunlukla araştırmaların, bir "yeniden arama" (re-search) çabası olduğu söylenebilir. Var olan bilgileri öğrenmeye çalışmak ve bilindiği sanılan pek çok şeyin eksik ya da yanlış olma olasılığı, bu tür bir yeniden aramayı gerekli kılmaktadır. Bu yönüyle araştırma, özünde sürekli bir arayıştır (Karasar, 1998, s.: 22).

Araştırma amaçlarının, yanıtlanmak istenen sorular ve/veya test edilmesi gereken hipotezler biçiminde açık ve seçik olarak belirlenmesi, araştırmanın en önemli aşamasıdır. Bundan sonra sırası ile; uygun bir araştırma yönteminin seçimi, ön çalışmanın yapılması, yöntemin uygulanarak verilerin toplanması, çözümlenmesi, yorumlanması, çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve bütün bu sürecin raporlaştırılması izler (Karasar, 1998, s.: 4). Öte yandan Day, "Bilimsel Bir Makale Nasıl Yazılır ve Yayımlanır? "adlı eserinin önsözünde bilimsel araştırmanın amacının yayın olduğunu, bilim insanlarının ne laboratuvar işlerindeki akıl ve çabukluklarıyla, ne genel ya da özel konulardaki yetenekleriyle ve ne de sempatiklikleriyle ölçülmediklerini, onların ancak yayınlarıyla değerlendirildiklerini ve bilindiklerini; ya da bilinmeden kaldıklarını dile getirmektedir. Ona göre, "bilimsel bir deney, sonuçları ne kadar göz kamaştırıcı olursa olsun, bu sonuçlar yayımlanıncaya kadar tamamlanmış değildir. Aslında, bilim felsefesinin anahtar taşı, özgün araştırmanın yayımlanması gerektiği temel varsayımıdır. Yeni bilgiler, sadece bu şekilde gerçeklik kazanır ve varolan veri tabanına eklenerek bilimsel bilgi adını alır." (Day, 1998).

Araştırma sorusunun belirlenmesinin mi, yoksa araştırma sonuçlarının yayın yoluyla duyurulmasının mı "en önemli" olduğu tartışması bir yana, bütün bilimsel araştırmaların belirli ve ortak denilebilecek aşamalardan geçtikleri açıktır. Bu aşamalar, Dewey' nin bilimsel yöntemi bir düşünce stratejisi olarak ele aldığı "Nasıl Düşünürüz?" adlı yapıtında dile getirilen ve üzerinde uzlaşma sağlanan bir dizi ortak süreçtir. Aynı zamanda bilimsel yöntemin de basamakları olan bu aşamalar şöyle sıralanmaktadır:

1. Güçlüğün sezilmesi,
2. Sorunun tanımlanması (güçlüğün araştırılabilecek bir probleme dönüştürülmesi)
3. Çözümün öngörülmesi (varsayımın kurulması ya da sorunun çözümüne katkı getireceği beklenen soruların hazırlanması)

4. Gözlemlenebilir sınayıcıların belirlenmesi (varsayımın sınanması ya da soruların yanıtlanması için gerekli verilerin saptanması)
5. Deneme ve değerlendirmenin yapılması (verilerin toplanması ve beklentilerin değerlendirilmesi)
6. Raporlaştırma .

(Son aşama Karasar tarafından eklenmiştir.) (Karasar,1998, s.: 14)

Yukarıda sözü edilen yaklaşımın ışığında, bir araştırmanın şu aşamaları izlediği söylenebilir:

1. Araştırma sorusunun saptanması
2. Araştırmanın planlanması
3. Çalışmanın gerçekleştirilmesi
4. Bulguların değerlendirilmesi
5. Raporun hazırlanması (Akşit, 1992, s.: 142).

2.3.3.2. Araştırmaların Sınıflandırılması

Bilimsel araştırmalar, kullanılan ölçütlerin ve yaklaşımların birbirinden farklı olması nedeniyle çok değişik biçimlerde sınıflandırılmakta ve adlandırılmaktadır. Kimi sınıflandırmalar, araştırmanın niteliğini ya da amacını ölçüt almakta iken, kimileri zaman ya da yeri kullanabilmektedir. Bu tez bağlamında, en sık rastlanılan sınıflandırma biçimlerine değinilecek ve sınıflandırma kargaşasına bir ölçüde açıklık getirmeye yönelik bir yaklaşımdan söz edilecektir.

Sınıflandırmalar çoğunlukla araştırmanın amacına, niteliğine, yerine, zamanına, veri toplama biçimine, toplanan verilerin özelliğine ve araştırma sorusuna göre yapılmaktadır (Karasar, 1998, s.: 5; Üstdal ve Gülbahar, 1997, s.: 13).

1-Araştırmanın amacına göre:

Temel araştırmalar

Uygulamalı araştırmalar

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tanımlayıcı (deskriptif) araştırmalar

Çözümleyici (analitik) araştırmalar

2- Araştırmanın niteliğine göre:

Temel araştırmalar

Uygulamalı araştırmalar

Geliştirme araştırmaları

Güdümlü araştırmalar

3-Araştırmanın yerine göre:

Laboratuvar araştırmaları

Alan araştırmaları

Kitaplık araştırmaları

4-Araştırmanın kapsadığı zaman göre:

Kesitsel araştırmalar

Geriye dönük araştırmalar (retrospektif araştırmalar)

İleriye yönelik araştırmalar (prospektif araştırmalar)

5-Veri toplama biçimine göre:

Kayıt araştırmaları

Anket tekniği ile yapılan araştırmalar

Deneysel araştırmalar

Gözlemsel araştırmalar

6-Kullanılan verilerin özelliğine göre:

Nitel araştırmalar

Nicel araştırmalar

7-Araştırma sorusuna göre:

Tarihsel Araştırma (ne idi?)

Deneysel Araştırma (neden?)

Betimsel Araştırma (nedir?)

Yukarıda sözü edilen sınıflandırmaların yanı sıra, bilimin amacı ve işlevleri gözönünde bulundurularak yapılmış bir başka sınıflandırmadan söz edilebilir. "Araştırma ürünü"nün ölçüt alındığı bu sınıflandırmaya göre, araştırmalar temel ve uygulamalı araştırmalar olmak üzere başlıca iki ana gruba ayrılmaktadırlar.

1- Temel araştırmalar: Salt amacı, varolan bilgiye yenilerini eklemek olan, "araştırma" kavramının en yalın biçimde temsil edildiği, geleneksel olarak kuram düzeyiyle sınırlı araştırmalardır. "Bilgi, bilgi içindir" anlayışının egemen olduğu bu tür araştırmalarda anlama, açıklama ve kuram geliştirmeye yönelik bilgi üretilebilmektedir. Bilimsel gelişme, önemli ölçüde temel araştırmalara dayanmaktadır (Üstdal ve Gülbahar, 1997, s.: 12).

2- Uygulamalı araştırmalar: Üretilen bilgilerin değerlendirilmesi ile sorunların çözümlenmesini ve bilimin olup bitenleri denetleyici işlevini gerçekleştirmesini amaçlayan araştırmalardır. Uygulamalı araştırmalarda değerlendirilecek olan bilgiler temel araştırmalar sonucu üretilmiş olabileceği gibi, uygulamalı araştırmalarda da elde edilebilir. Bu tür araştırmaların başlıca özelliği, varolan uygulamaları iyileştirme yönünde somut katkı sağlıyor olmalarıdır. Yanlızca öngörülen çözümlerin uygulamaya aktarılması gibi bir sınırlılık taşımakla birlikte, yeni bilgi üretme işlevleri de vardır. Temel araştırma ile açıklığa kavuşturulabilen her sorun, uygulamalı araştırma ile çözümlendiği için, bu tür araştırmalar sorun çözmenin vazgeçilmez öğesidir.

Uygulamalı araştırmalar kendi içinde iki sınıfa ayrılır:

a- Aksiyon (eylem) araştırmaları: Uzman araştırmacıların yürütücülüğünde, uygulamacıların ve soruna taraf olanların katılımı ile, varolan uygulamaların eleştirel değerlendirmesini yaparak, durumu iyileştirmek üzere alınması gerekli önlemleri belirlemeyi amaçlayan araştırmalardır.

b- Araştırma-geliştirme (AR-GE) araştırmaları: Uzman araştırmacıların sorumluluğunda, üretilmiş bilginin uygulamada denenmesi ile sorunun çözümünde etkili olabilecek ürünlerin geliştirilmesini amaçlayan araştırmalardır.

Teknolojik gelişme büyük ölçüde bu tür araştırmalara bağlıdır (Karasar, 1998, s.: 23-29).

Araştırma türlerini şu örnek üzerinde dile getirmek olanaklıdır. Populasyon genetiği alanında yapılan çalışmalar birtakım varsayımlara dayandırılarak yürütülmüş çeşitli formüllerle sonuçlandırılmıştır. Bunlar temel araştırma niteliğindedir. Elde edilen formüllerle çiftlik hayvanlarından oluşan populasyonları birbirinden ayırmaya, gelecek jenerasyonlardaki değişimleri açıklamaya, bu değişimlerin istenen yönde olmasını sağlayacak yolları belirlemeye yönelik çalışmalar uygulamalı araştırmadır. Bu bilgileri ve yöntemleri çeşitli hayvan sürülerinde uygulayarak geçerliliklerini kontrol etmek, bunun yanı sıra yeni ve daha üstün nitelikli hayvan ırkları ve türleri elde etmek için projeler geliştirmek ve uygulamak ise geliştirme araştırması olmaktadır (Alaçam, 1995, s.: 3). Günümüzde fizik, kimya, biyoloji gibi doğa bilimlerinden, sosyoloji, psikoloji, pedagoji gibi sosyal bilimlere ve tıp, mühendislik gibi uygulamalı bilimlere kadar bilimin her alanında, değişik düzeyde temel ve uygulamalı araştırmalar yapılmakta ve böylece bilim dünyasına katkı sağlanmaktadır.

Yukarıda sözü edilen araştırma türlerini birbirinden kesin sınırlarla ayırmak ya da bir araştırmanın hangi tür araştırma olduğunu belirlemek her zaman olanaklı değildir; bir araştırma kuram, uygulama ve geliştirme ögelerini aynı anda ve belirli ölçülerde içerebilir. Burada asıl önemli nokta, hangi türden olursa olsun araştırmaların, araştırma olmayan çalışmalardan ayırt edilmesidir. Üniversitelerdeki uygulamalı eğitim çalışmaları, kalite kontrol çalışmaları, hastalıkların tanısı için gerekli rutin kan ve idrar testleri ile otopsi muayeneleri araştırma değildirler. Buna karşılık, söz konusu muayenelerin, sistematik olarak bir sorunu aydınlatmak; örneğin hastalık ile kan, idrar ve otopsi bulguları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılması araştırma sayılır (Alaçam, 1995, s.: 3).

2.3.3.3. Bilimsel Araştırmanın Özellikleri

Araştırma, Dewey tarafından "dünyayı daha organik duruma getirme çabası" olarak yorumlanmakta ve şöyle tanımlanmaktadır: "Araştırma, kapalı bir durumun açık bir duruma, ana durumun bireşik bir bütüne sınamalı ve yönlü biçim değiştirmesidir."

(Russell, 1994, s.: 3: 191). Dewey'nin yorumu, araştırma etkinliğinin ve ilgili kavramın taşıdığı anlam yükünü "abartıyor" görünmekle birlikte, her araştırmanın "bilimsel" olarak nitelendirilebilmesi için, bazı temel özellikleri taşıması gerektiği açıktır. Araştırmalarda bilimsellik, salt teknik olanaklara sahip olmakla sağlanamaz, onun çok daha ötesinde ve ondan çok daha farklı bir niteliktir. Bu ise, hem araştırmacının belirli bir yaklaşımının, hem de araştırmanın belirli özelliklerinin olmasını gerektirir (Arda, 1998). Araştırma konusunun saptanmasından, sonuçların bilim dünyasına duyurulmasına kadar hemen bütün aşamalarda "olması gereken" bu özelliklere kısaca değinilmesinde yarar vardır.

1- Her bilimsel araştırma gerçekte sorun çözmeye yönelik bir süreçtir ve bu bağlamda araştırma konusunun saptanması ya da bir başka deyişle, sorunun seçimi oldukça önemlidir. Sorun "bilimsel yöntemlerle çözülmek üzere ortaya atılan soru"olarak tanımlanabilir (Püsküllüoğlu,1997, s.: 955). Tanımda da görüldüğü gibi, ortaya atılacak sorunun "çözülebilirlilik" niteliği taşıması gereklidir; bu da ancak olgusal içeriği olan önermeler için geçerlidir. Olgusal içerik taşımayan metafizik konular ve değerler alanı sınanmaya, gözlemlenmeye ve denetlenmeye açık değildir (Yıldırım, 1996, s.: 19).

2- Araştırma konusu, bilime katkı sağlayan ve toplum açısından uygulamaya yönelik değeri olan öneriler getirmelidir. Bu bağlamda araştırmanın yenilik içeren ve/veya yeni sorular ortaya atan ya da bilinenleri geliştiren bir özelliği olmalıdır (Kadıoğlu, 1996, s.: 131).

3- Araştırmanın temel özelliklerinden biri, yinelenebilir olmasıdır. Konu seçimi, planlama ve uygulama aşamalarında araştırmanın açık-seçikliği, onun denetlenebilir ve yinelenebilir olmasını sağlamak amacına yöneliktir. Bilimin karşılaştırma ile gelişebileceği, bunun ise deneyin yinelenmesine bağlı olduğu gözden ırak tutulmamalıdır (Üstdal ve Gülbahar, 1997, s.: 14)

4- Araştırmanın etik ilkelere uygunluğu, günümüzde giderek artan bir önem kazanmış ve "olmazsa olmaz" bir koşul durumuna gelmiştir. Bilim üreten kişinin araştırmanın her aşamasında, kendisini etik açıdan sorgulaması ve etik duyarlılık taşıması zorunludur (Arda, 1998). Araştırmacının bilimsel yeterliğinin sınırları, bilim etiğini de içine alacak biçimde genişletilmiştir. Bu tez bağlamında daha

sonra ayrıntılı olarak ele alınacak olan konu, gerek temel bilimler gerekse toplum bilimleri açısından insanı olduğu kadar, deney hayvanları ve doğal çevreyi de kapsayan "biyoetik" kavramı çerçevesinde değerlendirilmelidir (Örs, 1990). Bu çerçevede, bir araştırma için önde gelen etik ilkelerin yaşama saygı, insana-hayvana-doğaya zarar vermeme, yarar sağlama, adalet, gizlilik ve dürüstlük olduğunu söylemek olanaklıdır.

5- Araştırmacının bilimsel yeterliği, sorunu çözebilecek ve sonuçları değerlendirebilecek düzeyde olmalıdır. Bu ise, günümüzde büyük ölçüde laboratuvar, araç-gereç, teknik olanaklar, iyi yetişmiş insan gücü ve parasal kaynak açısından yeterince donanımlı bir çalışma ortamını gerekli kılmaktadır (Arda,1998)

6- Bilim insanlarının, öğrenmek ve yeni bilgiler ortaya çıkararak, bilim dünyasına katkıda bulunmak için sürekli çaba yönünde "güdülenmiş" kişiler olduğu biçiminde genel bir kanı vardır. Whitehead'in şu sözleri bu kanıyı destekler görünmektedir : " Nesneler arasında bir doğa düzeninin varolduğu hakkında yaygın bir içgüdüsel inanç olmadan yaşayan bilim olamaz. Bilim, ancak böyle bir inanca sahip olan insanlarca yaratılabilir." (Russell, 1995, s.: 35). Ancak araştırmacı olmak için, bu güdünün varlığı yeterli değildir. Bir araştırmacıda bulunması gereken en önemli özelliklerden biri nesnellik ve yansızlıktır (Üstdal ve Gülbahar, 1997, s.: 7-8). Araştırmacının bir insan olduğu, dolayısıyla araştırmacı kişiliği yanısıra, belirli bir inanç ve değerler sistemine sahip olduğu gözönüne alındığı zaman "mutlak" bir nesnelliğin sözkonusu olamayacağı açıktır. Araştırmacının, araştırmanın her aşamasında gözlemsel verilere dayanan, eleştirel, hata olasılığına yer veren bir düşünce yapısına ve yaklaşıma sahip olması, onu olabildiğince nesnel kılacaktır.

Bilim etkinliği, bu etkinliğin yürütülmesinde kullanılan yöntem ve bu yönteme uygun olarak yapılan araştırmalarla ilgili yukarıda sözü edilenler ışığında, bir araştırmanın kuramsal, teknik, parasal, toplumsal, düşünsel, ruhbilimsel vb. pek çok yönünün olduğu sonucuna varılabilir. Bu bölümde anlatılanları, "Araştırma Adası" başlıklı ironik bir çizimde gördüklerini, sözcüklere dönüştüren Yaman Örs'ün yazısı ile özetlemek olanaklıdır:

"Önümde, Araştırma Adası başlıklı bir çizim var. Başlığın altında şu yazıyor: "Bir kural: Araştırma yolunu kapatmayın" . Kuzeyden "Deney Okyanusu" ile çevrilmiş olan Adanın güney-batısında "Kuram Denizi" , tam güneyinde ise "Her Şeyi Bil" Adacığı bulunuyor. Batı kıyısının güneye, Kuram Denizine yakın bir noktasındaki "Literatür Koyu" nda, "Umut Kenti" yer almaktadır. Üzerinde "buradan başlayın" diye yazan bir elin işaret parmağı bu koya yöneliktir; kentin arkasında da "Yetke (otorite) Vahşi Ormanı" görülmektedir. Üzerinde genel olarak betimleyici, yer yer çarpıcı, bir bölümü benzetimsel küçük çizimlerin bulunduğu Araştırma Yolu, önce kuzeye sonra doğuya yönelmiş; Ada' nın doğu kıyısı boyunca güney yönünü izleyip sonunda batıya doğru uzanmıştır.

Ancak Araştırma Yolu düz bir çizgi olmaktan uzaktır ve yer yer Ada' nın içine uzanan kıvrımlar oluşturmaktadır. Yol, "Dogmatizm Tepesi" , "Varsayım Dağı" , "Para Geçidi" , "Umutsuzluk Yarığı" , "Veri Akarsuyu" , "Atılmış Varsayımlar Yığını" , "Ben Neredeyim Sisli Bölgesi" , "Büyük Parasızlık Çölü" , "Yazanak Düzlükleri" , "Yitirilmiş Metinler Bataklığı" gibi yerlerden geçip Ada'nın güney-batı köşesindeki "Yayın Sorumluları Deltası" ndan Kuram Denizine ulaşmaktadır. Bu açılış noktasının hemen kuzeyinde ise başlangıçta sözünü ettiğim Literatür Koyuna açılan bir "Sözcükler Çayı" vardır; Deltadan çıkan bir ok da bu Koyu göstermektedir." (Örs, 1993, 14: 129)

2.3.4. Tıp Etkinliğinde Yöntem ve Araştırma

"Tıp" sözcüğü dilimize Arapçadan girmiştir ve bazı tıp tarihçilerine göre, eski çağın en parlak uygarlık ve tedavi merkezlerinden biri olan, yüz kapılı "Teb" kentinin adından kaynaklanmaktadır.

"Tıp nedir?" sorusunun akla gelen yanıtlarından birkaçının onun; bir hizmet üretimi, bir meslek, ustalık ve yetkinlik gerektiren bir "vasıflı" emek, bir sanat, bir teknik disiplin, bir sosyal kurum ve bir kültürel örüntü olduğu söylenebilir. Bu yanıtları dışlamaksızın, bireşimsel bir yaklaşımla değerlendirildiğinde, "tıp" kavramının birbirinden az-çok farklı iki temel özelliğinin varolduğu görülür. Bunlardan ilki, onun; bir insan etkinliği, ikincisi ise, bir bilgi ve beceri bütünü oluşudur (Göksel, 1986, s.: 6).

Bir insan etkinliği olarak tıp, iki amaca yöneliktir. Bunlardan biri hastalık, kaza, yaralanma gibi nedenlerle ortaya çıkan olumsuzlukları gidermek, bir başka deyişle tedavi etmek ve sağlığa kavuşturmak; öteki ise, sağlığa ilişkin olumsuzlukların ortaya çıkışını önlemek ya da sağlığı korumaktır (Örs, 1980, s.: 533). Bilindiği gibi, bu iki amaca yönelik olarak, tedavi edici hekimlik ve koruyucu hekimlik olmak üzere iki farklı etkinlik alanının varlığı sözkonusudur. Bu noktada "tıp" ve "hekimlik" terimlerinin sıklıkla ve pek de üzerinde düşünülmeden birbirlerinin yerine kullanıldığından sözedilebilir. Gerçekte, iki terimin anlamları büyük ölçüde kesişmekle birlikte, tek başlarına kullanıldıkları zaman tıp etkinliğinin kapsamını dile getirmek bakımından yetersiz kaldıkları açıktır. "Tıp" teriminin, etkinliğin bilimsel yanını vurgulamasına karşılık, "hekimlik" teriminin etkinliğin uygulama, iyileştirme, uğraş yönünü ve toplumsal boyutunu dile getirdiği söylenebilir (Örs, 1985, s.: 35). Bu bağlamda ,tıbbın fizik, kimya, biyoloji gibi doğa bilimlerine dayalı bilgi üretiminde bulunan bir uygulamalı bilim olarak tanımlanması uygun görünmektedir. Bir başka deyişle, tıp etkinliğini, pratik yarar amacına yönelik uygulamaların yanısıra, bilimsel yöntemin kullanılarak doğru ve gerçekçi bilginin üretildiği bir etkinlik olarak değerlendirmek olanaklıdır.

Tıbbın ilgi alanında yeralan konular, etkinliğin yukarıda sözü edilen amaçlarına koşut olarak sınırlandırılmıştır. Kısaca; insan sağlığını korumak, hastalığı iyileştirmek ve sağlığın bozulmasından kaynaklanan ıstırabı yatıştırmaya çalışmak biçiminde özetlenebilecek amaçlar doğrultusunda, tıpta bilgi üretiminin yapıldığı konular üç grupta toplanabilir:

1- İnsanın biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak algılanması çerçevesinde; insan sağlığı ve yaşamı (insan bedeninin işleyişi, gereksinimleri, çoğalması, değişimleri, insan davranışları çevre ile ilişkileri, yaşantıları) ile ilgili tüm bilgiler.

2- Hastalık olgusunun nedenleri, etkenleri, gelişimi, belirtileri ve sonuçlarına yönelik bilgiler.

3- Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve iyileştirme yöntemlerine ilişkin bilgiler.

2.3.4.1. Tıpta Deneysel Yöntem ve Claude Bernard

Tıp alanında, yukarıda sözü edilen konularda geçerli ve güvenilir bilgi üretimi, daha önce gözden geçirilmiş olan bilimsel-deneysel yöntemin, Claude Bernard tarafından tıp etkinliğine başarılı bir biçimde uygulanması ile başlamıştır (Göksel, 1986, s.: 11).

Deneysel çalışmanın yöntemi üzerindeki çalışmalarından yola çıkarak Bernard'a "bilim felsefecisi" demek elbette ki tartışılacak bir konudur. Kanımca, felsefeye özgü düşünme ve çözümleme yönteminden yararlanarak, tıpta ve canlılık bilimlerinde yapı ve işleyişi aydınlatmaya çalıştığı için onu, "tıpta bilimsel felsefenin öncüsü" olarak betimlemek pek yanlış olmasa gerektir. Nasıl tanımlanacak olursa olsun, Bernard'ın tıpta ve canlılık bilimlerinde deneysel yöntem üzerine düşüncelerini, "Tıpta Tecrübe Usulünün Tetkikine Giriş" adıyla Türkçe'ye çevrilmiş olan yapıtta görmek olanaklıdır. Yaşam bilimlerini "ışıklarla parlayan çok güzel bir salon"a benzeten, ancak "oraya varmak için uzun ve pek çirkin bir mutfaktan geçmek gerekir" diyen Bernard, tıbbın evrimi içinde deneyin hep varolduğunu şu sözlerle dile getirmektedir: "Hekimlik asırlardan beri yürüyüşü sırasında , devamlı olarak iş görmeye zorunlu olduğundan empirizm alanında görgüyle sayılamayacak kadar çok denemelere girişmiş ve bunlardan yararlı bilgiler elde etmiştir. Dayanıklı olmadıkları için birbiri ardından kaybolan türlü türlü sistemler hekimlikte birer iz bırakmış ve hekimliği alt üst etmiş olmakla birlikte, hekimlik araştırmalar yapmaktan geri kalmamıştır". (Bernard, 1934).

Bernard'a göre deneysel tıp üç temel kısmı içermelidir: "fizyoloji, patoloji ve tedavi. Yaşam olaylarının normal durumdaki işlevlerinin bilgisi olan fizyoloji bize yaşamın normal koşullarını yerinde tutmayı ve sağlığı korumayı öğretecektir. Hastalıklar ve onları oluşturan nedenlerin bilgisi demek olan patoloji, bize bir yandan bu hastalık koşullarının ilerlemesine engel olmak, öte yandan da ilaçlar aracılığıyla o koşulların oluşturduğu etkilere karşı koymak yani hastalıkları geçirtmek için yol gösterecektir."(Bernard,1934). Tanımlamadan anlaşılacağı üzere patolojinin o dönemdeki kapsamı oldukça geniştir ve hastalık belirtilerini, nedenlerini, hastalığın ortaya çıkış koşullarını ve ilaçla tedaviyi içine almaktadır. Bu bize, kavramların zaman içindeki değişimini ve kavramla, dile getirdiği gerçeklik arasındaki ilişkinin,

düşüncede ve dilde geçirilen evrime bağlı olarak ne kadar farklılaştığını gösteren iyi bir örnektir (Öztürk, 1996).

Bernard'a göre deneyle kazanılan bilgide üç aşama vardır: Gözlem yapmak, karşılaştırmalı çalışmalar yapmak ve nedenleri göstererek yargıda bulunmak. Tıp bir dizi klinik gözlemle başlar, ancak bu aşamada kalınması hekimi hasta karşısında pasif durumda bırakacaktır. Oysa tıp, "aktif olarak hastalık sürecine müdahale etmeyi gerektirir", hekim ancak bu durumda yararlı olabilir. Ona göre önceden oluşturulmuş bir varsayım bulunmadan deney yapılamaz. Deney yapan, varsayımları aracılığıyla doğaya soru sorar, "onun peçesini kaldırmaya çalışır, doğa yanıt vermeye başlayınca deneyi yapan susmalı, doğayı dinlemelidir,. çağırdığı olguların kendisine öğreteceği şeylere göre varsayımını terketmeye, düzeltmeye ya da değiştirmeye hazır bulunmalıdır" (Bernard, 1934). Bu nedenle araştırma biri asıl araştırmaya konu olan olgu, öteki ise kontrol etmeye yarayan olgu olmak üzere iki olgu üzerinden yürütülmelidir.

Determinizm, Bernard'a göre deneysel yöntemin temel kuralı olmalıdır. Cansız cisimlerde olduğu gibi canlı varlıklarda da, her olayın gerçekleştiği koşullar belirlenebilir ve koşullar biliniyorsa olay, deney yapanın isteğine göre her zaman ve zorunlu olarak tekrar oluşmalıdır. Canlı ve cansız dünyanın yasaları değişmezler. Dolayısıyla bu genel yasalara göre işleyen koşulları belirlemek olanaklıdır. Bu bakımdan "vitalistlerin öne sürdüğü hayat kuvveti denilen ve bizim için büsbütün meçhul olan bir ilk nedene dayanarak canlılar için determinizmin reddedilmesi" yanlış bir düşüncedir. Ona göre özellikle hekimlikte vitalizmi savunmanın batıl inançtan farkı yoktur. (Bernard,1934). Canlılık bilimleri, açıklamaları ve yasalarının içeriğiyle öteki bilimlerden farklı olsalar da, bilimsel yöntem açısından onlardan farklı değildirler.

Bernard, determinizm ilkesinin, deney sonuçlarının gözden geçirilmesi ve eleştirel yaklaşımın da temeli olduğunu dile getirmektedir. Çünkü ilke, "koşullar aynı olduğu zaman olayın tekrarlayacağını söylemektedir" bu demektir ki "koşullar eksik olursa olay meydana çıkmayacaktır". Bu söylem, Bernard'ın determinizmi, indeterminizmi de içerecek biçimde yorumladığını göstermektedir. Bernard'a göre, ilk gözlemlerle

uyuşmayan sonuçlar ortaya çıktığı zaman koşulların yeniden gözden geçirilmesi, eksiklerin tamamlanması ve yanlışların düzeltilmesi gerekir (Öztürk, 1996).

Bernard'ın canlı hayvan deneylerinin gerekliliği üzerine açıklamaları, kuramla uygulama arasındaki bağıntıya örnek olması ve bilim etiği açısından önemlidir. Ona göre cansız maddenin yasaları, onların "içine girilerek" keşfedilmiştir. Canlı varlıkların bağlı olduğu yasalar da, ancak onların parçalara ayrılarak içlerinin görülmesiyle öğrenilebilir. "Vivesection denilen bu tür derin araştırmalar yapılmaksızın ne fizyoloji, ne de bilimsel tıp" olanaklı değildir (Bernard, 1934).

Bernard hayvanlar üzerindeki diseksiyon çalışmalarının insan fizyolojisi ve patolojisine ilişkin doğru bilgi veremeyeceği biçimindeki eleştiriyi dikkate değer bulmaktadır. Bu eleştiriyi getirenler, insan hakkında bilgi verebilecek deneysel çalışmaların ya insanlar üzerinde ya da insana en yakın hayvanlar üzerinde, yapılması gerektiğini öne sürmektedirler. Geçmişte Galen'in maymunu, Vesalius'un domuzu deneysel çalışmalarda kullanması da bu düşünceden olsa gerektir. Bernard'a göre, bu düşünceye katılmamak olanaksızdır. Ancak "ne devletin yasaları, ne de ahlak kuralları insanlar üzerinde çalışmaya izin vermemektedir." Bu durumda tek seçenek hayvanlar üzerinde deney yapma isteğini "yüksek sesle" dile getirmek ve elde edilen bilgileri tıp için kullanmaktır. Çünkü hayvanlarda yapılan pek çok deneyler (beyin, omurilik, dolaşım, salgılama, toksikoloji) insan fizyolojisi ve patolojisine doğrudan uygulanabilir ve dolayısıyla yararlıdır (Bernard, 1934).

Yukarıda anlatılanların ışığında, Bernard'ın tıbba kazandırdığı deneysel yöntemin aşamaları öz olarak şöyle sıralanabilir: Gözlemde bulunma (olguları gösterir), gözlemlere dayanarak varsayım kurma, varsayımın deneyle sınanması (deney yapan burada aktif olarak yer alır ve koşulları oluşturur, bir başka deyişle denetli deney aşaması olarak görülmelidir) ve yanlışların düzeltilmesi ve son aşamada deney sonuçlarına bakılarak ve nedensellik bağlantıları kurularak genelleştirmeye gitme (yasa ortaya koyma). Bu gün bu yönteme, "deneyci – mantıksal" ya da "deneyci - eleştirel yöntem" adı verilmektedir. Kuşkusuz, deneysel yöntem konusunda Bernard'dan önce yapılmış çalışmalar ve ileri sürülmüş düşünceler vardı. Örneğin bir önceki yüzyılda aydınlanma çağının düşünürü Diderot, Bernard'ın ölçüsünde bir açıklıkla yöntemin çözümlemesini yapmış, deneylerin yinelenmesinin ve karşı

kanıtlamanın önemine dikkat çekmişti. Bernard'ın deneysel yöntemin kurucusu olarak anılmasının nedeni, yöntemi kuramsal açıdan temellendirmesinin yanında, uygulamayla kuram arasındaki bağlantıyı açıklıkla ortaya koymuş olmasıdır (Örs, 1977).

2.3.4.2. Tıbbi Araştırmalar

Günümüzün egemen tıbbi paradigmasında insan sağlığı ve hastalık olgusuna ilişkin bilgi üretimi, yukarıda sözü edilen yönteme dayalı araştırmalarla yapılmaktadır. Tıbbi araştırmalarda gerekli olan ön bilgilerin bir çoğu fizik, kimya, biyoloji gibi temel bilimlerden alınmakta, buna karşılık salt yarar amacına yönelik olarak üretilen tıbbi bilgilerin bir çoğu da, söz konusu temel bilimlere değişik düzeylerde katkıda bulunmaktadır.

Tıbbi araştırmalar başlıca üç alanda sürdürülmektedir.

1- Labaratuvar araştırmaları: "Deneysel araştırma" olarak da adlandırılan bu tür araştırmalarda, tıbbın temelini oluşturan ve yukarıda adı geçen doğa bilimlerinde geçerli olan araştırma teknikleri ile araç- gereçler kullanılarak bilgi üretimi gerçekleştirilir. İnsan dışındaki canlılarda yapılan ve sonuçları doğrudan ya da dolaylı olarak insana uyarlanabilen laboratuvar araştırmaları patoloji, biyokimya, fizyoloji, mikrobiyoloji, farmakoloji gibi alanlarda uygulanmaktadır (Göksel, 1986, s.: 24; Sayek, 1998).

2- Klinik araştırmalar: Büyük çoğunluğu hastalık bulgularının tanımlanmasına, karşılaştırılmasına, yeni tedavi girişimlerinin değerlendirilmesine dayanan, klinik yöntemlerle ve doğrudan hasta grupları üzerinde yapılan araştırmalardır. Klinik bulguların otopsi bulgularıyla karşılaştırılması da bunu tamamlayan bir yöntemdir. Psikiyatride yapılan klinik araştırmalarda, doğa bilimlerinde kullanılan yöntemlerin yanısıra davranış bilimlerine özgü yöntemlerden de yararlanılmaktadır. Klinik araştırmalar, değerlendirmede istatistik yöntemlerin kullanıldığı, çok sayıda denek üzerinde yürütülen kontrollu çalışmalar olduğu için hata olasılığının en aza indirildiği araştırmalardır (Göksel, 1986, s.: 24).

3- Epidemiyolojik araştırmalar: Hastalık olgusunun toplumsal görünümlerini, daha açık bir anlatımla hastalıkların toplum içinde ilk ortaya çıkışını, dağılımını ve farklılıklarını konu edinen epidemiyolojik araştırmalar, toplum sağlığının korunması ve tıp uygulamalarının yetkinliği açısından son derece önemlidir. Bu tür araştırmalarda araştırmacı, incelediği populasyonu değiştirmeden sadece gözlemlediği için "gözlem araştırmaları"olarak da tanımlanmaktadır. Boylamsal, kesitsel ve olgu- kontrol çalışmaları bu grupta yer almaktadır, Sosyal bilimlerin alan çalışması yöntemini kullanan epidemiyolojik araştırmalar, günümüzde kesin matematik hesaplara ve sağlam araştırma protokollerine dayalı kantitatif bir yöntemle yürütülmektedir (Göksel, 1986, s.: 25; Turaman, 1996, s.: 2; Sayek, 1998).

Tıbbi araştırmaların yürütüldüğü alana göre yapılan bu sınıflandırmanın dışında, etkinliğin iki temel amacına; bir başka deyişle bilimsel bilgi üretimi ve tedavi etme amaçlarına yönelik olarak da tıbbi araştırmaları sınıflandırmak olanaklıdır. Bu bağlamda, tıbbi ya da biyomedikal araştırmaların başlıca iki temel gruba ayrıldığı söylenebilir. Bunlardan ilki, son çözümlemede amacı "sağlık –hastalık" sorunlarına çözüm getirme arayışı olsa da; asıl konusu salt bilgi üretimine yönelik olan ve bu nedenle araştırmada denek olan kişinin tanısı ya da tedavisi ile doğrudan ilgisi olmayan araştırmalardır. İkincisi ise, etkinliğin "hekimlik uğraşı" boyutu ve işevuruk niteliği ile daha doğrudan ilişkilidir; bu tür araştırmaların asıl amacı araştırmaya katılan hasta-denek ya da deneklerin tanısı ya da tedavisine yöneliktir (Kadıoğlu, 1996, s.: 26).

Tıbbın, salt yarar amacını güden, işevuruk ve uygulamaya yönelik etkinliklerinin, her zaman bilimsel yönünün yanısıra ve belki ondan nicelik olarak daha büyük yer tuttuğu söylenebilir. Genel olarak bakıldığında, hekimlerin "hekimlik uygulamaları"na ayırdıkları zamanın, araştırmaya ayırdıkları zamandan çok daha fazla olduğu görülmektedir. Hekim edindiği bilgi ve becerileri, günlük mesleki etkinliğinde belirli bir yöntemle uygulamaya geçirmektedir. "Klinik uygulama yöntemi" olarak adlandırılan bu yöntem, bilimsel bilgi üretimi yönteminin hemen hemen aynısıdır. Hekim-hasta ilişkisinde ilk andan başlayarak, yakınmaları dinleme, öz ve soygeçmişe ilişkin bilgi edinme, bir başka deyişle öykü alma, fizik muayene, bulguların değerlendirilmesi, ön tanının konulması, laboratuvar incelemeleri, tanı

koyma, tedavi ve izlemden oluşan süreç, bütünüyle, bilinenlerden yola çıkılarak bilinmeyeni açıklamaya yönelik bir çabadır. Hekimin, incelediği hastada saptadığı bulguları, daha önceden edinmiş olduğu kuramsal bilgi ve deneyimlerinin ışığında yorumlaması ve bir ön tanıya ulaşması, bu ön tanıyı doğrulamak için yeni bulgular aramaya girişmesi, varsayımı doğrulanırsa uygun tedavi yöntemini seçmesi, ön tanıyı destekleyecek veriler elde edemediği durumda başka bir tanı önermesi biçimindeki işlemler bilimsel yöntemin aşamalarına tıpa tıp uygunluk göstermektedir (Göksel, 1996, s.: 25).

Sonuç olarak, tıp etkinliği gerek bilimsel bilgi üretimi, gerekse klinik uygulama sırasında bilimsel yöntemi etkin olarak kullanmaktadır. Doğru ve geçerli bilgi ile başarılı davranışa yönelik olan bu tıbbi yöntem, binlerce yıldan bu yana hekimin sorun çözme konusunda başvurduğu yolların, yöntem bilgisinin kuralları çerçevesinde yeniden yapılandırılmasıyla oluşturulmuştur denilebilir.

2.4. Etik, Tıbbi Etik ve Araştırma Etiği

Tıpta değer sorunlarının varlığı, Hipokrat'tan günümüze kadar uzanan hekim andı metinlerinde dile getirilmiş olsa da, gerçekte söz konusu sorunların Hipokrat'tan 2000 yıl önce yaşamış ve tarihte bilinen ilk hekim olan İmhotep'in yazdığı ilk hekim andı metninde yeraldığı görülmektedir (Şahinoğlu Pelin, 1994). Hekim-hasta ilişkisinin söz gelimi paternalistik, yetkeci, teknik, bilimsel, işevuruk olarak adlandırılabilecek pekçok boyutunun yanısıra, özünde bir insan-insan ilişkisi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, değerler alanının vazgeçilmez biçimde gündeme gelmesi söz konusudur. Bu bağlamda , tıp etkinliğinin gerek bilimsel bilgi üretimi, gerekse hekimlik uğraşının sürdürülmesi sırasında değer sorunları, bir başka deyişle etik sorunlar yaşanmaktadır. Öte yandan günümüzde dev teknolojik gelişmelerin tıp uygulamalarına kazandırdığı olanakların yanısıra, farklı değer sorunlarını ortaya çıkardığı da bir gerçektir. Organ aktarımı, yapay döllenme, genetik kopyalama gibi ilk akla gelen konulardaki başarılar, büyük ölçüde, hayvan ve insan deneklerin yer aldığı ve bu nedenle çok çeşitli etik sorunları barındıran biyomedikal araştırmalara bağlıdır. Bu bölümde, öncelikle etik ve tıbbi etik konularına değinilecek, daha sonra

"araştırma etiği"olarak adlandırılan ve biyomedikal araştırmalarda yaşanan etik sorunları gündemine alan konu incelenecektir.

2.4.1. Etik

Değerler felsefesi içinde yer alan etik, felsefenin dört temel çalışma alanından biridir. İnsanın bilme isteğinin bir yansıması olarak ortaya çıkan felsefi düşüncenin ilk belirtilerini, Hesiodos'un Thegonia adlı yapıtında yer alan "khaos" kavramında bulmak olanaklıdır (Gökberk, 1990, s.: 19).

İnsanın evrene, varoluşa, bilgiye ve değerlere ilişkin sorunlarına yanıt arama çabası olarak tanımlanabilecek olan felsefe, bu soruların içeriğine göre alt dallara ayrılmaktadır. Bu alt dallardan biri olan "ontoloji" ; "evren nedir ?", "evren nasıl varolmuştur ?", "insan nedir ?", "insan nasıl varolmuştur ?", "insanın varoluşunun evren için anlamı var mıdır, varsa nedir ?" biçiminde sıralanabilecek soruların yanıtlanmaya çalışıldığı alandır. "Bilgi nedir ?", "bilginin kaynağı nedir ?", "insan aklı neyi bilebilir ?" gibi insanın bilgiye ilişkin sorularına yanıt aranmaya çalışılan alan ise "epistemoloji" adını almaktadır. Felsefenin "estetik" olarak tanımlanan alt dalı, güzel ve çirkine ilişkin değer yargılarını konu edinmiştir (Oğuz, 1997). Bu tez bağlamında üzerinde durulacak olan "etik" alanında ise, "iyi ve kötü nedir ?", " doğru ve yanlış nedir ?", "iyi ve kötü, doğru ve yanlış nasıl olanaklıdır ?", "iyi bir amaca yönelmek için kötü bir yol seçilebilir mi?", "seçilen yol bireyin mutluluğunu mu, yoksa toplumun mutluluğunu mu amaçlamalıdır?", "aynı gezegeni paylaştığımız öteki canlılara ve bizden sonra gelecek kuşaklara karşı sorumluluklarımız nelerdir?","evrensel bir iyi ya da kötü var mıdır ?" biçimindeki sorulara yanıt aranmaktadır .

Eski çağlardan bu yana, insanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerlerin, ahlak bakımından "iyi" ya da "kötü", "doğru" ya da "yanlış" olanın niteliğini ve temellerini araştıran felsefe etkinliği "etik" olarak adlandırılmaktadır. "Etik" terimi, Yunanca "ethos" (töre, görenek, alışkanlık) sözcüğünden türetilmiştir. Etik alanında yanıtlanmaya çalışılan ve yukarıda sözü edilen soruların geniş kapsamı etiği; antropoloji, biyoloji, tarih, iktisat, siyaset, sosyoloji, teoloji gibi alanlarla ilişkilendirmektedir. Ancak etik olgusal değil, normatif kuralların niteliğini

belirlemekte ve bunların kılgısal (pratik) ahlaki sorunlara uygulanması ölçüsünde bu alanlardan ayrılmaktadır.

Toplum vicdanında "iyi", "daha iyi" ya da "kötü", "daha kötü" olarak sıralanan tutum, davranış ve niyetlere ilişkin yargılar, "ahlak" ya da "moral" adını alan değer sistemini oluşturur. Bu "ahlak", bütünü ile toplumun yaratmış olduğu bir normlar bütünü olan ve bireyin davranışlarına yön veren "kılgısal ahlak" tır. Bunun yanısıra hukuk dilinde "örf " adı ile anılan ve hemen herkesçe bilinen ya da bilindiği varsayılan "töreler", yazılı olmayan yasalar arasında bireyi en çok etkileyen kontrol sistemlerindendir (Göksel, 1986, s.: 2).

Toplumların yaşam biçimlerini düzenleyen kuralların kaynağı, insan etkileşimleridir. Temelinde insan etkileşimleri bulunan ve canlılar evreninde geçerli olan bu kurallar, yasalara dönüştüğü anda devlet tarafından kutsanmış olur (Göksel, 1996).

Her insan, başka insanlarla olan ilişkilerini "kişi" olarak yaşamakta ve hangi tür ilişki olursa olsun belirli bir bütünlüğe sahip bir kişi olarak eylemektedir. Öte yandan kişinin, başka kişileri, durumları, olayları ve kendisini değerlendirmesi insanın bir yapı özelliği ve bir varolma koşuludur. Bu değerlendirme, değerlendirilenin değerine, değerlendirenin değerlendirilenle olan ilişkilerine ve geçerlikte olan genel değer yargılarına göre yapılmaktadır (Kuçuradi, 1998, s.: 7). Yukarıda sözü edilenlerin ışığında etik ilişki, "belirli bütünlükte bir kişinin, başka bir kişi ya da en geniş anlamda insanlarla, değer sorunlarının sözkonusu olduğu ve eylemleriyle yaşayarak var kıldığı ilişkisi" olarak tanımlanmaktadır (Kuçuradi, 1988, s.: 3). Bu tez bağlamında etiğin, insanlar arası ilişkilerin her türünün temelini oluşturduğu düşüncesinden yola çıkılarak "etik ilişki" terimi yerine, "ilişkinin etik boyutu" terimi yeğlenmiştir.

Kuramsal amaçlara hizmet eden insan eylemlerinin bir aracı olarak, dünya tasarımlarına uygun biçimde yaşamak için düzenlenen kurallar bütünü "ahlak sistemi"ni oluşturur. Ahlak sistemi, aynı zamanda bireylerin çoğunluğu için optimumu sağlayan ve onların uyması gereken kurallar bütünüdür. Bu bağlamda, ahlak sosyal bir olgudur ve toplumsal gerçeği gösterir (Göksel, 1996). Ahlak kavramları ve "doğru" sayılan eylem formülleri, insanlar arası ilişkilerin önde gelen özelliklerini yansıttığından etiğin tarihi ile insan ilişkilerinin tarihi arasında genel

olarak bir koşutluk bulunur. Örneğin; Sokrates'in diyalogları, Atinalılar'ın sorgulanmamış inançlarından yola çıkar. Platon ve Aristo, kent devleti değerlerini; Stoacılar, "evrensel us" kavramını temel alırlar. Ortaçağda Augustinos'la birlikte dine dayalı bir etik anlayışı egemen olur. Benzer biçimde etik değerler ve kuramlardaki değişiklikler, Rönesans ve Reformasyon dönemlerinden, Endüstri Devrimine kadar pekçok siyasal ve ekonomik dönüşüme eşlik etmiştir (A.Britannica, 1988, 8: 340-343).

"Etik" kavramıyla birlikte ele alınması gereken temel bir kavram, "değer" kavramıdır. Öyle ki "değer" kavramının neyi anlattığı yeterince açıklığa kavuşturulmadan değer sorunlarından ve dolayısıyla etikten söz edilmesi konusunda güçlüklerle karşılaşılmaktadır.

Değer kavramını, en geniş anlamda inceleyen aksiyoloji (değerler felsefesi), Yunanca "aksios" ve "logos" sözcüklerinden türetilmiştir. "Değer" terimi başlangıçta, iktisatçı Adam Smith tarafından, "herhangi bir nesnenin değişim değeri" olarak kullanılmıştır. Bu bağlamda "değer" teriminin iktisattan etiğe geçmiş bir terim olduğu söylenebilir (Kuçuradi, 1998, s.: 38). Terimi felsefede ilk kullanan Lotze'dur ve değerlerin insanın yöneldiği ve amaçladığı anlamlılıklardan oluştuğunu öne sürmüştür. Kıta Avrupası'nda değer terimine en temelli anlamı veren Nietzsche olmuştur. "İyinin ve kötünün ötesinde", belirli ya da geçerli bir moralin yargılarının dışında değerlendirme yapmak gerektiğini öne süren Nietzsche için değer, bütün insan başarıları ve onun köklerinde bulunan *geçmişi kurtarmak ve bütün "böyle idi" leri, " bunu ben böyle istedim"e çevirmek* olarak dile getirdiği "istenebilirlik" tir (Kuçuradi, 1995, s.: 8-18). Ona göre insan topluluklarının geliştirdikleri ahlaklar içinde, biyolojik olarak üstün olanların ahlakının, evrensel nitelikte yasa olması istenilir bir durumdur (Russell, 1994, 3: 128). Scheler ve Hartmann ise, değerlerin kendine özgü içerikleri olan, mutlak- ideal varlıklar olduğunu savunmuşlar ve "iyi" nin bunlar arasında baş değer olma niteliği taşıdığını öne sürmüşlerdir (Kuçuradi, 1998, s.: 13).

Değer felsefesi, Anglosakson geleneğinde farklı bir gelişme göstermiştir. Örneğin Perry, "Genel Değer Kuramı" adlı yapıtında değeri, "herhangi bir çıkar nesnesi"

olarak tanımlamış ve ahlak, din, sanat, bilim, iktisat, siyaset, hukuk ve gelenek olmak üzere sekiz değer alanı belirlemiştir.

Genel olarak, değer kavramında amaç ve araç temelinde bir ayırım yapılmakta; araç olarak iyi bulunan ve değer taşıyanla, amaç olarak iyi bulunan ve değer taşıyan birbirinden ayrılmaktadır. Dewey, bu ayrımı yıkmayı denemiş; sağlık, erdem ve bilgi gibi insan yaşamında gerçekliği olan değerlerin hem amaç, hem de araç anlamında "iyi" olduğunu vurgulamıştır. Lewis ve Frankena gibi felsefeciler ise ayırımları çoğaltarak, araçsal değer (bir amaca göre iyi olma), teknik değer (bir şeyi yapabilmekte iyi olma), katkı değeri (bir bütünün parçası olarak iyi olma), sonul değer (bir bütün olarak iyi olma) gibi kavramları kullanmışlar ve değerler alanı tartışmasını genişletmişlerdir.

Günümüzdeki etik görüşlerin hazırlayıcılarından olan Moore'a göre, etiğin en temel sorunu "iyi"nin tanımlanmasıdır. Moore, "İyi"üzerindeki çözümlemelerinde "bir araç olarak iyi" ile "özce iyi değer" ve bu değerin "eylemin doğruluğundaki payı" üzerinde durmuş; "iyi"yi doğal bir nesne gibi tanımlama çabalarının doğalcı aldatmaca yanılgısına yolaçtığını, oysa "iyi"nin dolaysız kavrayışıyla bilinebileceğini öne sürmüştür. Bu görüşleri nedeniyle ilgili çevrelerde "etik sezgici" olarak bilinmektedir (Tepe, 1992, s.: 13).

Yukarıda sözü edilenlerin ışığında "değer" ya da "bir şeyin değeri", "kendisiyle aynı cinsten olan şeyler arasındaki özel yeri"olarak tanımlanabilir. Buna göre bir şeyin değerliliği ve bu değerliliğin dereceleri, kendisiyle aynı cinsten olan şeyler arasındaki yerinden dolayı insanla olan özel ilişkisi ve insan için taşıdığı özel anlamlardır. Bu bağlamda, doğal bir nesne ya da malın kendiliğinden bir değerinin olmadığı, sadece yararı ya da bir ederinin olduğu söylenebilir. Kişinin yaratıcılığının ürünü olmayan bir nesnenin değerli olması, onu değerli sayan kişi ile olan özel ilişkisine bağlıdır. Anı olarak saklanan ya da semboller olarak kullanılan nesnelerin, ilgili kişilerce "değerli" görülmesi bunun örneğidir (Kuçuradi, 1998, s.: 41-42). Sonuç olarak denilebilir ki; değerler, dış dünyadaki nesnelerin insan ve toplum için taşıdıkları olumlu ya da olumsuz anlamları gösterecek biçimde nitelendirilmeleridir. Bu anlamda, kendi doğaları ve iç yapıları nedeni ile değil; insanın toplumsal varlığı ile ilgisi olması ve belirli toplumsal ilişkilerin taşıyıcısı olması dolayısıyla nesnelere ve

fenomenlere ilişkin temel niteliklerdir. Bu türden nesne değerleri yanısıra, insanın çıkarlarının araya girmesiyle, kimi toplumsal bilinç öğeleri de, bu çıkarların iyi ve kötü, haklı ve haksız anlayışları, ülküler, ahlak ölçüleri ve ilkeleri olarak "ülküleştirilmeleri" sonucu, "değerler" adı altında, insanın kılgısal davranışının başvuru noktaları işlevini görmektedirler (Çalışlar,1991,s.:98-99). "Kişi değerleri" olarak tanımlanabilen bu değerler, kişilerarası ilişkilerde doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkan sevgi, dürüstlük, bağlılık, saygı, adalet gibi, temelde insan olmaktan kaynaklanan olanaklardır (Kuçuradi, 1998, s.: 41).

Bu noktada, etik ve ahlak arasındaki ayırımın ele alınmasında yarar vardır. Ahlaktan söz edildiğinde, gerçekte belirli bir topluluğun ahlakından söz edilmektedir. Bir başka deyişle, bir toplumda "iyi- kötü", "yapılması gerekenler- yapılmaması gerekenler" eksenleri çevresinde yer alan değer yargıları, normlar, ilkeler ve kurallar, o toplumun ahlak sistemini oluşturmaktadır. Her toplumda "iyi" ve "kötü" olarak nitelendirilenler farklı olduğundan, ahlakın göreceli olduğunu savunan görüşlerin ortaya çıkması doğaldır. Ahlak felsefesi, bu tür ahlaklar konusunda bilgi ortaya koyma ve onu temellendirme etkinliği olarak, insanlara yapılması ve yapılmaması gerekenlere ilişkin geçerli olabilecek bir takım ilkeler ve kurallar önermektedir. Böylece , kişilere belirli bir amaca ulaşmada yapmaları gerekenin ne olduğu söylenmekte, amaca göre neyin "iyi", neyin "kötü" olduğu belirlenerek, eylemlerde kullanılabilecek bir ölçüt sağlanmaya çalışılmaktadır. Etik ise, çeşitli ahlaklardan bağımsız olarak, kişilerin yapıp etmelerine ve eylemlerine ilişkin felsefi temellendirmedir. Etiğin ana konusu, eylem ve eylemle ilgili tüm öğelerdir. Kişiyi eyleme yönelten etkenler, eylemin içinde gerçekleştiği koşullar, eylemin yöneldiği nesne, eylemin sonuçları, eylemin doğruluğu/yanlışlığı ve eylemin doğruluğunun temellendirilmesi etiğin alanını oluşturur. Eylemde bulunmanın insanın yapısal bir özelliği olduğu ve kişilerin sürekli olarak eylemde bulundukları göz önüne alındığında, eylemin, etik için taşıdığı önem ortaya çıkmaktadır. Ayrıca , her eylemin yöneldiği kişilerin ve yapıldığı koşulların çeşitliliğine bakıldığında, ne denli karmaşık bir sorun olduğu açıkça görülmektedir (Tepe, 1992, s.: 5-6).

Son olarak, etik değerlendirmelerin, birbirinden farklı felsefi anlayışlara bağlı olarak çeşitli biçimlerde yapıldığı söylenebilir. Değer sorunlarına yaklaşım açısından felsefeciler arasında varolan görüş ayrılıkları, etik alanında "hak", "ödev", "yarar",

"erdem" gibi temel kavramların çevresinde dile getirilmekte ve bu kavramlarla birlikte yaygın olarak adlandırılmaktadırlar (Örs, 1989). Bu bağlamda, günümüzde etik alanında varlığını sürdüren belli başlı dört etik yaklaşım; erdem etiği (virtue ethics), yararcı etik (utilitarizm), ödev etiği (deontolojik etik-Kant etiği) ve haklar etiği (doğalcı etik) olarak sıralanabilir.

Temelinde "erdem" kavramının yer aldığı ahlak öğretisi, insan eylemlerinin son amacının mutluluk olduğunu ileri sürdüğü için "mutluluk ahlakı" ya da "eudaimonizm" olarak bilinir. "Doğru yaşam nedir?", "İnsan nasıl mutlu olur?", "İyi nedir?" sorularına yanıt aranan Antikçağ ahlak felsefesi eudaimonist özellikler gösterir. Bireyci bir karakter taşıyan erdem etiğinde, aslında "erdem" kavramının açık bir tanımı yapılmamıştır. Çoğunlukla mutlulukla özdeş tutulan erdem, kimi zaman da mutluluğa ulaşmada bir araç olarak nitelendirilmiştir. Yeniçağda ise modern toplum, modern devlet ve modern hukuk anlayışlarının ortaya çıkmasıyla birlikte, eudaimonizm bireyci özelliğini kaybederek, toplumun mutluluğunu göz önünde tutmaya başlamıştır. Bu bağlamda, "iyi"nin tanımlanmasında da bir dönüşüm söz konusu olmuş ve herkesin mutluluğunu arttırmayı amaç edinen tutum ya da eylem, "iyi" olarak nitelendirilmiştir. Adı geçen dönüşüm, yararın temel ölçüt olarak alındığı bir ahlak anlayışına geçişin de başlangıcını oluşturmuştur (Akarsu, 1982, s.: 21).

Yararı, doğru davranışın ölçüsü olarak kabul eden utilitarist etik yaklaşımın en tipik temsilcileri Bentham ve Mill'dir. Onlar, bireysel ahlak normlarının olamayacağını, çünkü değer sorunlarının toplumsal alanda bulunduğunu, bu nedenle toplum yaşamını akla uygun olarak geliştirilen etik normlara göre biçimlendirmek gerektiğini öne sürmüşlerdir. Bu yaklaşımın başlıca özelliği, insan eyleminin kendisini değil, sonuçlarını ve getirdiği yararı temel alıyor olmasıdır. "En çok sayıda insana, en çok yararın sağlanması"nı, ahlak açısından "en üstün iyi" olarak nitelendiren yararcı anlayış, "eylem yararcılığı", "kural yararcılığı" ya da "sonuçsalcılık" biçiminde de adlandırılmaktadır (Öztürk, 1997, s.: 18-20).

Kant'ın, "ödev" kavramına dayalı etik yaklaşımında, bir eylemin ahlaksal değeri o eylemle ulaşılmak istenen amaçta değil, o eylemin kararını verdiren düşüncededir ve

buna bağlı olarak eylemin "iyi" olmasının ölçüsü, başardığı sonuç değil, dayandığı ilkedir. Ödev ahlakını oluşturan temel bileşenler şöylece sıralanabilir:

1. Genel bir yasa olmasını isteyebileceğin ilkeye göre eyle.
2. İnsanlığı, kendinde ve başkalarında hiçbir zaman bir araç olarak değil, hep bir amaç olarak görecek biçimde eyle.
3. Özerklik idesine göre eyle (Akarsu, 1982, s.: 213-227).

Haklara dayalı etik yaklaşımın kökeni 13. yüzyılın Katolik düşünürü Aquinolu Thomas'a kadar gider. Doğa durumunda cansız varlıklar, bitkiler, hayvanlar, insanlar, melekler ve Tanrı biçiminde varolduğu düşünülen sıra düzeninin, toplumsal yaşamda da söz konusu olduğunu ileri süren bu anlayış, daha sonraki dönemlerde "doğalcı ahlak" görüşünün ortaya çıkmasına temel oluşturmuştur (Gökberk, 1990, s.: 170-171). Ahlakın, din ve metafiziğe dayandırılamayacağını, ahlak sorunlarını çözümlemek için insan usuna başvurmak gerektiğini savunan söz konusu yaklaşıma göre "doğal yasa", insanın doğasıyla uyumlu olan davranış kurallarını ortaya koymaktadır. "İnsanın doğası nedir?" sorusuna verilen yanıtların farklılığına karşın, bu anlayışın savunucularının üzerinde uzlaştıkları nokta, insanın ussal bir varlık olmasından kaynaklanan bazı haklara sahip olduğudur (Arat, 1996, s.: 76-77). Bu bağlamda günümüzde, toplumun öteki bireylerinin çabasını ve katılımını gerektiren beslenme, sağlık bakım hakkı gibi pozitif haklardan ve kullanılmasını öteki bireylerin önleyemeyecekleri düşünce ve seyahat özgürlüğü gibi negatif haklardan söz edilmektedir (O'Neill, 1991).

2.4.2. Tıbbi Etik

Etikle ilgili olarak yukarıda sözü edilenlerin ışığında "tıbbi etik", hekimlik uygulamaları sırasında ortaya çıkan değer sorunlarının ele alındığı, bu alandaki normların kaynaklarının araştırıldığı ve temellendirildiği etkinlik olarak tanımlanabilir (Arda, 1996).

İlk olarak Jeremy Bentham tarafından ortaya atılan "deontoloji" terimi, "ödevler bilgisi" ya da "yükümlülükler bilgisi" anlamında kullanılmakta ve bu bağlamda "tıbbi deontoloji", hekimin mesleki etkinliği ile ilgili uymak zorunda olduğu yasal ve

ahlaksal yükümlülükleri, özellikle onun hastalarına ve meslektaşlarına karşı ödevlerini içeren bilgileri dile getirmektedir. Etik alanından sürekli olarak beslenen; yürürlükte bulunan yasal düzenlemeleri (mevzuat), kılgısal ahlak (moral) ve görgü kurallarının (etiket) tümünü kapsayan deontoloji, uyulması gereken kuralları tartışmaya açık olmaksızın "normatif bilgi" olarak aktarmaktadır (Göksel, 1986, s.: 1).

Oysa günümüzde bilimsel-deneysel tıp paradigmasına ve toplumsal dönüşümlere bağlı olarak tıp alanında baş döndürücü gelişmeler yaşanmakta ve bu gelişmelere koşut olarak değer sorunları ortaya çıkmaktadır. Organ aktarımları, genetik kopyalama, yapay döllenme, ötanazi, hasta ve denek hakları gibi konular, yerleşik normların dışında kalan ya da geleneksel deontolojik yaklaşımlarla çözüme kavuşturulamayan pek çok sorunu gündeme getirmektedir. Sözü edilen sorunların sorgulanması süreci ve çözümlenmelerine yönelik ilkelerin belirlenmesi etkinliği, tıbbi etiğin konusu olmaktadır.

"Tıbbi etik" terimini, 19. yüzyılın başında ilk ortaya atan Britanyalı hekim Thomas Percival'dir ve anlamı alışılagelmiş biçimde "deontoloji" ile dile getirilmek istenenden farklı değildir; bir başka deyişle, uğraş içindeki üyelerin birbirleriyle olan ilişkilerinin kurallarını belirtir. Ancak, zaman içinde terimin bir anlam değişikliğine uğradığı, değerler felsefesi olan etikle yakından bağlantılı duruma geldiği görülmekte ve bu bağlamda "tıbbi etik, etik alanının tıp etkinliği içindeki farklılaşmış uzantısıdır" saptaması yapılmaktadır. Burada yer alan "farklılaşmış uzantı" terimiyle anlatılmak istenen, klinik denemelerde denekle araştırmacı, organ aktarımlarında alıcı, verici ve hekimler, koruyucu hekimlik tarama çalışmalarında potansiyel hastalar ve araştırmacılar arasındaki ilişkilerin, etikte genel olarak tartışılan bireyler arası ilişkilerden farklı boyutlar taşıyor olmasıdır (Örs, 1993).

Günümüzde tıp mesleğine ilişkin değer izleklerinin, giderek artan bir hızla "yükümlülük" alanından "değer tartışması" alanına kaydığına tanık olunmaktadır. Hekimin içinde yaşadığı toplum tarafından belirlenen ve birer "buyruk önermesi" niteliğinde olan yasal ve moral yükümlülükler, değer alanına ilişkin "ne yapmalı?" ya da "ne yapmamalı?" sorularının yaptırımlara bağlanmış kesin yanıtlarıdır. Hekime, önceden belirlenmiş bu yükümlülüklere uyup uymayacağı ya da uymak

isteyip istemediği sorulmaksızın, onlara uyması beklenir. Ancak , ucu yanıtlarla kapatılmış ve buyruk önermelerine dönüşmüş bu soru ve sorunlar, yaşayan bir toplumda zamanla, yeni yanıtlara gereksinim yaratacak ölçüde eskirler. Toplumsal evrimin hızıyla orantılı olarak, henüz yanıtı verilmemiş açık uçlu sorular ve henüz çözümü belirlenmemiş sorunlar, etik etkinliği içinde yapılan değer tartışmaları ile sürdürülmektedir. Etik alanında, bunlarla birlikte, deontoloji kapsamında bulunan dogmatik ve paradigmatik bilgiler ve kurallar irdelenmekte, eleştirel bir yaklaşımla yeniden ele alınmaktadır (Göksel, 1993).

Etiğe ilişkin çözüm önerilerinin açık uçlu oluşları yanısıra, değerlerle ilgili olarak tıp etkinliğine özgü bazı temel noktalar söz konusudur. Klinik uygulamalarda birey olarak hastanın doğrudan "amaç" olmasına karşılık, insan deneklerin yer aldığı araştırmalarda denekler, kural olarak öteki insanların sağlığı için "araç" konumundadırlar. Benzer biçimde, bağışıklama gibi kimi koruyucu hekimlik uygulamalarında kişi, kendisi açısından bir "amaç", toplum sağlığı açısından ise başka bireylerin sağlığı için bir "araç" olmaktadır (Örs, 1993).

Tıp etkinliği sırasında ortaya çıkan ve yukarıda sözü edilen değer sorunlarının ele alınmasında, bazı temel ilkelerin yol göstericiliğine gereksinim vardır. Hekim andı metinlerinde yer alan insan yaşamına saygı, kötülükten sakınma, ayırım yapmama, sır saklama, meslektaşlara saygı gibi ilkeler, İmhotep ve Hipokrat'tan günümüze kadar hekimlik uğraşının sürdürülmesinde genel kabul gören ilkeler olmuştur. And metinleri yanısıra, toplumsal dönüşümlere eşlik eden aydınlanma düşüncesi, İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi, Nuremberg Kodu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri, Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşme Taslağı gibi düzenlemeler, tıp etiği ilkeleri için dayanak oluşturmaktadır (Arda, 1996).

Beauchamp ve Childress tarafından önerilen biyoetik ilkeleri ise, etkinliğin yürütülmesinde temel bir tartışma düzlemi oluşturmakta ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Aralarında bir hiyerarşinin olmadığı varsayılan ve belirli durumlarda birinin ağırlıklı olarak ön plana çıktığı görülen bu ilkeler zarar vermeme, yarar sağlama, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleri olarak sıralanabilir.

Hipokrat'ın aforizmalarında "primum non nocere" ("önce zarar verme") biçiminde dile getirilmiş olan zarar vermeme ilkesi, başlangıcından günümüze kadar tıbbın en

temel ilkelerinden biri olmuştur. Etik değerlendirmelerde "zarar"ın, yalnızca "hastaya verilen zarar" olarak anlaşılmaması; ilgili hekimin, üçüncü kişilerin ve toplumun zararlarının da göz önünde bulundurulması ve bu bağlamda, hastanın ötekilere göre mutlak bir önceliğinin olmadığının kabul edilmesi gereklidir. Öte yandan zararın "ne?" olduğu ve "kime göre?" saptanacağı soruları da oldukça önemlidir. Bu noktada geri dönülemez zararın engellenmesi için, daha az ciddi bir zararın kabul edilip edilemeyeceği ve/veya kimin tarafından kabul edilebileceği konusu gündeme gelmektedir (Oğuz, 1997, s.: 31).

Uygulamalı bir bilim etkinliği olarak tıbbın, sonuçlarına bakılarak özünde yararcı bir disiplin olduğu söylenegelir. Bir başka deyişle, yarar sağlama söz konusu edildiğinde, hastanın mutlak bir önceliği vardır. Oysa, bu önceliğin "mutlaka hastaya yarar sağlamak gerekir" biçiminde değil, "bir yarar söz konusu ise, bu hastanın yararı olmalıdır" biçiminde anlaşılması gerekir. Yarar sağlama ilkesinin yaşama geçirilebilmesi için başvurulan yöntemlerden biri, risk/yarar değerlendirmesidir. Bu değerlendirmeye göre, beklenen yararın seçilen uygulamanın içerdiği risklere değmesi gerekir. Risklerin büyüklüğü, beklenen yarardan fazla ise, hastanın özerk seçimi göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. İkinci yöntem, neyin öncelikli yarar olduğu konusunda değersel bir seçim yapmaktır ve bu değerlendirme zaman boyutunu da içermektedir. Kısa sürede elde edilebilirlik, süreklilik, yaşamla olan ilişki, kaliteli yaşam olanağı sağlayabilirlik ve olanaklılık gibi ölçütler temelinde yapılan değerlendirme sonucunda saptanan yarar, aynı zamanda eylemin amacını da belirlemektedir (Oğuz, 1997, s.: 31-32).

"Özerklik", bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendisi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliği olarak tanımlanmaktadır.Sözü edilen yeterlik ve yetkinlik, insanlarda bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından birisidir. İnsan olmanın temel niteliklerinden biri olan özerklik, aynı zamanda insan haklarının da başlıca dayanağını oluşturmaktadır. Çünkü, "özerkliğe saygı ilkesi", bireyin özerkliğini ortaya koyan eylemlerine, öteki bireylerin saygı göstermesini ve bireyin bu saygıyı bekleme hakkını dile getirmektedir. Hastalık olgusu, bireyin özerkliğini zedeleyen etkenlerin başında geldiği için, biyoetik alanında özerkliğe saygı ilkesinin gelişimi, "hasta hakları" kavramının gelişimine koşut olmuştur. Ancak, özerklikle ilgili etik

değerlendirmelerin yalnızca hastanın özerkliğine odaklanmaması, bunun yanısıra hekimin ve üçüncü kişilerin özerkliğinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Romalı hukukçu Ulpian tarafından, "herkese payına düşeni vermek konusunda sürekli ve sonsuz çaba harcanması" olarak tanımlanan "adalet" kavramı, Rawls'a göre iki temel ilkeye dayanmaktadır. Birinci ilke, her kişinin ötekilerle eşit hakka sahip olmasını, ikinci ilke ise sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin herkesin yararına olacak biçimde ortadan kaldırılmasını öngörmektedir. Her iki yaklaşımda da görüldüğü üzere, adalet ile "eşitlik" ve "hak" kavramları arsında yakın bir ilişki bulunmaktadır (Güriz, 1994, s.: 6,8). Hastalık olgusu, öncelikle eşitliği bozan bir durumdur ve hastanın bazı hakları istemesi sonucunu doğurmaktadır. Ancak, hasta için adil olan bir durum, konuyla ilgili öteki kişiler açısından bir adaletsizliğe yol açabilir. Adalet ilkesinin tıp etiği alanında yaşama geçirilmesinde, taraflar açısından bir denge durumunun sağlanması, bu nedenle oldukça önemli bir sorundur ve hukuksal yaklaşımdan farklı bir bakış açısını gerektirmektedir (Oğuz, 1997, s.: 29).

2.4.3. Araştırma Etiği

"Eğer bilim adamları kendilerini yalnızca bilgi için bilgi toplamayla sınırlarsa, bilim sakat kalacak ve yeni buluşlar yeni dertler getirecektir. Zamanla, keşfedilebilecek her şeyi keşfedebilirsin, ama ilerlemen insanlıktan uzak bir ilerleme olacaktır. Seninle insanlık arasındaki uçurum bir gün o kadar büyüyebilir ki, senin yeni bir buluş üzerine duyduğun coşkunun karşılığı, evrensel bir dehşet haykırışı olabilir."

Brecht'in yukarıdaki sözleri, etik değerler ve bilim etkinliği arasında doğrudan bir ilişkinin varolması gerektiğini göstermektedir. "Etik değerler bilim üretenler için ne ölçüde bağlayıcıdır?", "Bilimsel etkinlik kimin için yapılmalıdır?", "Bilimsel bilgiyi üretenler öncelikle kime karşı sorumludur; kendisine mi, bilim dünyasına mı, yoksa içinde bulunduğu topluma mı?" gibi sorular, konuyla ilgili olarak akla gelebilecek pek çok sorudan bir kaçıdır. Bunlara verilecek yanıtlar ise, araştırma etiğinin kapsamında yer almaktadır ve bu bağlamda araştırma etiğini, "bilimsel araştırma sürecinde beliren değer sorunlarının çözümünde, bilim toplumunun vicdanının temsilcisi olan ilkeler bütünü" olarak tanımlamak olanaklıdır (Arda, 1998).

2.4.3.1. Etik Açısından Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi araştırmalar söz konusu edildiğinde, günümüzde bu alanda karşılaşılan etik sorunların, yalnızca tıp uğraşını sürdüren hekimleri ya da sağlık çalışanlarını değil; biyoetikçiler, tıp sosyologları, yasa koyucular içinde olmak üzere toplumun geniş bir kesimini ilgilendirmeye başladığı görülmektedir. Bunun çeşitli nedenleri vardır:

1. 20. yüzyıl tıbbi araştırmalarda önemli atılımlara ve bunların hızla yayılmasına tanık olmuştur. Toplumların tümünün, bu gelişmelere ayak uyduracak düzeyde moral ve yasal olarak hazır olmamaları, çeşitli etik sorunlara yol açmaktadır. Organ aktarımı, tüp bebek, cinsiyet seçimi, genetik kopyalama gibi konularda yaşanan tartışmalar bunun tipik örnekleridir.
2. Tıbbi bilgilerdeki gelişme ve birikimler, çoğu kez insanın denek olarak yer aldığı deneyleri de gerektirmektedir. İnsan denekleri kapsayan araştırmalarda bireyin hakları ve toplumun yararı bağlamında önceliklerin değerlendirilmesi, amaç-araç ilişkisi gibi konular, etik alanında önemli tartışmalara yol açmaktadır.
3. Tıbbi araştırmalarda "uluslararasılık" kavramının gelişimiyle birlikte, konuyla ilgili temel değerlere yönelik olarak üzerinde uzlaşılmış standartlara gereksinim doğmuştur. Bilimin evrenselliğinden söz edildiği zaman, doğal olarak bilim etiğinin de evrensel ve vazgeçilmez ilkelere dayandırılması gerektiği açıktır.
4. Toplumu oluşturan bireyler ya da kurumlar, tıbbi araştırmalara giderek artan ölçüde yatırım yapmakta ve bu gelişim onların söz ve karar düzeneklerinde daha fazla yer almalarına yol açmaktadır (Akşit, 1992, s.:140-141).

Etik açısından tıp araştırmalarını dört gruba ayırmak olanaklıdır:

1. İnsan deneylerini gerektiren araştırmalar: Etik kaygıların en fazla olduğu bu gruptaki araştırmalar, iki alt başlık altında incelenmektedir.

a. Tanı koyucu ve tedavi edici özelliği olan araştırmalar, katılımları sonucu yarar görecekleri düşünülen hastalar üzerinde yapılır.

b. Tümüyle bilimsel bilgi üretimine yönelik olan araştırmalar, tıp bilgisinin gelişmesine katkıda bulunmak isteyen, katılımları sonucu tanı ve tedavi adına hiçbir

yarar beklemeyen gönüllüler üzerinde yapılır. Etik açısından en çok korunması gerekenlerin, bu gruptaki denekler olduğu söylenebilir .

2. İnsanı denek olarak alan, ancak insan üzerinde deney yapmayı gerektirmeyen antropolojik, sosyolojik ve epidemiyolojik saha araştırmalarında ise, insanların özel yaşamlarına girmek söz konusu olduğundan etik kaygılar gündeme gelmektedir.

3. Hayvan deneylerinin yapıldığı araştırmalar üçüncü grubu oluşturmaktadır. Son zamanlarda, bu tür çalışmalarda da, etik ilkeler göz önünde bulundurulmaya başlanmıştır.

4. Canlı denek gerektirmeyen tıbbi ya da tıp-dışı araştırmalar, genel olarak araştırma için gerekli olan etik ilkelerle sınırlı olmalıdır (Akşit, 1997, s.: 177).

İnsanlık tarihinin her döneminde, ölüye saygı gerektiği öne sürülerek otopsi yapmayı yasaklayanlar olduğu gibi, canlı üzerinde deneysel çalışma yapılmasına da karşı çıkanlar olmuştur. Kuşkusuz burada tartışılan asıl konu, canlı hayvan ve insan üzerinde deney yapma hakkının olup olmadığıdır. Deneysel tıbbın başlangıç dönemlerinde Bernard, soruna ilişkin görüşlerini şu sözlerle dile getirmiştir: "Haklılığın sınırı insan yaşamına zarar vermemek olmalıdır. İnsan için yaşam kurtarıcı olan ya da sağlık için yarar sağlayan deneyler yapma haklı sayılmalıdır. Ancak, ölüme mahkum insanlar üzerinde deney yapmanın ahlaksal olmadığı açıktır" (Bernard, 1934).

2.4.3.2. Araştırma Etiğinde Genel İlkeler

Bilim üretiminin gerçekleştiği her bir toplum için farklı kültürel öğelerin varlığından söz etmek olanaklıdır. Ancak, bilimsel araştırmaların "kültürlerüstü" bir anlam taşıdığı ve bu nedenle uluslararası düzeyde kabul edilebilmesi için metodolojik ve semantik uyum kadar, bilim üretiminde bulunanlar için bağlayıcı olabilecek, "evrensel" etik ilkelere gereksinim olduğu açıktır. Özellikle klinik uygulamalarda, tarihsel olarak uyulan geleneksel etik kurallar bütünü Hipokrat Andı'dır Ancak, and metninde söz konusu edilen kuralların, günümüzün tıp uygulamalarında ne ölçüde etkili ve yeterli olduğu tartışmalıdır (Güç, 1998; Arda, 1994). Bu bağlamda, "zarar vermemek", " yaşama saygı", "gizlilik", "özerkliğe saygı" ve "dürüstlük" biçiminde

sıralanabilen evrensel etik ilkelerin yer aldığı Helsinki Bildirgesi, yaygın olarak kullanılmakta olan uluslararası belgedir. İlk kez 1964'de Helsinki'de kabul edilen, 1975'de Tokyo'da ve daha sonra 1983'de Venedik'de geliştirilen Dünya Hekimler Birliği Helsinki Bildirgesi, insan denekler üzerinde yapılan biyomedikal araştırmalar için hekimlere yol gösterici nitelikte önerileri içermektedir. Bildirgenin giriş bölümünde, insanlar üzerinde yürütülen araştırmaların amacı "tanı koyucu, tedavi edici ve koruyucu işlemleri geliştirmek ya da bir hastalığın etyolojisini ve patogenezini açıklamak" biçiminde belirtilmekte ve büyük ölçüde "araştırmacı-denek" ilişkisinin ilkeleri üzerinde odaklanılmaktadır (Arda, 1994).

Ülkemizde insanların yer aldığı araştırmalarla ilgili düzenlemeler oldukça yenidir. Yukarıda sözü edilen Helsinki Bildirgesi başta olmak üzere, 1960 yılında kabul edilen ve günümüzde de yürürlükte olan Hekimlik Görevleri Tüzüğü (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü), 1982 Anayasası, 1987 tarihinde yürürlüğe girmiş olan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 1995 tarihinde uygulamaya konulan İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu ile 1998'de Türk Tabipleri Birliği 47. Genel Kurulu'nda kabul edilen Hekimlik Meslek Etiği Kuralları adlı düzenlemeler klinik araştırmalar ve ilaç araştırmalarının yasal dayanaklarını oluşturmaktadır (Güç, 1998).

Her türlü araştırma, her aşamasında, geçerlik, güvenirlik, planlanan modelin etkinliği, araştırmacıların yeterliği konularının ve çalışmanın her adımında karşılaşılabilecek çeşitli etik sorunların, özenle tartışılıp ortaya konulduğu ve sağlıklı çözüm yollarının geliştirildiği çalışma olmalıdır. Bu bağlamda araştırma sorusunun kime, hangi gruba ya da hangi konuya öncelik vereceği, önceliklerin neler olacağı, uygulama sırasında hangi etik sorunların yaşanabileceği ve hangi çözüm önerilerinin etkili olabileceği, verilerin doğru ve yansız olarak nasıl yorumlanabileceği, ulaşılan sonucun bilim ortamına hangi yollarla aktarılabileceği ilk akla gelen sorulardır (Akşit, 1992, s.: 140).

Söz konusu yasal düzenlemeler ve kabul edilen evrensel etik ilkeler ışığında, insan üzerinde yapılan deneylerle ilgili olarak, araştırma sürecinin her evresinde uyulması gereken ve yukarıda belirtilen soruların yanıtlanmasına katkıda bulunması öngörülen genel ilkeler şöylece sıralanabilir:

- Araştırma için önerilen tedavinin ya da "prosedürün", uygulanmakta olan seçeneklerine üstünlüğü konusunda elde geçerli kanıtlar olmalıdır.
- Önerilen "prosedüre" ilişkin olarak, güvenirlik ve etkinlik açısından daha önce yapılmış in vitro çalışmaların, hayvan deneylerinin ve az sayıda gönüllü üzerinde yapılan klinik çalışmaların verileri gereklidir. Ayrıca her aşamaya, bir önceki aşama başarılı şekilde tamamlandıktan sonra geçilmelidir.
- Araştırma sonuçlarından ekonomik yetersizlik, sosyal, kültürel, dini vb. gerekçelerle yararlanamayacak olan bir toplum ya da toplumsal grup üzerinde, klinik deneylerin yapılmasının kabul edilebilirliği yoktur.
- Araştırma, konu ile ilgili bilimsel ve etik donanımı olan, iyi yetişmiş, gerekli teknik olanaklara sahip araştırmacılar tarafından yapılmalıdır.
- Araştırmanın ilgili toplumun kültürel, ahlaki, dini ve sosyal değerleri ile çatışmamasına özen gösterilmelidir.
- Her araştırma, bilimsel açıdan bir anlam taşıyor olmalıdır. İnsanların gereksiz yere uygulamada denek olarak kullanılacağı ve/veya araştırma sorusuna yanıt alınamayacağı açık olan araştırmalar etik açısından kabul edilemez.
- Potansiyel riskler gerçekçi olarak değerlendirilmeli ve potansiyel yararla dengelenmeli, riskler en aza indirilmeli, süreç özenle izlenmeli ve beklenmedik durumlar için hazırlıklı olunmalıdır.
- Denekler, anlayabilecekleri bir dil kullanılarak araştırmanın amacı, yöntemi, yarar ve riskleri, olası yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli ve bu çalışmaya katılımları için yazılı onamları alınmalıdır. Çocuklar ve mental yetersizliği olanlarla yapılacak olan çalışmalarda ise, onların bakımını üstlenen kişilerin onamı alınmalıdır ve araştırma onlara özgü hastalık koşulları ile sınırlı kalmalıdır.
- İstatistiksel analizler yapabilmek ve geçerli sonuçlara ulaşabilmek için örneklem büyüklüğünün, gerekenden fazla olmamasına özen gösterilmelidir. Özellikle ülkemiz koşullarında olduğu gibi, kaynakların sınırlı olduğu, ekonomik kaygıların söz konusu olduğu durumlarda, bu nokta son derece önemlidir.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

- Önerilen araştırma ya da tedavinin riskli olduğu ya da var olan seçeneklerden üstün olmadığı görülürse, öncelikle deneklerin zarar görmemesi için araştırmaya en kısa zamanda son verilmelidir (Akşit, 1997, s.: 178- 179).
- Hipokrat'tan günümüze kadar tıp uygulamasında geçerli kılınan "primum non nocere"("öncelikle zarar vermeme") ilkesi, araştırma etiği açısından da oldukça önemli ilkelerin başında gelmektedir.
- Helsinki Bildirgesi'nin de özünü oluşturan, tüm yaşam formlarını içerecek biçimde "yaşama saygı ilkesi", araştırmacıların uyması gereken öncelikli ilkelerden biridir. Bu bağlamda insan deneklerin yer aldığı araştırmaların yanı sıra, hayvan deneklerin kullanıldığı araştırmalarda da, araştırmacıya büyük sorumluluk düşmektedir.
- Bilim etkinliğinin doğası gereği "dürüstlük ilkesi", bilim insanı açısından uyulması gereken "olmazsa olmaz" bir ilke durumundadır. Araştırmanın planlanması, verilerin toplanması ve yorumlanması başta olmak üzere araştırmanın bütün aşamalarında bu ilkenin korunması gerekmektedir.
- Hekim-hasta ilişkisinin temelinde yer alan "gizlilik ilkesi", araştırmaya katılanların kişisel bilgilerinin saklanmasını, özel yaşamın gizliliğinin korunmasını ve gözetilmesini gerektirir (Arda, 1994).

Tıp bilgisindeki gelişmelerin bir kısmı kendileri için o anda yarar sağlamayan çalışmalara gönüllü olarak katılan denekler üzerinde yapılan deneylerden elde edilen bilgilere dayanır. Bu tür çalışmalarda özen gösterilmesi gereken bazı noktalar şöylece özetlenebilir:

- Gönüllülerin yer aldığı çalışmalar, gereksinim duyulan verilerin, bilimsel bilgide ve tıp uygulamalarında bir gelişmeye neden olacağı ve başka yöntemlerle elde edilmeyeceği durumlarda yapılmalıdır.
- Araştırmaya katılım gönüllü olmalıdır. Deneklerle araştırmacı arasında otorite ya da hiyerarşi ilişkisinin olduğu durumlarda (öğrenci, sağlık çalışanı ya da tutuklu gibi) açık ya da gizli bir baskı ve/veya zorlama olmamasına özen gösterilmelidir (Akşit, 1997, s.: 180).

- Bir araştırmaya katılımın parasal açıdan özendirici olmasının, gönüllüğü çekici kılacağı gözden ırak tutulmamalıdır. Tıp araştırmalarının para karşılığında sağlıklı gönüllüler üzerinde yapılması, "profesyonel gönüllülük" olarak adlandırılmakta ve insan sağlığının metalaştırılması girişimleri sonucu ortaya çıkan bu olgu, bazı ülkelerde yasal düzenlemelere konu olmaktadır (Arda, 1998).
- Deneklerin, bilimsel gerekçesi olmamasına karşın toplumun belirli bir kesiminden seçilmesi kabul edilemez bir durumdur. Dağıtıcı adalet ilkesi, gönüllülerin potansiyel olarak bu çalışmanın sonuçlarından yararlanma olasılığı olan gruplar arasından ve eşit olarak seçilmesini gerektirmektedir (Akşit, 1997, s.: 180).

2.4.3.3. Canlı Hayvan Deneylerinde Etik İlkeler

Biyomedikal bilginin ilerlemesi ve yeni tedavi biçimlerinin gelişmesi, canlı hayvanlar üzerinde deney yapmayı gerektirmektedir. İnsan tüm yaşamı boyunca kendi çıkarları için (beslenme, yük taşıma vs.) hayvanları kullanma hakkı tanınmasına karşın, bilim alanında hayvanların kullanılmasının haksız olduğunu öne sürmek, deneysel tıbbın öncüsü Bernard'ın deyimiyle "pek tuhaf" bir düşüncedir (Bernard, 1934). Ancak, hayvanların bu tür araştırmalarda kullanılması araştırmacıya, hem hayvanın sağlığı ve hakları, hem de araştırma sonuçlarından insanın yararlanması açısından iki yönlü etik sorumluluk yüklemektedir. Konuyla ilgili olarak CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) tarafından ortaya konulan ilkeler bütünü, araştırmacılara yol gösterici niteliktedir. "Hayvan Deneylerine İlişkin Etik Yasa" bölümünde yer alan söz konusu ilkelerin başlıcaları şunlardır:

- Hayvan üzerindeki deneyler, yalnızca hayvan ya da insan sağlığında ve biyolojik bilgilerin artması söz konusu olduğunda uygulanmalıdır.
- Hayvan deneylerinden önce konuyla ilgili matematik ve bilgisayar modelleri ile invitro biyolojik sistem araştırmalarının doğruluğu kanıtlanmış olmalıdır.
- Deney için seçilen hayvanlar uygun tür ve nitelikte olmalı, en az sayıda hayvanın kullanılması amaçlanmalıdır.

- Hayvanda ağrı ya da şiddetli acı yaratabilecek işlemler, uygun veteriner hekimlik yöntemlerine bağlı kalarak sedasyon, analjezi ya da anaestezi altında yapılmalıdır.
- Deney hayvanları barınma, beslenme, çevre koşulları ve veteriner bakımı açısından elverişli ortamlarda bulunmalıdır.
- Hayvanlar, süregen ağrı ya da acının giderilemediği, ilaçla tedavinin olanaksız olduğu, sakatlığın ortaya çıktığı durumlarda ya da deney bitiminde ağrı duymayacak biçimde öldürülmelidir.

2.4.3.4. Tıbbi Araştırmalarda Sorumluluk

Tıbbi araştırmalarda deney hayvanlarının kullanılması konusunda Bentham'ın şu sözlerinin sürekli olarak akılda tutulmasında yarar vardır: "Sorun, onların düşünüp düşünmedikleri ya da konuşup konuşmadıkları değil; acı çekip çekmedikleridir."

(Kutlay, 1996)

Tıp araştırmalarında yukarıda sözü edilen farklı düzeylerdeki sorumlulukların kim ya da kimler tarafından taşınması gerektiği bir başka önemli konudur. Bu bağlamda, bir araştırmada etik ilkelere uymak açısından en temel sorumluluk araştırmacıya düşmektedir. Araştırmacının, bilimsel yeterliliği ve etik duyarlılığı bu noktada önem kazanmaktadır. Araştırmaların çoğunluğunun bir araştırma kurumunda yürütülmekte olduğu göz önüne alınırsa, araştırmanın etik niteliklerinden araştırma kurumunun sorumlu olması gerektiği açıktır. Bu açıdan araştırma kurumlarında etik kurulların bulunması ve araştırmanın bu kurulun onayından geçmesi zorunlu olduğu kadar, işlevsel ve yararlı bir uygulamadır. Araştırmacının gözünden kaçan etik sorunlar ile araştırmanın yürütülme koşullarına ilişkin sorunların tartışılması ve çözüme kavuşturulması etik kurulların görevleri arasındadır. Etik kurulların oluşturulmasında özen gösterilmesi gereken bazı noktalar vardır. Öncelikle bu kurulun araştırmacılardan ve projeyle ilişkisi olan öteki kişilerden bağımsız olması gerekir. Araştırmayla herhangi bir ilişkisi olmayan, ancak hastayı iyi tanıyan sağlık çalışanı ve toplumun kültürel ve moral değerlerini bilen kişilerin kurulda yer alması, gerek hasta ve denek haklarının korunması, gerekse araştırmanın etik standartlara

uygunluğu açısından yararlı olacaktır. Ulusal ilaç düzenleme kurulları da araştırmalarla ilgili olarak bazı sorumluluklar taşımaktadırlar. Özellikle çok merkezli araştırmalarda, araştırmaya katılan toplumun çıkarlarının korunması ve kollanması açısından bu kurullar önemli bir işleve sahiptir. Araştırmanın yürütülmesi için parasal destek veren kurumlar, araştırma önerisinde çalışmanın etik açıdan uygunluğuna ilişkin temel dayanaklar yer almamışsa, araştırma önerisini desteklememelidir. Son olarak, bilimsel araştırmaların yayınlandığı dergilerin editörleri ve yayın kurulları, yayınlanmak üzere kendilerine gönderilen araştırma raporlarının etik açıdan gerekli standartları karşıladığı konusunda özenli davranmalıdırlar (Akşit, 1992, s.: 146).

Sonuç olarak, tedavi amacını taşıyan ya da taşımayan her tıp araştırmasında geçerli ilkelerin, genel klinik uygulamaların etik temelini oluşturan ilkelerle özdeş olduğu; bu araştırmalarda dürüstlük, gizlilik, zarar vermeme ve özerklik ilkelerinin klinik uygulamalara oranla daha merkezde yer aldığı görülmektedir. Ancak, aynı zamanda tıp araştırmalarının, hasta yararının önde geldiği Hipokratik sözleşmenin dışında bir durum olduğu ve özel etik ilkelerle formüle edilebileceğine ilişkin bilgiler kimi kaynaklarda ele alınmaktadır. "Araştırmaya özgü etik ilkeler" olarak tanımlanabilecek bu dört ilke aşağıda sıralanmıştır.

1. Bilgi: Yapılan araştırmadan elde edilecek sonuçların, hastanın tedavisi açısından doğrudan ya da dolaylı bir bilgi artışını sağlaması beklenmelidir.
2. Gereklilik: Bu bilgi artışının sağlanabilmesi ancak hastaların denek olarak kullanılmasını gerektirmeli ve insan deneğin dışında başka uygulama olanağı olmamalıdır.
3. Yarar: Bilgide beklenen artışın deneğe ve öteki hastalara olası yararları, araştırmanın içerdiği zarar olasılığını göze almaya değecek önemde olmalıdır.
4. Onam: Hastalardan, araştırmaya katılımlarına ilişkin, herhangi bir baskı olmaksızın ve uygun bilgiye dayanılarak onam alınmalıdır (Kadıoğlu, 1996, s.: 44).

2.4.4. Bilimsel Araştırmalarda Ortaya Çıkan Etik Sorunlar

Bilim insanlarının, araştırma etiği bağlamında uluslararası bildirge metinlerinin temelini oluşturan "zarar vermeme", "dürüstlük", "yaşama saygı", "gizlilik" ve "özerkliğe saygı" ilkelerine uygun olmayan davranışları, değer sorunlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Tıpta değer sorunlarının varlığı, yalnızca bilimsel araştırmalarda değil, etkinliğin uğraşsal boyutunda da söz konusudur ve tıbbın tarihi kadar eskidir. "Kutsal Hastalık (Epilepsi) Üzerine" başlıklı kitapta Hipokrat, günümüzde "etik dışı" olarak nitelendirilen kimi tutumları şu sözlerle dile getirmektedir: "Bana kalırsa, bu hastalığı ilk defa "kutsal" diye niteleyenler şimdilerde sihirbaz (magoi), arınmacı (kathartoi), düzenbaz (hagurtai) ve şarlatan (halazones) dediğimiz türden kişilerdi. Bunlar tam da çok dindar ve çok bilgiç olduklarını iddia eden kişiler. İşe tanrıları karıştırarak uygun bir tedavi uygulamadaki başarısızlıklarını örtbas edebildikleri gibi, hastalık konusundaki bilgisizliklerini saklamak için de hastalığın "tanrısal" olduğunu söylüyorlar. Sözlerini dikkatle seçerek, hastalara banyo yapmaktan ve birçok yiyecekleri yemekten geri durmalarını, ayrıca (manen) arınmalarını ve tanrılara yakarmalarını salık vererek, tedavilerinden ötürü ilerde kendilerine bir laf gelmesini önlemeye çalışıyorlar." (Batuhan, 1993, s.: 273). Hipokrat'ın yüzyıllar önce betimlediği anlayışın, son zamanlarda akıl almaz biçimde yaygınlaşan ve etkinliklerinin "alternatif tıp" olduğunu öne süren bilim dışı çabalarla büyük ölçüde örtüştüğü açıktır. Ancak, bu tezin bağlamı araştırma etiğine ilişkin sorunlar olduğu için, klinik uygulamada görülen değer sorunları konunun kapsamına alınmamıştır.

Araştırmanın planlanma, uygulanma, değerlendirme ve yayımlanma gibi farklı aşamalarında karşılaşılan etik sorunların neler olduğunu ve nereden kaynaklandığını tartışmadan önce, özellikle "dürüstlük" ilkesinin çiğnenmesine bağlı olan "sözde bilim" ve "sahte bilim" konularına değinmekte ve aralarındaki farkları vurgulamakta yarar vardır.

"Sözde bilim" ya da yaygın olarak bilinen bir tanımlamayla "şarlatanlık", bilimsel çalışma ve değerlendirme yöntemlerine aykırı davranış sonucu ortaya çıkan ve özünde saf ve bilgisiz insanların yanıltılmasının söz konusu olduğu durumdur. Şarlatanların; bilimsel kişilikleri, psikolojik yapıları, ahlaki tutumları ve öne

sürdükleri savların bilimsel değeri göz önünde bulundurulduğu zaman, bazı ortak özellikler taşıdıkları dile getirilmektedir (Batuhan, 1993, s.: 24, 42). Bunlar arasında, kendilerini birer "deha" olarak görmeleri, bilgi düzeylerinin düşük olması, genellikle tek başlarına çalışmaları, neredeyse "saplantı" denilebilecek düzeyde tek bir konuda çalışma yürütmeleri, megalomani belirtileri göstermeleri, bilim üretiminde bulunanların doğmacı, bilgisiz, çıkarcı ve kendilerinin yeni ve çığır açıcı düşüncelerine karşı önyargılı olduklarını savunmaları, özellikle "keşif"leriyle ilgili olarak tam bir gizlilik sergilemeleri sayılabilir (Arda, 1998).

"Sözde bilim"in en bilinen temsilcilerinden biri sayılan ve "Amerikan tıp tarihinde en bilgili ve en başarılı kanser şarlatanı" olarak ün yapmış olan Dr. Koch'dan söz edilebilir. Dr. Koch'un, "glyxolide" adını verdiği "her derde deva" ilacını 1919'da keşfettiği ve elde ediliş yöntemini gizlediği bu "mucizevi" ilacın genellikle tek bir enjeksiyonunun, kanser, tüberküloz, cüzzam gibi her tür hastalığı %80 iyileştirdiğini öne sürerek, on yıllarca hastalardan enjeksiyon başına 300 dolar aldığı dile getirilmektedir. Ancak, 1943 yılında, devletin kimyagerleri tarafından bu sözde ilacın "damıtık sudan farksız" olduğunun saptanması üzerine hakkında kovuşturma açılarak ilacın reklamının yapılması yasaklanmıştır. Bu örnek, ülkemizde 1988'de yaşanan "Zakkum Olayı"nı ve Dr. Özel'in, kendisinin "kanser tedavisinin mucidi" olduğu biçimindeki gerçek dışı savlarını çağrıştırmaktadır (Batuhan, 1993, s.: 292).

"Sözde bilim" etkinliğinin en tehlikeli biçiminin "ırkçılık" olduğu ve bunun "virülan" bir hastalık durumuna gelmesinde, "arı ırk" yaratma anlayışına bilimsel kılıflar giydirmeye çalışan şarlatanların büyük katkılarda bulunduğu açıktır. Gardner'e göre "tarihte daha önce bu boyutlardaki hiçbir kötülük, sözde bilimle bu derece içten bir ilişki içinde olmamıştır". Naziler'in, bir insan ırkına karşı soykırıma kalkışmalarının temelinde yatan "ırkçılık", insandaki kalıtımsal bedensel niteliklerle, bazı kişilik özellikleri, bilişsel ve kültürel yapılanmalar arasında bir nedensellik bağı bulunduğu ve buna bağlı olarak bazı ırkların doğaları gereği ötekilerden üstün oldukları görüşüne dayanmaktadır. Modern biyoloji ve antropoloji alanında yapılan yüzlerce kontrollü çalışma, ırklar arasında üstünlük açısından hiçbir genetik farklılık olmadığını göstermiş olmakla birlikte, bu tür bilim dışı savların insanlığa verdiği zararın boyutları, tarihe bir kara leke olarak geçmesine yol açacak büyüklüktedir (Batuhan,1993, s.: 187-189).

Günümüzde sürdürülen Evrim Kuramı karşıtı çabaları da, "sözde bilim" olarak değerlendirmek gerektir. Evrimin, moleküler ve organizma düzeyinde kanıtlanmış olmasına karşılık, Yaratılışçı savların, post- modernist bilim yandaşları ve dar bir Protestan kesim tarafından evrim karşıtı bir propagandaya dönüştürülmesinde şarlatanların etkisi olduğu açıktır. Eski Ahit, İncil ve Kur'an-ı Kerim'de yer alan ve insanın kosmostaki macerasını dile getiren "genesis" anlayışı dışında hiçbir dayanağı olmayan bu bilim dışı safsataların hedef kitlesi de, yukarıda sözü edilen öteki örneklerde olduğu gibi bilim toplumu değil, inanmaya eğilimli olan ve/veya inanç taşıyan insanlardır. Tıpta, özellikle genetik, immünoloji, embriyoloji, mikrobiyoloji, doku ve organ aktarımı gibi alanlarda vazgeçilmez bir kavram olarak yerini alan evrimin önemi açıkça kanıtlanmıştır. DNA molekülünün yapısını aydınlatarak, biyolojik bilimlerde çağımızın çığır açan gelişmelerine öncülük eden Watson'un 1996 yılında dile getirdiği gibi "evrim, biyolojinin egemen gerçeğidir." (Sayın,1998; Örs, 1999; Ruacan 1999).

Sözü edilen birkaç örnekte de görüldüğü üzere, şarlatanlar, bilim dışı düşüncelerini toplumda yaygın olarak sergilemekte, insanların davranışlarını olumsuz yönde etkilemekte ve onların bilgisizliklerini kötüye kullanmaktadırlar. Bu nedenle şarlatanlığın "teşhir edilmesi" ve geniş toplum kesimlerinin bu tür aldatmacalara karşı uyarılması bilim ahlakı açısından son derece önem kazanmaktadır.

"Sahte bilim" ise, "sözde bilim"den tümüyle farklı biçimde, bilim üretiminde evrensel olarak kabul edilen yöntemlere ve etik ilkelere uyuyormuş görüntüsü verilerek bilim toplumunun aldatılmasıdır. Batuhan'ın "bilgi kalpazanlığı" olarak adlandırdığı "sahtekarlık" olgusu, başlangıçta sözü edilen ve araştırmanın herhangi bir aşamasında karşılaşılabilen etik dışı bir durumdur (Batuhan,1993, s.: 24).

Anglosakson literatüründe, yazılı olan ya da olmayan etik ilkelere uygunsuz bulunan bilimsel etkinlikleri dile getirmek için "bilimsel yanıltma" ("scientific misconduct") ve "bilimsel sahtekarlık" ("scientific fraud") terimleri kullanılmaktadır. "Bilimsel yanıltma" geniş kapsamı olan bir şemsiye kavramdır ve bir araştırmanın değerini ve güvenirliğini azaltan her türlü girişimi içermektedir (Kansu, 1996). Etik ilkelere uygun davranma ise, "bilimsel dürüstlük" ("scientific honesty") kavramı ile dile getirilmektedir. Danimarka Tıp Araştırmaları Konseyi (The Danish Medical

Research Council) tarafından 1992 yılında yayınlanan bir raporda, yukarıda adı geçen terimler yerine, hem bireyin karakter özelliğini, hem de ilgili eylemi dile getirmesi ve bu bağlamda daha kapsamlı olması açısından, "bilimsel sahtekarlık" anlamına gelen "scientific dishonesty" teriminin kullanılması önerilmektedir (Kadıoğlu, 1996, s.: 97). Öte yandan, "bilimsel yanıltma" kapsamında ele alınan "disiplinsiz araştırma" ("sloppy research") kavramı ile "bilimsel sahtekarlık" kavramının birbirinden ayırt edilmesi gerekmektedir. "Disiplinsiz araştırma", araştırmacının, araştırmanın planlanması, yönteminin seçimi, uygulanması, istatistiksel yöntemlerin kullanılması, sonuçlarının yorumlanması ve yayınlanması konularında bilgisiz ve eğitimsiz olması nedeniyle güvenilir olmayan sonuçların ortaya çıkmasına yol açması ve bunun farkında olmamasıdır. "Bilimsel sahtekarlık" ise, araştırmacının bilinçli ve amaca yönelik olarak, çalışmanın yöntem ve sonuçlarını saptırması, değiştirmesi ve bilim toplumunu yanıltmasıdır (Kansu, 1996).

2.4.4.1. Araştırmanın Planlanması Aşamasında Görülen Etik Sorunlar

Araştırma sorusunun seçimi ve bu seçimdeki öncelikler başta gelen etik sorunlardan biridir. "Yüzyılın vebası" olarak adlandırılan AIDS hastalığı ile ilgili aşı geliştirmeye yönelik araştırmalara ayrılan kaynağın, hastalığın tedavisine yönelik araştırmalara ayrılan kaynakların ancak %1'ini oluşturması, tüberkülozun tedavisi için yeni ilaç geliştirilmesi amacıyla yapılacak araştırmalara kaynak sağlanmaması gibi örnekler, önceliklerin saptanmasında toplumsal gereksinimlerin pek fazla göz önünde bulundurulmadığını göstermektedir. Öte yandan Nazi Almanyası'nda binlerce insan üzerinde yapılan insanlık dışı denemelerin, hangi toplumsal gereksinimi gidermeye yönelik olduğu ise tarihin tanıklığına bırakılmıştır. Yukarıda sözü edilenler, araştırma konularının seçimi ile araştırmaların parasal kaynakları arasındaki ilişkiyi gündeme getirmektedir. Temel amacı bilim üretimi olan üniversitelerle, asıl amacı kar elde etmek olan ilaç endüstrisi arasındaki işbirliğinin gün geçtikçe artmasına koşut olarak, araştırmalarla ilgili etik sorunlar da artmakta ve yeni boyutlar kazanmaktadır. Örneğin, ABD'nde yaşam bilimleriyle ilgili şirketlerin %90'ının üniversitelerle bağlantılı olduğu, klinik bilimlerde çalışanların %36'sının ve öteki bölümlerde

çalışanların %21'inin araştırmalar için ilaç şirketlerinden yardım aldıkları belirtilmektedir (Şemin, 1997).

İlaç endüstrisinin parasal destek sağladığı araştırmalar, ilaç geliştirmeye yönelik klinik araştırmalardır ve endüstriyel destek alan araştırmacıların ticari başarısı yüksek araştırmalar yaptıkları öne sürülmektedir. İlaç şirketleri, kar amacının doğasında varolan gerekçelerle kendi çıkarlarına ters düşen araştırmalara destek olmama, istenmeyen sonuçlar elde edildiğinde yayınlanmasını engellemeye çalışma ya da geciktirme gibi yaklaşımlar içine girebilmektedirler (Amato ve ark., 1998).

Öte yandan, araştırmalarda büyük boyutlarda parasal kaynaklara gereksinim olduğu ve pek çok ülkede devletin genel bütçeden araştırmalara kaynak ayırmadığı da bir gerçektir. Bu bağlamda, son zamanlarda, sözü edilen etik sorunların bir ölçüde azaltılmasına yönelik olarak, ilaç endüstrisi ile üniversiteler ve/veya araştırma kurumları arasındaki doğrudan ilişkinin ortadan kaldırılması ve parasal katkıların genel araştırma fonuna yapılması uygulaması, ilgili çevrelerde yoğun olarak tartışılmaktadır. Ayrıca, British Medical Journal örneğinde olduğu gibi, araştırmanın yayımlanmasında parasal kaynağın belirtilmesi zorunluluğunun getirilmesi de, yerinde bir uygulama olarak görülmektedir (Şemin, 1997).

Araştırmanın planlanması aşamasında önceliklerin belirlenmesi konusuna ek olarak, araştırma sorusuna yönelik şu soruların yanıtlanması gerekir: "Araştırma sorusu bilimsel açıdan değerli midir?", "Araştırma sorusunun uygulanabilirliği var mıdır?", "Araştırma için yeterli zaman ayrılmış mıdır?", "Konuyla ilgili daha önce yapılmış çalışma var mıdır, eğer varsa elde edilen sonuçlara ulaşılmış mıdır?", "Araştırmanın amacı ve beklenen sonuçlar belirlenmiş midir?", "Planlanan araştırma konusunda meslektaşlarla görüş alış verişinde bulunulmuş mudur?", "Araştırmada istatistikçi desteği gerekli olacak mıdır?" (Sayek, 1998). Araştırmanın uygulanmasına yönelik olan ve planlama aşamasında yanıtlanması gereken sorular ise şöylece sıralanabilir: "Araştırmada kontrol grubu kullanılacak mıdır?", "Deney ve kontrol grubuna girecek adaylar uygun yöntemlerle seçilmiş midir?", "Hasta-deneklerin kontrol grubunda yer alması etik açısından uygun mudur?", "Plasebo kullanımı ve çift-kör çalışmanın koşulları nelerdir?".

2.4.4.2. Uygulama ve Değerlendirmeye İlişkin Etik Sorunlar

Araştırma etiği bağlamında, canlılar ve özellikle de insan denekler üzerinde yapılan çalışmaların, en fazla etik sorun içeren araştırmalar olduğu gözlenmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, bu sorunlar büyük ölçüde, araştırmacının, araştırma etiği çerçevesinde belirlenen "zarar vermeme", "yaşama saygı", "gizlilik", "dürüstlük" ve "özerkliğe saygı" ilkelerine uymamasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmacının bilimsel bilgi, mesleki beceri ve teknik olanaklar açısından yeterli donanıma sahip olmadan işe başlaması, araştırmanın bilimsel değeri, sonuçların geçerliği ve güvenilirliği bakımından olduğu kadar, araştırmaya katılan denekler ve genel olarak toplumun yararı yönünden de araştırmayı tartışılır kılacaktır.

Araştırmayla ilgili olarak, önde gelen etik sorunlardan birisi örneklem seçiminde yansızlık kuralına uyulmaması ve bilimsel bir gerekçesi olmamasına karşın deneklerin toplumun belirli bir kesiminden seçilmesi sonucu, adalet ilkesinin zedelenmesidir (Kadıoğlu, 1996, s.: 98). Bu bağlamda, bilimsel dayanağı olmaksızın tutuklular, savaş esirleri, yetimhane, bakımevi ya da yaşlılar yurdunda kalanlar, fahişeler, göçmenler ve düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanlar üzerinde yapılan araştırmaların etik açısından kabul edilemez olduğu açıktır.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında, insan ya da hayvan deneklerle ilgili olarak, günümüzde geçerli olan Helsinki Bildirgesi, Hasta Hakları Bildirgesi ve Hayvan Deneklere İlişkin Yasa'ya uygun davranılmaması çok çeşitli değer sorunlarına yol açmaktadır. Bunlar arasında, deneklerin araştırma konusunda yeterince bilgilendirilmeden ve/veya baskı ve zorlama sonucu araştırmaya alınması öncelikli sorun olarak görülmektedir. "Özerkliğe saygı ilkesi" nin uygulamaya yönelik tek aracı ve/veya yöntemi olan yazılı "aydınlatılmış onam"ın, deneğin bilgilendirilmesi ve gönüllülüğü temelinde alınmış olması, araştırmalarla ilgili evrensel bildirgelerde bir zorunluluk olarak yerini almıştır.

Önerilen ve/veya uygulanan işlemlerin güvenli olması, deneğe zarar ve sıkıntı vermemesi gereklidir. Kuşkusuz tanısal girişimlerin, iyileştirici uygulamaların ve koruyucu yöntemlerin, denekler için belirli ölçülerde risk içerebileceği gözden ırak tutulmamalıdır (Özgür, 1995). Bu noktada yarar-zarar değerlendirmesi, risk olasılıklarının hesaplanması ve "en az zarar, en çok yarar" ilkesine olabildiği ölçüde

uygun davranılması son derece önem taşımaktadır. Tıbbi araştırmalarda zarar ve sıkıntı vermeme ilkesinin kapsamı, denekten alınacak kişisel bilgilerden, ona uygulanacak fiziksel girişimler ya da psikolojik testlere kadar geniş bir alanda geçerli kılınmalıdır.

Hekim-hasta ilişkisinin temelinde yer alan "sır saklama" ilkesinin bilimsel araştırmalara yansıyan biçimi, deneklere ilişkin olan ve çeşitli yöntemlerle elde edilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır. Verilen bilgilerin, araştırma ekibinde bulunmayan kişi ya da kurumlara açıklanması ya da onlar tarafından ele geçirilmesi deneğe zarar ve sıkıntı verebilecektir (Özgür, 1995) . Deneklere ilişkin kişisel bilgilerin bilgisayarlara yüklendiği günümüzde, teknolojinin sağladığı bu olanağın denekler için bir "risk" olmaktan çıkarılması ve gizliliğin korunması amacıyla alınacak önlemler, araştırma etiği açısından önemli tartışma konularından birisidir.

Bilimsel bilgi üretenlerin, genel olarak toplumda seçkin bir konumda oldukları ve bu durumun uğraşlarından kaynaklandığı, doğruya ulaşmayı amaçlayan bilim çalışanlarının "doğruya ihanet etmeleri"nin ne konumları ne de uğraşlarıyla bağdaşmadığı ve dürüstlüğün "uzun vadede en karlı davranış"olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili olarak ülkemizde yapılan bir çalışma, hekimlerin %83'ünün araştırma sürecinde dürüstlüğü temel bir ilke olarak gördüklerini ve %91.8'inin "haksız imza" uygulamasına, bilimsel dürüstlüğün çiğnenmesi nedeniyle karşı olduklarını göstermiştir (Arda, 1998).

Araştırmanın uygulanması ve değerlendirilmesi aşamasında dürüstlük ilkesine aykırı davranışlar çeşitli görünümlerde karşımıza çıkabilmektedir. Bunlar arasında en sık rastlananlar; verilerin toplanmasında nesnellikten uzak davranılması, araştırma sürecine ilişkin bilgilerin kayıtlara yanlış ya da eksik geçirilmesi, araştırma verilerinin çarpıtılması, sonuçların istenildiği gibi yorumlanması, değiştirilmesi, uydurulması, verilerin bir kısmının çalışmadan çıkarılması, denek sayılarının az ya da çok gösterilmesi, yapılmamış bir çalışmanın yapılmış olarak gösterilmesi, örneklem yönteminin bilinçli olarak yanlış belirtilmesi, istatistiksel yöntemlerden uygun biçimde yararlanılmaması ve doğru yorumlanmaması gibi genel anlamda varsayımın doğrulanmasına yönelik olan "hileli" tutumlardır (Kadıoğlu, 1996, s.: 98-101).

Bilim dünyasında saygınlık kazanmak, çalışılan kurumun genel politikasına ters düşmemek ya da kurumda "üst" bir konuma yükselmek, destekleyici kuruluşların parasal yardımını sağlamak ve/veya sürdürmek gibi amaçlarla araştırmanın öteki aşamalarında olduğu gibi uygulanma ve sonuçların değerlendirilmesi sürecinde de, yukarıda değinilen etik dışı tutumlar sergilenebilmektedir (Arda, 1998). Bu bağlamda, Medawar'ın "bilimcilik sanatı" olarak adlandırdığı durum, bilim dünyasında saygınlık kazanmak amacıyla, başka araştırmacıların elde ettikleri sonuçları bilimsel olmayan yöntemlerle yalanlamaya ya da değersizleştirmeye yönelik uygulamaları kapsamaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 102).

Bunların yanısıra, araştırmacılarda, "pozitif" ya da "anlamlı" sonuçlar içeren araştırmaların yayınlanma olasılığının artacağına ilişkin bir eğilimin varlığından söz edilmektedir. "Publish or perish" sloganının geçerli olduğu günümüzde, dergi editörleri ve danışmanlık kurullarının da söz konusu eğilimi taşımaları nedeniyle, araştırmacıların araştırmadan "anlamlı" sonuçlar çıkarma yönündeki çabalarını özendirici olabildikleri görülmektedir (Amato ve ark., 1998). Yapılan bir araştırmaya göre, istatistiksel olarak anlamlı sonucu olan araştırmaların %60'ı yayınlanırken, istatistiksel olarak anlamsız ya da fark göstermeyen sonuçlar içeren araştırmalar %35 oranında yayınlanmaktadır (Şemin, 1997).

2.4.4.3. Yayınlanma Aşamasında Karşılaşılan Etik Sorunlar

Araştırmaların yayınlanmasıyla ilgili etik sorunlar "yayın etiği" adı altında tartışılmakta ve yayın etiğine ilişkin sorumluluğun araştırmacıları olduğu kadar, editörleri de kapsaması gerektiği dile getirilmektedir. Bu bağlamda danışmanlık sistemi ve danışmanların seçimi, dergilerin yayın politikaları, gündemin belirlenmesi, editörlerin yazarın bilgisi dışında yazılar üzerinde değişiklik yapma haklarının olup olmadığı konuları ele alınmaktadır. Konuyla ilgili olarak verilecek iki örnek, araştırma etiği ve editoryal etik açısından yukarıda sözü edilen tartışmaları haklı kılacak niteliktedir. Bunlardan ilki, ABD'nde yaşanan Cantekin olayıdır. Pittsburgh kentindeki üniversitenin çocuk hastanesi kulak burun boğaz kliniğinde, A antibiyotiğinin çocuklarda gelişen orta kulak enfeksiyonundaki etkisi konulu bir araştırma yapılmaktadır. Araştırma sonucu A'nın, adı geçen hastalıkta tedavi edici

etkiye sahip olduğunun saptandığına ilişkin bir makale, ünlü X dergisinde yayınlanır. Aynı klinikte çalışan Cantekin, bu makalede sunulan verilerle, istatistiksel ve matematiksel olarak A'nın etkili olmadığı, ilaç kesilince hastalarda tablonun kötüye gittiğini saptar. Bu bulguları içeren bir makaleyi X dergisine gönderir, ancak reddedilir. Bir başka tıp dergisi Y de bu makaleyi reddeder. Bu arada Cantekin , araştırma merkezindeki görevinden alınır. Sonuçta, uluslar arası Z tıp dergisi Cantekin olayına bütün boyutlarıyla yer verir. Bu olay, editoryal etiğin ve bilimsel bilgi üretiminde yayıncı sorumluluğunun tartışılmasını sağlamıştır (Arda, 1998).

İkinci örnek ise, dergilerin yayın politikalarına ilişkindir. Bazı kaynaklarda, JAMA dergisine her yıl yaklaşık 4000 makale gönderildiği ve bunlardan 3300'ünün yayın ölçütlerine uygun olmadığı için reddedildiği bildirilmektedir. Ancak, derginin sınıflar arasındaki ölüm farklılıklarını inceleyen bir araştırmayı reddetme gerekçesi, bilimsel tarafsızlık açısından ilginç bir sorunu gündeme getirmiştir. Makalenin reddedilme gerekçesinin, "her ne kadar makale işçi sınıfında kalp hastalıklarından ölümün fazla olduğunu göstermiş olsa da, kalp hastası olanların işçi olma olasılığına bir açıklık getirememesi" olarak belirtildiği, aynı makalenin daha sonra Lancet'de, editörlerin "Amerika sınıflı bir toplum değildir" başlıklı imalı bir yazısı ile yayınlandığı dile getirilmiştir (Şemin, 1997).

Yayınlanma aşamasında araştırmacıların sorumluluklarına ilişkin etik sorunlar çeşitli görünümlerde ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında önde gelenlerin, araştırmanın birden çok yerde ve çok kez yayınlanması, uydurma yayın yapılması, araştırmaya emek vermeyenlerin yazarlar içinde yer alması ve yazar sıralamasına ilişkin sorunlar olduğu söylenebilir.

Akademik yükseltmelerde yayın sayısının bir ölçüt olmasına bağlı olarak, araştırmacının fazla sayıda yayın yapma isteği pek çok etik sorunlara yol açmaktadır. Bir araştırmanın bulgularına göre yayınların %28.1'i, birden fazla yerde yayınlanmıştır. Aynı çalışmanın farklı dergilerde, farklı yazar adlarıyla yayınlanması olduğu gibi, aynı yayının aynı dergide 5 yıl arayla ikinci kez yayınlanması da söz konusu olabilmektedir (Şemin, 1997). Kanımca, konuyla ilgili olarak şu sözlerin akılda tutulmasında yarar olacaktır: "Aynı fikir ya da verilerin çeşitli uluslararası ya da ulusal dergilerde tekrarlı yayımı, bilimsel kısırlığı yansıtır ve kişinin kendi

reklamını yapması için ahlaki ortam olarak kabul edilen ortamın sömürülmesi demektir. Kendi kendinin fikirlerini tekrarlı kullanma, bilimsel tarafsızlık ve tevazu eksikliğini gösterir." (Day, 1998, s.: 163).

Yayın etiği alanında yaşanan bilimsel sahtekarlık olaylarının en bilinen örneği, Nobel ödülü alan Baltimor'la ilgilidir. Baltimor, biyokimyasal araştırmalar yapan doçent, yardımcı doçent, doktora ve mezuniyet sonrası araştırmacılar ile öğrencilerden oluşan gelişmiş bir araştırma grubunun başındadır. Seksenli yılların ortalarında genç bir doktora sonrası araştırmacı, daha kıdemli bir doktora sonrası araştırmacısının uydurma veriler içeren bir makale yayınladığını öne sürmüştür. Bu sav kısa zamanda Science, Nature gibi dergilerden, politikacılara ve halka kadar geniş bir çevrede yayılır. Bunun nedeni, temel araştırmalara yılda 20 milyar dolar destek verilmesi ve bunun yarısının biyo medikal araştırmalara ayrılmasıdır. Baltimor, kişisel hiçbir bilgisinin olmadığı, ancak sorumluluğunun bulunduğu bu olaydan sonra çalıştığı kurumdan ayrılır (Karasz, 1996).

Araştırma sonuçlarının bilim dünyasına ve/veya kamuoyuna duyurulmasında kullanılan yöntemler ve günümüzde iletişim teknolojisinin ulaştığı boyutlar göz önüne alındığında pek çok değer sorununu da ortaya çıkarmaktadır. Yakın geçmişte yaşanan bir olay, hem bilimsel bilginin en temel niteliklerinden biri olan sınanabilirlik ve denetlenebilirlik açısından, hem de deney sonuçlarının açıklanma biçiminin barındırdığı etik sorunlar açısından incelenmeye değer bir örnektir. Batuhan tarafından, "gerçek bilimle, şarlatanlığın sınırında" olarak nitelendirilen bu olay "soğuk füzyon" deneylerine ilişkindir. Pons ve Fleischmann adlı iki kimya profesörü, 1989 yılında yaptıkları bir basın toplantısıyla soğuk füzyonu gerçekleştirdiklerini öne sürmüşlerdir. "Son kırk yılın en büyük bilimsel olayı" olarak tanıtılan bu haber, tüm dünyada eşi görülmedik tartışmaları da gündeme getirmiştir. Enerji sorununun tümüyle çözümlenmesine yol açacak nitelikteki bu "buluş"un, yıllardır dünyanın en büyük laboratuvarlarında çalışılmasına ve denemelerin başarısızlıkla sonuçlanmasına karşılık, oda sıcaklığında gerçekleştirilmiş olduğu savı "inanılır" bulunmamış ve bilim dünyası konuyla ilgili tartışmalarda ikiye bölünmüştür. Yinelenen denemelerde farklı veriler elde edilmesi ve öne sürülen savın yeterince kanıtlanamaması sonucunda Pons ve Fleischmann, "en temel kontrol denemelerini bile yapmadan buluşlarını duyurmak", "işi aceleye

getirmek ve iyi bir teknik rapor hazırlamadan basın konferansları düzenlemek", "çalışmalarının en önemli ayrıntılarını açıklamadıkları için, başkalarının aynı deneyi tekrarlamalarını güçleştirmek" biçiminde ağır eleştirilere uğramışlar ve "susup köşelerine çekilmişler"dir. Deneyin yinelenmesi için yapılan çalışmaların parasal boyutu ve yol açtığı zaman kaybı ise, bilim çalışanlarını haklı olarak "öfkelendirmiş" ve içlerinden biri bu öfkeyi şu sözlerle dile getirmiştir: "Bizler, Pons ve Fleischmann gibilerin beceriksizliklerinin ve belki de vehimlerinin kurbanıyız." Bu olayda, bilim etiği açısından eleştirilen önemli bir konu, iki kimyacının savlarını duyurmaları sırasında "bilimsel görgü kurallarına" ne ölçüde uygun davrandıklarıdır. Araştırma sonuçlarını bilimsel standartlara göre hazırlanmış bir makale yayınlamak yoluyla öncelikle bilim çevrelerine açıklamaları gerekirken, "sansasyonel" denilebilecek biçimde basın toplantısı düzenlemeleri ve konuya yönelik yeterli bilimsel tartışmalar yapılmadan toplum gündemine getirmeleri, bilim toplumunun gelenekselleşmiş kurallarının "çiğnenmesi" olarak nitelendirilebilir (Batuhan, 1993, s.: 89-94).

Yayın etiği bağlamında, bilimsel yanıltma ya da sahtekarlığın genel olarak üç farklı biçimde yapıldığı dile getirilmektedir. Bunlardan ilki "korsanlık" (piracy) olarak adlandırılmaktadır ve başkalarının verilerinin izinsiz biçimde alınıp kullanılması anlamına gelmektedir. Bilimsel sahtekarlıkların, %8-10 gibi yüksek bir oranla en yaygınını oluşturan "aşırmacılık" (plagiarism) ise; başkasının buluş, görüş, çalışma ya da verilerinin kaynak gösterilmeksizin, izin alınmaksızın, kendisininmiş gibi sunulması ve yayınlanmasıdır. "Bilimsel alıntı sahtekarlığı" olarak da tanımlanan bu olgu, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health) içinde yer alan Bilimsel Doğruluğu Değerlendirme Bürosu (Office of Scientific Integrity Review) tarafından, "akademik yaşamdaki en büyük suç" olarak görülmekte ve "insan öldürmek" ile eşdeğer sayılmaktadır. Üçüncü yanıltma yöntemi, saptırma ve yalan bildirimdir. İngilizce'de "fraud", "fabrication", "falcification", "dry lab" terimleriyle dile getirilen bu durum, verileri saptırmak, olmayan verileri var etmek ya da veri uydurmak, yapılmamış deneylerden sonuçlar çıkarmak anlamına gelmektedir (Kansu, 1996; Kadıoğlu, 1996, s.:98).

Aşırmacılık ve veri uydurmanın en çarpıcı örneklerinden biri, 1983'de Harvard Tıp Fakültesi'nde yaşanan Darsee davasıdır. Dr. Darsee'nin kuşku uyandıracak sayıda (

üç yılda 100'ün üzerinde) yayınının olması üzerine yapılan incelemede, yazıların önemli bir bölümünün uydurma ve saptırma verilere dayandığı görülmüş; birinde 39'dan fazla olmak üzere, 18 makalenin her birinde ortalama 12 bilimsel yanlış ve uyumsuzluk saptanmıştır (Şemin, 1997).

Bilimsel sahtekarlığın, toplumu doğrudan ilgilendiren sonuçları konusunda örnek bir olay, 1994- 1995'de gündeme gelen Poisson dosyasıdır. Kanadalı ünlü bir cerrah olan Poisson, aynı zamanda Meme Cerrahi Araştırması adlı projenin de başkanıdır. Lampektomi ve mastektomi karşılaştırmasının yapıldığı araştırma, New England Journal of Medicine'da "lampektomi daha üstündür" biçiminde bir sonuçla birlikte yayınlanmıştır. Ancak, daha sonra yapılan incelemede, araştırma sonuçlarının gerçekleri göstermediği anlaşılmış ve Poisson suçlu bulunmuştur. Böylece cerrah, araştırma sonuçlarını saptırarak, kadınların vereceği önemli bir kararı yanlış yönde etkileyebilecek bir suç işlemiştir (Kansu, 1996).

Yukarıda sözü edilen bilimsel yanıltma yöntemleri, Hasan Yazıcı tarafından ironik bir yaklaşımla ve kısaca "SUSA" olarak akılda kalabilecek biçimde şöyle sınıflandırılmaktadır:

- Saldırmak (insan ve hayvan haklarını hiçe sayarak araştırma yapmak)
- Uydurmak (falsification)
- Saptırmak (bias)
- Aşırmak (yağmalama = plagiarism)

Hasan Yazıcı, aşırma türlerini ise şu biçimde derecelendirmektedir:

1. Kaba aşırmak

- Yazılı eseri olduğu gibi aşırmak
- Yazılı eserin yalnızca bazı bölümlerini aşırmak
- Aşırandan aşırmak

2. İnce aşırmak

- Yazılı eserin tümünü ya da bölümlerini değiştirerek aşırmak
- Başkalarının fikirlerini kendisininmiş gibi sunmak

3. Çok ince aşırmak

- Kendi eserinden göndermesiz alıntı yapmak
- İstem dışı aşırmak (Yazıcı, 1996).

Yayın etiği bağlamında, son zamanlarda en sık karşılaşılan sorunlardan biri, bilimsel araştırmalarda yazarlık konusuna ilişkindir. Bunun başlıca nedeni araştırmaların genellikle bir ekip tarafından yürütülmesi ve birden çok yazarının olmasıdır. Örneğin, yüzyıl önce The New England Journal of Medicine dergisine gönderilen yazıların %98'i tek yazarlı iken, günümüzde bu oran %5'den azdır. Benzer biçimde, aynı dergide 1993 yılında yayınlanan bir araştırmanın 972 yazarının olduğu ve makalede her yazara yaklaşık olarak 2 sözcük düştüğü dile getirilmektedir. Yapılan bir başka çalışma ise, birinci isim dışındaki yazarların %30'dan fazlasının araştırmaya temel bir katkısının olmadığını göstermiştir. Öte yandan, araştırmacıların yayın sayıları büyük boyutlara ulaşmıştır. Örneğin, 10 yılda 950 makalesi yayınlanan yazarların varlığından söz edilmektedir. Bu tablo içerisinde, kimlerin yazar olabileceği ve yazarların hangi ölçütlere göre sıralanması gerektiği, konuyla ilgili temel sorunlar ve tartışma noktaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Amato ve ark., 1998).

Uluslararası Tıp Dergileri Birliği, yazar olma ölçütlerini; araştırmanın planlanmasına, verilerin incelenmesine ve yorumlanmasına katılım, makalenin yazılmasına katılım, son biçimin gözden geçirilmesine ve yorumlanmasına katılım olarak belirlemiştir. Yazarlık niteliği için için yeterli olmayan durumlar ya da katkılar ise; araştırmanın yapıldığı bölümün sorumlusu olmak, parasal kaynak sağlamak, veri toplanmasına katkıda bulunmak ve istatistiksel değerlendirmeler yapmak biçiminde sıralanmıştır (Şemin, 1997). Yazar olma ölçütlerini taşıyan araştırmacıların adlarının sıralanmasında, çalışmaya yapılan katkının gözetilmesi etik açısından uygun olacaktır (Alaçam, 1995, s.: 26). Verilen emeğin eşdeğer olduğu durumlarda, gerekçe belirtilmek koşuluyla alfabetik sıralama yapılması, adaletin sağlanmasına katkısı açısından savunulabilir bir yöntemdir.

Bilimsel araştırmalarda yazarlıkla ilgili olarak, yukarıda sözü edilen ilkeler belirlenmiş olmakla birlikte, uygulamada bu ilkelere saygı gösterildiğini söylemek oldukça güçtür. Örneğin, varolan hiyerarşik yapıya koşut olarak, laboratuvar ya da

bölüm başkanlarının adlarının, ilgili birimde yapılan tüm araştırmalarda yer alması neredeyse "olağan" karşılanan ve sık görülen bir olgudur. Bundan da öte, araştırmacı adları, konuyla ilgili bilgi ya da sistem eksikliği nedeniyle bölüm içi akademik kurallara göre belirlenebilmektedir. Ancak, bu kurallarda etik ilkelerden çok, "yayına gereksinimi olanlar" ya da "akademik unvan" gibi belirleyiciler öne çıkabilmektedir. Örneğin, bir üniversitedeki anabilim dalı akademik kurulunun, "araştırma görevlilerinin ilk iki yıl içinde çalışmanın hazırlanmasına aktif olarak katılsalar bile ilk üç isim içinde yer alamayacakları, üçüncü yıldan başlayarak çalışma önerisi ve planını kendileri hazırladıkları durumda ilk üç isim içinde yer alabilecekleri " biçiminde kuralları olabilmektedir (Amato ve ark., 1998).

Sonuç olarak, bilim üretimi sürecinde vazgeçilmez önem taşıyan araştırmaların yapılmasında, yalnızca bilimsel yöntemin uygulanması yeterli gelmemekte ve bilimsel araştırmalar, göz ardı edilemeyecek boyutlarda etik sorunlar içermektedir. Araştırmanın planlanmasından, bilim ortamına sunulmasına kadar bütün aşamalarda, günümüzde evrensel olarak kabul edilen araştırma etiği ilkelerine saygı göstermek ve uygun davranmak gerekmektedir. Özellikle insan ya da hayvan deneklerin yer aldığı çalışmalarda, genel olarak bilim etiğinin, özel olarak da biyoetiğin temel ilkelerinin yaşama geçirilmesi konusunda, başta araştırmacılar olmak üzere, etik kurullara, destekleyici kuruluşlara , dergi editörlerine, deneklere ve topluma değişik düzeylerde sorumluluk düşmektedir. Bilimsel araştırmaların, bilim ve etiğin el ele verdiği bir üretim sürecine dönüştürülmesi, bilimin "ahlaksızca" kullanılmasına karşı bir duyarlılığı gerekli kılmaktadır. Kuşkusuz, bu duyarlılık;

"Sağlam, verimli, cömert çaba adına,
Halkı özgür, insanı mutlu eden çaba adına !" olacaktır (Bayet, 1982, s.: 12).

2.5. Çocuk Hekimliğinin Evrimi

Victor Robinson "Tıp Tarihi" başlıklı çalışmasına şu sözlerle başlamaktadır: " İlk insanın duyduğu bir acıya tepki olarak vahşi ormanlarda yankılanan çığlığı, aynı zamanda bir hekime yollanan ilk çağrıyı da oluşturur." (Ersoy, 1996, s.: 7).

İnsanın tarih sahnesinde yerini almasıyla birlikte ortaya çıkan "hastalık" olgusu, aynı zamanda onunla başa çıkma yollarının da aranmasına neden olmuştur. Hastalığı

önleme, iyileştirme ve yaşam süresini uzatma yolunda sürdürülen çabalar, insanın "ölümsüzlük" isteğiyle ilişkilendirilebilir. Bu demektir ki tıp düşüncesi, pratik ve yaşamsal bir gereksinimden doğmuştur ve amacı sağlığın korunmasıdır. Ancak bununla kalmamıştır. Tıp düşüncesinin gelişiminde asıl itici gücün, insanda varolan "merak" ve "öğrenme kapasitesi" olduğunu söylemek olanaklıdır.

Herhangi bir şeyin "evrim"inden söz edilmesi onun "zaman" boyutuyla birlikte kavranması ve değişiminin izlenmesi demektir. Zaman içindeki bu değişim, iç ve dış pek çok uyaranın etkisiyle ortaya çıkar. Burada belki de değişmeyen tek şey, olup bitenlerin "zaman"la olan olmazsa olmaz ilişkisidir.

Çocuk hekimliğinin evrimi, genelde tıbbın ve onun dayandığı tıp düşüncesinin evriminden bağımsız olarak ele alınamayacağı için ilk bölümde süreç içinde tıp düşüncesinin nasıl bir değişim geçirdiği, bu değişimin hangi iç (tıp etkinliğinin kendi dinamiğinden kaynaklanan, sözgelimi kuramlar, yöntemler, uygulama biçimleri vs.) ve dış (toplumsal, siyasal, sosyal durumlar, din, sanat vs.) belirleyicilere bağlı olduğu gözden geçirilecektir. İkinci bölümde ise, bu tarihsel arka plan göz önünde tutularak belli başlı figürleriyle birlikte çocuk hekimliği alanındaki gelişmeler incelenecektir.

2.5.1. Tıp Düşüncesinin ve Tıbbın Evrimi

Başlangıcından bu yana insanın, çevresinde olup bitenleri açıklama girişimleri değişik biçimlerde sürdürülegelmiştir.Yunanlılar'dan birkaç bin yıl önce Asya'nın batısında, Mezopotamya'da ve İran'ın güneyinde yaşayan eski topluluklardaki düşünceler ve tasarımlar genellikle dinsel bir temel taşımıştır. Bireysel olmaktan çok kollektif özellik taşıyan bu tasarımlarda akılcı yaklaşımın ve yüzyıllar sonra gelişecek olan bilimsel düşüncenin ilkel taslaklarını bulabiliriz. Daha sonra ortaya çıkan mitolojik tasarımlar da tümüyle sosyal bir özellik göstermiştir. Mitolojinin animistik ve totemistik döneminden sonra gelen tanrıların soy zinciri dönemi, aynı zamanda tanrı-birey tasarımının da doğmasına yol açmıştır. Böylece tek tek tanrıların birbirinden doğuşu ve bir anlamda bireyleşmesi, insanların bir dereceye kadar mantıksal düşünce ve tasarımları edinmeye başlayışları olarak değerlendirilebilir. Bazı mitolojik tasarımların, evrenin oluşuna yönelik olduğu bilinmektedir. Bu çaba, insan düşüncesinde bilimselliğin başlangıcı denilebilecek olan "sentez"e doğru ilk

adımdır. İlk devirlerden zamanımıza kadar gelen büyüsel düşüncede nedensellik ilkesinin ilkel biçiminin bulunduğunu öne sürenler az değildir. Yunan uygarlığında varolan tasarımların ise, evrenin yapısı, oluşumu, insanın dünyadaki yeri ve anlamı üzerinde odaklandığı görülür (Adıvar, 1994, s.: 27-28).

Tıbbın evriminde belli başlı üç aşamadan söz edilebilir. Bunlardan ilki, yaşamın öteki alanlarında olduğu gibi hastalık-sağlık konularında da doğa üstü güçlere inancın egemen olduğu büyüsel-dinsel evredir. İkinci aşama, doğanın gücünün kabul edildiği, kuramsal ve felsefi sistemler aracılığıyla evrenin açıklanmaya çalışıldığı, bu doğrultuda geliştirilen tıp kuramlarıyla hastalıkların tedavi edildiği akılcı tıp evresidir. Üçüncü ve sonuncu aşama ise, gözlem ve deneyin ön planda tutulduğu bilimsel tıp aşamasıdır. Kuşkusuz, bu evrim sürecinde yer alan aşamalar birbirinden kesin çizgilerle ayrılmış değildir. Örneğin tıbbın içindeki başlıca iki eğilim olan büyüsel-dinsel yaklaşımla deneycilik tarih boyunca sürekli olarak birlikte bulunmuşlardır (Örs,1977). Ancak, hem tıp düşüncesinde hem de tıp uygulamasında, bu üç dönemde varolan egemen eğilimler birbirlerinden farklı temel karakteristikler göstermektedir. Yukarıdaki ayırım, büyük ölçüde belirleyici olan bu temel ortak özellikler göz önüne alınarak yapılmıştır.

2.5.1.1. Büyüsel Tıp Düşüncesi

Bir çok dinin çekirdeğini oluşturan ve yazısız kültürlerin çoğunda temel toplumsal bir rol oynayan büyü, dünyanın her yerinde ve bütün dönemlerde rastlanan sosyo-kültürel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dinin yanısıra bilim ve tekniğin de büyüden doğduğunu iler sürenler ve büyüye "bilimden önceki bilim" diyenler bile vardır. İnsana ve doğaya ilişkin olayların, maddi dünyanın ötesindeki gizemli güçlerle açıklandığı ve onlardan yardım beklendiği büyüsel düşüncede, olaylar arasındaki neden-sonuç ilişkisine simgesel bir anlam yüklenmektedir. Örneğin yırtıcı hayvanların saldırısına uğrayan insanlar, o hayvanların dişlerinden gerdanlık yaparak boyunlarına takarlarsa onların kötülüğünden kurtulacaklarına , ya da yağmurdan önce kurbağaların bağrıştıklarına dikkat ettikleri için yağmursuz kaldıkları zaman kurbağa sesi çıkarırlarsa yağmur yağacağına inanmaktadırlar (Adıvar, 1994, s.: 28-

29). Taşıdığı bu özellik nedeniyle Tylor tarafından "sahte bilim" olarak tanımlanan büyü, Frazer'a göre "düzmece bir doğa yasası sistemi"dir (A. Britannica, 5: 185).

Büyüsel düşünceye göre hastalıkların nedeni doğa üstü güçlerdir ve insanın cezalandırılması amacını taşır. Benzer biçimde, çok tanrılı ve tek tanrılı dinlerde de, tanrıların insanları cezalandırması sonucu hastalığın ortaya çıktığı öne sürülür. Örneğin akıl hastalıkları, baş ağrıları, sara nöbetleri vücuda giren kötü ruhlara, cin ya da şeytana bağlanır. İyileştirme yöntemleri cin-şeytan ya da kötücül güçlerin vücuttan uzaklaştırılmasına dayanır. Neolitik döneme ilişkin trepanasyonların, bu patogenetik anlayışı destekler nitelikte olduğu kanısı yaygındır.

Büyücüler tılsımlı sözlerin yanı sıra bazı ilaçları da kullandıkları için "büyücü hekim" olarak tanımlanmaktadır. Tılsımlı nesneler, bitkiler ve ilaçlar olası kötülüklerden korunmayı da sağlamaktadır. Arpa, bakla, zeytin, gül, sarımsak, yumurta, tuz, şeker, nazar boncuğu koruyucu olarak kullanılır. Bunların çoğu, iyileşme, zarar verme, kötülükten korunma gibi isteklerin simgesel biçimde ifade edilmesinden öteye geçmemektedir. Eski Balkan halklarının sarılığı iyileştirmek için altın yutmaları, büyüdeki simgeselliğe tipik bir örnektir. Büyüsel ritüellerin yanı sıra kötü ruhları vücuttan uzaklaştırmanın bir başka yolu, katartik ve emetik maddelerin hastaya içirilmesidir.

Eski Çağ'da "şamanizm", kahinlik ve falcılık yanında iyileştirici rolünü de üstlenen büyücünün etkin olduğu bir kültürdür. Türkler'de "kam" adını alan büyücüler aslında birer şamandı. Kutad gu Bilig'de kamların, otacı denilen hekimlerle bir tutulduğu, her derdin bir dermanı ve iyi edecek bir kamı olduğu belirtilmektedir. Yapıtta yel ve şeytan hastalıklarını okuyup üfleyerek, muska yazarak iyileştiren efsunculardan da söz edilmektedir (A. Britannica, 5: 184).

Ebers ve Smith papirüslerinden elde edilen bilgiler Mısırlılar'da pratik tıbbın varolduğunu, gözlem ve yorumlamanın önde geldiğini, ancak bilenemeyen konularda gizli güçlerle açıklama geleneğine başvurulduğunu göstermektedir. Buna karşılık Mezopotamya uygarlıklarında, büyüsel ve dinsel etkinin ağır bastığı bir tıp düşüncesinin egemenliğinden söz edilmektedir. Babil ve Sümer tabletlerinden anlaşıldığına göre tıpla din içiçedir ve bir takım iyileşemeyecek hastalıkların Tanrılardan geldiğine inanılmaktadır.

Ege'nin çok erken dönemlerden başlayarak Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarıyla kurduğu ilişkiler, tıp ve hekimlik alanına da yansımıştır. Homeros ve Herodot'un yapıtlarında, hekim adaylarının Gymnasium eğitimi sırasında felsefe, matematik, müzik, coğrafya, retorik öğrendikleri ve daha sonra çoğunlukla bir aile mesleği olarak sürdürülen hekimliğe ilişkin bilgilerin usta-çırak eğitimi biçiminde verildiği belirtilmektedir. Ege uygarlığında da adı geçen öteki alanların tıp düşüncesine etkisi yanında yarı büyüsel ve mitolojik bir tıp anlayışının var olması akla yakındır (Serdaroğlu, 1996, s.: 9-10).

Sonuç olarak büyüsel tıp düşüncesinin egemen olduğu eski çağlarda hastalık ve salgınların doğa üstü güçlerden ve tanrılardan kaynaklandığı yolundaki inanç, tıbbi uygulamanın da yine bu güçlerin yardımıyla yürütülmesine neden olmuştur. Tanrı ve doğa üstü güçlerle barışma, evrendeki düzenin kabul edilmesi tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Büyücü hekim ve rahip hekim "iyileştirici" rolünü üstlenmiştir. Büyüsel tıp düşüncesi "hastalık" ve "günah" kavramlarının büyük ölçüde örtüştüğü bir düşünce biçimi olarak değerlendirilebilir.

2.5.1.2. Bilim Öncesi Rasyonel Tıp Düşüncesi

Ege kültüründe İ.Ö. 7 .ve 6. yüzyıllar, önderliğini İyonyalı felsefeci ve matematikçilerin yaptığı, büyük kültürel dönüşümlerin başlangıç dönemidir. İ.Ö. 5. yüzyıl ise bu dönüşümün kökleştiği, yeni düşünce ve bilgi üretiminin sürdüğü bir "altın çağ" olarak bilinir. Adı geçen dönemlerde "doğa felsefecileri"olarak tanımlanan düşünürler, felsefeyle birlikte matematik ve tıpla da uğraşmışlardı.

Ünlü matematikçi Pithagoras'ın okulunda yetişenlerce ortaya atılan düşünceler, Empedokles ve atomcu felsefecilerin geliştirdiği kuramlar tıp alanını da etkilemiştir. İlk tıp merkezi sayılan Kroton Okulu'ndan Alkmaion'un ortaya attığı kuram, dönemin en etkili tıbbi kuramıdır ve öncekilerden farklı olarak sağlığın, vücuttaki güçler dengesi tarafından oluşturulduğu savını öne sürmektedir. "İsonomia dynameon" olarak adlandırılan bu dengeyi oluşturan birimlerden birindeki bozukluk hastalığı ortaya çıkarmaktadır (Serdaroğlu, 1996, s.: 10).

Empedokles'e göre bütün madde "dört temel unsur" ya da herşeyin kökü olan "ateş, hava, su ve toprak" tan oluşmaktadır. "Sevgi" ve "kavga" bu dört unsuru bir arada

tutan ve ayıran faktörlerdir. Demokritos tarafından kurulan atomcu felsefe okulu ise, bütün doğanının açıklanmasını atomlara ve atomların hareketine bağlamış, ruh ve tanrıların ölümsüzlüğünü yadsımıştı. Materyalizmin ilk savunucusu sayılan Demokritos'un felsefe yöntemi, deneysel yöntemin de bir başlangıcı olarak nitelendirilebilir. Onun yapıtlarında doğal olayları "bu olay her zaman böyle olmuştu, onun için böyle olacaktır / olur" biçimindeki açıklamaları, gözleme önem verdiğini göstermektedir. Yüzyıllar sonra Francis Bacon'un, Demokritos'u bilim açısından Aristo'dan üstün sayması buna bağlanabilir (Adıvar, 1994, s.: 41s).

Dönemin iki büyük tıp okulu olan Kos ve Knidos Okulları farklı tıp anlayışlarına sahiptiler ve deyim yerindeyse "rakip"tiler. Bunlardan Knidos Okulu hekimleri, hastalıkları belirtilere göre sınıflandırmayı, bazı özel hastalıkları tanımlamayı ve semptomatik tedaviyi amaçlamışlardı. Onların tıp düşüncesinde temel olan "hastalık" kavramıydı. Kos'lu hekimler ise hastalığın gidişini yani prognozu ön plana almışlardı. Onlar için hastalık değil "hasta" önemliydi. En parlak öğrencisinin adından dolayı "Hippokrates Tıp Okulu" olarak da bilinen Kos Okulu'nda geliştirilen tıp düşüncesi, yüzyıllar boyu bu alanda etkili olmuştu.

Bilim öncesi rasyonel tıp düşüncesinin öncüsü ve en tipik temsilcisi olan Hippokrates (İ.Ö. 460-377)'in tıp anlayışının temel karakteristiklerini gözden geçirmek, ortaçağ sonuna kadar egemenliğini sürdüren tıp düşüncesinin de kavranmasına yardımcı olacaktır. Çünkü Hipporates'in tıbba, büyüsel-dinsel açıklamalardan uzak akılcı yaklaşımı, etkileri bazı açılardan (hekim-hasta ilişkileri gibi) günümüze kadar gelen ve bu nedenle haklı olarak "Hippokratik gelenek" olarak tanımlanan anlayışın ortaya çıkmasına yol açmıştır. Hastalık olgusunun genel fizyoloji bağlamında değerlendirilebilecek bir kuramla (Hıltlar = Humoral = Ahlat = Dört Unsur Kuramı) açıklanması, hasta izleminin ve gözlemin tıp uygulamasının ana ekseninde yer alması ve meslek ahlak ilkelerinin belirlenmesi bu geleneğin köşe taşlarını oluşturmaktadır.

Hekim Alkmaion'un denge kuramı, felsefede Empedokles tarafından "Dört Unsur kuramı" olarak geliştirilmiş ve desteklenmiştir. Hippokrates, Dört Unsur Kuramını tıp alanında fizyolojik sistemin açıklayıcı kuramı durumuna getirir. Ateş, hava, su ve topraktan oluşun dörtlüye karşılık gelen nemlilik, kuruluk, sıcaklık ve soğukluk hastalıkların nedeni olarak gösterilir. Bir başka deyişle hastalığın doğaüstü güçlerden

ve tanrılardan kaynaklandığı biçimindeki yaklaşım reddedilerek, hastalık nedenlerinin de doğada bulunduğu öne sürülür. Balgam, kan, sarı safra ve kara safradan oluşan dörtlü vücut sıvısı fizyolojinin temelidir, ve vücut sıvılarına bağlı olarak tanımlanan dört tip "mizaç"tan söz edilir. (Flegmatik = balgamlı, Sanguin = kanlı, Kolerik = sarı safralı, Melankolik = kara safralı).

Hastalık etkenlerinin doğada bulunduğunu öne süren Hippokrates, aynı zamanda "doğanın iyileştirici gücü"nü de kabul etmektedir. Bu durumda hekimin başlıca görevi hastanın yakınında bulunarak, doğadaki iyi edici gücün etkisini göstermesine katkıda bulunmaktır. Tedavide temel ilkenin, ilaç kullanmaktan çok müshil, kusturucu, kan aldırma gibi çeşitli yöntemlerle vücudu toksik maddelerden arındırmak ve diyet yapmak biçiminde belirlenmesi bu anlayışı desteklemektedir. Hastanın fiziksel olduğu kadar psikolojik açıdan da güçlendirilmesi gerektiğini savunan Hippokrates bu savıyla, belki de, "sevgi"nin birleştirici güç olduğu yolunda Empedokles'in öne sürdüğü düşünceyi izlemiş olmaktadır.

Hippokrates'in tedavisinde hasta gözlemi ve hastalığın gidişini önceden kestirebilme yeteneği oldukça önemlidir Çünkü hekimi ilgilendiren tıbbi araştırmadan çok, hastanın sağlığına kavuşturulmasıdır. Gözleme verdiği değeri, deneye vermemesi hatta "sakıncalı" bulması bu amaca bağlı olabilir (Serdaroğlu, 1996, s.: 15).

Hippokrates'in öğretisinde tıp, bir "sanat" olarak nitelendirilmektedir. Bu nitelendirme tıp uygulamasının biçimine, belli düzeyde yetenek gerektirmesine ve mesleğin işlevine bağlı olabileceği gibi, tıbbı doğa felsefecilerinin doğrudan ilgilendiği bir alan olmaktan çıkarma çabasına da bağlanabilir.

Bilim öncesi rasyonel tıp düşüncesinin çağlar boyu etkinliğini sürdürmesinde önemli bir etken, Hippokratik tıp anlayışının, Aristo felsefesi tarafından büyük ölçüde desteklenmiş olmasıdır. Aristo felsefesinin ve yöntem anlayışının verdiği bu desteğin en belirgin anlatımı, tıpta dogmatik okulun ortaya çıkmasıdır. Hippokrat'ın düşüncelerinin ve tıp bilgisinin bir mantık sistematiği içinde ele alınması gerektiğini, yeni kuramların ortaya atılması için gözlem ve araştırmanın zorunlu olduğunu öne süren bu okul, deyim yerindeyse Hippokrates tıbbından yeni bir anatomi ve fizyoloji anlayışına geçişin başlangıcı olmuştur. Kuşkusuz bu yeni anlayışta İskenderiye Okulu'nun (İ.Ö. 320) büyük katkısı gözden ırak tutulamaz. Dinsel baskının söz

konusu olmadığı bu dönemde, Herophilos ve Erasistratos'un insan vücudunu tanımaya yönelik post-mortem anatomi araştırmaları ve hayvan deneyleri, hem anatomi hem de fizyoloji bilgilerinin artmasına yol açmıştır. Deneysel tıbba giden yolda bu ilk çalışmalar, günümüzdeki bilimsel-deneysel tıp anlayışının kökenlerini oluşturmaktadır (Serdaroğlu, 1996, s.: 20-22).

Roma uygarlığının parlak döneminde ve Hellenistik gelenekte yetişmiş olmakla birlikte, Hippokratik öğretiye bazı noktalarda eleştiriler getirerek Methodist Okulu kuran Asklepiades (İ.Ö. 25...)in tıp anlayışı atomcu akımın etkilerini yansıtmaktadır. Methodist kurama göre hastalık, vücuttaki atom hareketlerinin bozulmasından, gerginlik ve gevşeklik arasındaki dengenin ortadan kalkmasından kaynaklanmaktadır. Doğanın iyileştirici gücünü yadsıyan ve hastalığın hızla etkin tedavisinin yapılması gerektiğini öne süren Asklepiades, bu söylemiyle hekimin pasif gözlemci değil, aktif önleyici ve iyileştirici rolü olduğunu dile getirmektedir.

Bu dönemde ortaya çıkan bir başka tıp anlayışı, stoik felsefeden kaynaklanan ve hayati cevherin hava (Pneuma) olduğunu öne süren Pneumotist Okuludur.

Yukarıda sözü edilen farklı tıp anlayışlarını bağdaştırmaya çalışan ve bu nedenle "Eklektisizm" olarak bilinen akımın en tipik temsilcisi, yüzyıllar boyu özellikle anatomide"otorite"sini sürdüren, hatta "anatomi yanılır, o yanılmaz" sözleriyle tıp tarihinde adından söz ettiren Galenos (İ. S. 131-200)'dur. Galenos'un tıp anlayışının temel bileşenleri; Dört unsur kuramı, pneumotist yaklaşım, Aristo felsefesi, mistisizm ve demonoloji (cin, şeytan bilimi) olarak özetlenebilir.

Tıp düşüncesinin gelişimi sırasında, zaman zaman kalıtımcı, spritüalist, astrolojik yaklaşımlar da söz konusu olmuş, ancak bu akımlar bir paradigma durumunda olan Hippokratik-Galenik tıp anlayışının etkinliğini sürdürmesini engelleyememiştir.

Ortaçağ, tüm öteki alanlarda olduğu gibi tıp düşüncesi için de "karanlık çağ" olma özelliğini korumuş, dinsel dogmaların olumsuz etkisi burada da kendini göstermiştir. Hastalıkların, vücuda giren ya da onu esir alan cin ve şeytanlardan kaynaklandığını öne süren demonolojik tıp anlayışının en etkili olduğu dönemin ortaçağ olduğunu söylemek olanaklıdır. Benzer şekilde astrolojinin tıp düşüncesine etkisi de, yeniden hortlatılmış, gök cisimleriyle insan bedeni arasında kurulan ilişkilerden yola çıkılarak hastalıkların tanı ve tedavisine çalışılmıştır. Oğlak burcunun dizlere, balık burcunun

ayaklara, akrep burcunun cinsel organlara karşılık olduğunu gösteren "Zodiak insan" resimleri tıbbi çizimler arasında yer almıştır. Ayın hareketleri gözlenerek düzenlenen kan alma uygulamaları da bu anlayışın yansımalarıdır.

Dinin ve kilisenin engelleyici etkisi ile toplumsal-siyasal yapıların dinsel öğretilere koşut giden olumsuz tutumlarına karşın, tıpta deneysel çalışma yapma ve yeni buluşlar arayışı içinde olma gereksinimi tarihin her döneminde var olmuştur. Kuşkusuz bunda ardı arkası kesilmeyen savaşların ve baş edilmesi gereken ölümcül salgın hastalıkların uyarıcı etkisi gözden kaçırılmamalıdır. Ancak adı geçen dönemde, tıptaki gelişmenin ardında en büyük desteğin Salerno (9. yüzyıl), Bologna (1150), Montpellier (1173), Padua (1222), Napoli (1224) ve Paris (1280) Üniversiteleri tarafından sağlandığını belirtmek gerekir. Tıp eğitiminin kurumsallaşması ve bazı üniversitelerde özekliğin bir ölçüde yaşama geçirilmesi tıp düşüncesine yeni boyutlar kazandırmış, tıp etkinliğinin uygulamasına ve kuramsal yönüne ilişkin gözlem, araştırma, deney ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine olanak sağlamıştır. İ.S. 300 yıllarından başlayarak, hastaların tapınaklardan alınıp yeni kurulan hastanelere yerleştirilmesi ve daha sonra üniversitelerle ilişkilerin geliştirilmesi sürecin hızlanmasına katkıda bulunmuştur (Öztürk, 1996),

Ayrıca 13. Yüzyılda ortaya çıkan ve bilimin gelişiminde önemli etkileri olan Fransisken ve Dominiken tarikatlarının, Hristiyanlığa akılcı temel arama yolundaki çabalarının tıp düşüncesine de olumlu yansımaları olmuştur. Örneğin Fransiskenlerce yetiştirilen, Ptolemei astronomisini bilim dışı bulan ve her türlü bilginin kaynağı olarak vahiy ve Aristo mantığının gösterildiği bu dönemde, bilimin deneye dayanması gerektiğini öne süren Roger Bacon, çağının ilerisinde bir bilim adamı olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 1994, s.: 74).

2.5.1.3. Çağdaş Bilimsel-Deneysel Tıp Düşüncesi

16. yüzyılda başlayan, Reformasyon ve Rönesansla devam eden aydınlanma dönemi düşünce yaşamında eskisinden farklı olarak insan merkezli anlayışın gündeme getirildiği bir dönem olmuştur. Başlangıçta Orta Avrupa'dan kaynaklanan ve Katolik kiliseye karşı dinsel bir ayaklanma niteliğinde olan Reformasyon hareketi yeni bir

sosyal sınıfın, burjuvazinin doğuşunu haber veriyordu. Protestanlığın ve burjuvazinin önderliğinde, köylülerin desteğini alarak yükselen dinsel-sınıfsal karakterli Reformasyon süreci, dinsel dogmaların sorgulanmasını da birlikte getirdi. Matbaanın keşfi ve böylece dinsel metinlerin kolayca elde edilir duruma gelmesi, tartışma ve sorgulamanın yaygınlaşmasına büyük katkılarda bulundu. Bu sorgulama, başta düşünce alanı olmak üzere, yaşamın her alanında büyük değişikliklere yol açtı.

"Dünyayı ve insanı keşfetme" olarak nitelendirilen Rönesans, dinin ve skolastik felsefenin yerini bilimsel araştırma ve teknik gelişimin aldığı bir dönemin başlangıç atılımını oluşturmaktadır. Asıl etkileri sanat, tarih, felsefe ve politika alanlarında görülen Rönesans'ın tıp düşüncesine en büyük katkısı, "özgür düşünceyi ve aklı" temel alması yanında sanatın tıp alanında kullanılması biçiminde olmuştur. Rönesans sanatının tıpla ilişkisinde bilinen en büyük isim, anatomi ve fizyolojideki çalışmalarıyla, kuşkusuz Leonorda da Vinci'dir.

Rönesans tıp düşüncesinde en renkli simalardan biri geleneksel yaklaşımları, İbni Sina ve Galenos gibi tıp otoritelerini bir yana iterek, gözlem ve deneyi ön plana alan, kimi zaman "deha", kimi zaman "psikopat" ya da "şarlatan" olarak nitelendirilen Paracelsus'dur. Metallerin tedavide kullanımını sağlayan ve "meslek hastalıkları" kavramını tıbba kazandıran ilk kişidir.

Vesalius tarafından gözleme dayalı modern anatominin kurulması, Servetus tarafından solunum organı akciğerlerin dolaşımdaki rolünün keşfedilmesi, kimya alanındaki çalışmaların fizyolojiye katkıları ve fizyolojide deneysel çalışmaların geliştirilmesi bu dönemin başarılarındandır.

16. yüzyıl sonlarına doğru bilimsel gelişmeler hızlanmaya başlar. Francis Bacon'un, deney ve sınıflandırmayı önemseyen bilimsel yöntem anlayışı, Descartes'in dedüksiyon, analiz ve sentezi öne çıkaran yaklaşımı, Galileo ve Newton'un mekanik yasalara göre işleyen dünya tasarımları bu gelişmeyi hızlandıran en önemli etkenler olmuştur.

17. yüzyılda bilimsel gelişmenin devrimsel nitelik kazanmasında, bilimsel çalışmalarını Aristo geleneğini yaşatan üniversitelerin dışında sürdürmek durumunda kalan bilim adamlarının kurduğu bilim akademilerinin büyük etkisi olmuştur. Napoli, Roma Floransa, Londra ve Paris'te kurulan bu akademiler, özgür tartışma ve bilimsel

araştırmaların yoğunlaştığı merkezler olarak bilim dünyasında önemli bir yer edinmişler ve bilgi üretimine katkıda bulunmuşlardır.

Bilimsel gelişmelerin, büyük ölçüde ticaret ve sanayideki gelişmelerle birlikte yürütülmesi dikkati çeken bir özelliktir. Uluslararası ticaretin hız kazandığı bu dönemde tüccarlar, maliyeti düşürmek ve üretimi arttırmak için keşiflere gereksinim duyduklarından bilimsel çalışmaları destekliyorlardı. Bu karşılıklı etkileşimin sayısız örnekleri arasında denizcilik ve takvim sorunlarının astronomiye ilgiyi arttırması, maden endüstrisinin gereksinimlerinin hava pompası, barometre ve termometrenin keşfine yol açması, endüstrideki doğru ölçme gereksiniminin sarkaçlı saat, mikrometre gibi duyarlı ölçüm araçlarının keşfini doğurması sayılabilir (Yıldırım, 1994, s.: 116).

17. yüzyılda tıp alanında sağlanan gelişmeler, tüm öteki alanlardaki başarılardan bağımsız değildi. Kan dolaşımının (Harvey), kapiller dolaşımın (Malpighi), lenfatik sistemin (Swammerden) keşfedilmesi, mekanik fizyolojiye yönelik çalışmaların başlatılması, sistemli klinik öğretimin yaygınlaştırılması, otopsi ve anatomo patoloji çalışmaları dönemin önemli gelişmeleridir.

18. yüzyılda tıp düşüncesi Kant, Rousseau, Voltaire, Locke, Leibnitz, Condillac gibi felsefecilerin ve Volta, Cavendish, Galvani, Priestley, Lavoisier gibi bilim adamlarının etkisinde kalmıştır (Nasuhioğlu, 1974, s.: 45). Felsefede yapılan tartışmalar neden-sonuç ilişkilerinde deneyin rolü üzerinde odaklanmış ve deyim yerindeyse deneyci felsefe aydınlanma felsefesiyle el ele vermiştir. Fizyolojideki büyük buluşların bir kısmi kimyada ve fizikte devrim yaratan gelişmelere bağlıdır. Priestley'in oksijeni keşfi, Lavoisier'in canlı ve cansızlar için tek bir kimya olduğu, doğada hiçbir şeyin kaybolmayacağı ve yeniden yaratılamayacağı yolundaki görüşü ile solunumu açıklaması, Galvani ve Volta'nını elektriği keşfetmesi fizyolojiniin ön plana geçmesinde etkili olmuş gelişmelerdir. Haller'in solunum, kas ve sinir fizyolojisiyle ilgili deneysel çalışmaları, yeni fizyoloji anlayışının başlangıcını oluşturmuştur.

Bu dönemde yukardaki hızlı gelişmelerle birlikte, bir çok hastalık kuramları da ortaya atılmıştır. Helmont'un vücuttaki işlevlerin, tam bilinemeyen duyumsal ruhla beden arasında etkileşimi sağlayan "archaus"larca düzenlendiğini öne süren

"animistik kuramı"ndan sonra Stahl'ın ortaya attığı görüşler "vitalist kuram" denilen ve belirsiz bir yaşam gücü ilkesine dayandırılan anlayışın öncüsü olmuştur. Stahl'a göre bedendeki fizyolojik ve kimyasal süreçler duyumsal ruh tarafından yönetilmektedir. Hastalıkta ruhun savaşımı söz konusudur ve iyileşmeyi de bu ruh sağlayacaktır (Öztürk, 1996).

Hoffmann'ın ileri sürdüğü kurama göre, sinirlerden kaslara akan sıvı kaslarda gerginliği sağlamakta, gerginliğin azalması kronik hastalıkları, artması ise akut hastalıkları oluşturmaktadır. Hahneman tarafından ileri sürülen "homeopati kuramı" tıp eğitiminde yer almamakla birlikte, günümüze kadar gelmiş bir kuramdır. Temel olarak, sağlıklı kişide bazı semptomlara neden olan maddelerin, hastalık durumunda bu semptomları ortadan kaldırdığı ve ilacın seyreltildiği oranda etkili olduğu ilkesine dayanmaktadır. Aynı yüzyılda Rasori'nin ortaya attığını "stimülan teori" ise homeopatinin tersine yüksek doz ilaçla tedavi ilkesini benimsemiş, ancak kuramın uygulanması intoksikasyonlarla sonuçlanmıştır. Yeni keşfedilen elektriğin, tıpta özellikle felçli hastalarda bilinçsiz kullanımı, geniş yanıklara yol açarak uyarıcı olmuştur (Nasuhioğlu, s.: 48-50).

Yüzyılın akıl hastalıkları ile ilgili iki önemli gelişmesinden ilki Pinel'in, akıl hastalarının cezalandırılacak değil, tedavi edilecek insanlar olduğunu öne sürerek onların zincirlerinden kurtarılmasını sağlaması ve böylece psikiyatrinin kuruluşu yolunda ilk ciddi adımı atmasıdır. Ötekisi ise A. Mesmer tarafından ortaya atılan "animal manyetizma" kuramıdır. Hipnozun ve psikoterapinin öncüsü sayılan Mesmer, insanın evrensel güçlerini başka insanlara demir çubuklar aracılığıyla manyetik olarak aktarabileceğini savunmuş ve bu görüşleri nedeniyle büyücülük ve şarlatanlıkla suçlanmıştır.

Görüldüğü gibi, 18. yüzyılda art arda tıpla ilgili düşüncelerin ortaya atılması ve bunlar arasında temeldeki bilimsel anlayış farklılığı, yüzyıllar boyu aynı paradigma çevresinde yer alan tıp dünyası için ilginç bir göstergedir.

19. yüzyılı, önceki yüzyıllardan ayıran en büyük değişiklik bilim ve endüstri ilişkisinde kendini gösterir. Son üç yüzyıldır birbirine destek veren ve birbirini etkileyen, ancak, kendi içindeki dinamiklere büyük ölçüde bağlı kalan bu iki alan özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak adeta iç içe geçmiştir. Elektirik

üzerindeki bilimsel çalışmalarınendüsriyekazandırıldıklarıbuilişkinin en somut örneğidir. Bu dönemin göze çarpan bir özelliği, bilime saygı ve ilginin yaygınlaşmasıdır. A. Comte tarafından öne sürülen, din ve metafiziğin yerine bilime dayalı pozitivist bir dünya görüşünü içeren yeni bir felsefenin düşünce alanında yerini alması bu ilginin göstergesidir.

Egemen paradigma olan Newton mekaniğinin bilim çevrelerinde materyalist bir dünya görüşünün gelişmesine olanak sağlaması ve determinizm ilkesi 19. yüzyıl düşüncesinin temel karakteristikleridir.

Tüm bu özellikler, bir yandan daha kapsamlı kuramlarla bilimin çeşitli dallarında ulaşılmış sonuçları toplama ve birleştirme olanağı sağlarken öte yandan hemen her alanda uzmanlaşma eğiliminin doğmasına ve giderek hız kazanmasına yol açmıştır. Bilim ve teknolojide görülen büyük gelişmeler bu yüzyılda ilerlemeye olan inancın da pekişmesine neden olmuştur (Yıldırım, 1994, s.: 144-145).

19. yüzyıl bilim dünyasında kuşkusuz en önemli kuram, yalnız biyolojide değil, insan düşünce yaşamının başka cephelerinde de devrimsel nitelikte değişikliklere yol açan Darwin'in evrim kuramıdır. Çok sayıda olgusal kanıtlarla desteklenen ve sağlam bir akıl yürütmeyle ortaya konulan bu kuramın bilimsel niteliği, din ve geleneğe bağlı önyargıları temelden sarsan entelektüel sonuçları, insanın evren ve kendi türüne ilişkin tasarımının yeniden tanımlanmasına yol açıyordu.

Adı geçen yüzyılda tıp düşüncesini biçimlendiren ikinci önemli gelişme mikrop kuramının ortaya atılmasıdır. Başta Pasteur olmak üzere Koch ve Lister gibi bilim adamlarının çalışmaları sonucu geliştirilen bu kuramla, mikrop denilen son derece küçük canlıların hastalıklara yol açtığı öne sürülüyordu. Kuram doğrultusunda pastörizasyon ve aşıların keşfedilmesi (Pasteur), hastalığa yol açan mikrobun belirlenmesine yönelik ilkelerin saptanması (Koch) ve kuramın cerrahiye uygulanmasıyla antisepsi yöntemlerinin geliştirilmesi (Lister) tanı ve tedavide önemi atılımların gerçekleşmesini sağlamıştır. Bu nedenle 19. yüzyıl ikinci yarısının "bakteriyolojik dönem" olarak tanımlanması boşuna değildir.

Darwin'in evrim kuramından sonra biyolojide sağlanan gelişmelerden biri tıp alanını da yakından ilgilendiren ve Mendel tarafından ortaya atılan kalıtım kuramıdır. Günümüzde, insan türünün geleceğine yönelik büyük tartışmalara yol açan genetik

biliminin doğuşu bu kurama bağlıdır. Kuramın en önemli sonuçlarından biri, organizmanın kalıtımsal materyali barındıran "hücre"lerden kurulu olduğunun anlaşılmasıdır. Bu yeni bir tıp anlayışının da başlangıcıdır (Yıldırım, 1994, s.: 136-142).

19. yüzyıl tıp düşüncesinde etkili olan kuramların geliştirilmesinin temelinde kuşkusuz bilim anlayışının ve yönteminin büyük yeri vardır. Bu noktada tıpta bilimsel-deneysel yöntemin öneminin ortaya atan, onun ilkelerini belirleyen ve kuramsal yapısını oluşturan Claude Bernard'ın adı bir "öncü" olarak anılmaya değer.

Tıpta teknolojinin ağırlıklı olarak kullanılmaya başlaması, bu alanda ulaşılan bilginin de hızla artmasına yol açmıştır. Mikroskobun kullanımı, x ışınları ve radyo aktivitenin keşfi sonucu tanısal yöntemlerin geliştirilmesi, anestezi ve cerrahideki teknik yenilikler tanı ve tedavi olanaklarının her geçen gün genişlemesine neden olmuştur.

20. yüzyıl başında Freud'un geliştirdiği Psikanalitik kuram insanın düşünce dünyasında neredeyse Descartes'dan beri geri plana itilen ruhsal aygıtın yapısal çözümlemesine dayanır ve bu niteliğiyle tıp, sosyal bilimler, felsefe ve politik çevrelerde uzun süren yoğun tartışmalara yol açmıştır. Psikiyatri alanında etkinliği o kadar büyük olmuştur ki, yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan reformist anlayışlara ve anti-psikiyatri akımına karşın tanı ve tedavide Freud'un kuramına başvurmak günümüzde de önemini korumaktadır.

20. yüzyıl, tıpta kazanılan başarıların bolluğu açısından öteki dönemlerle karşılaştırılamayacak bir dönemdir. Antibiyotiklerin ve aşıların art arda keşfedilmesi, enfeksiyonların etkin kontrolü açısından büyük önem taşır. Bunda kuşkusuz hastayı tek bir birey olarak almaktan çok çevresiyle birlikte değerlendirme ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi düşüncesinin de katkısı olmuştur. Kronik hastalıkların izlemi konusunda yeni yaklaşımların ortaya atılması, vitaminlerin ve hormonların keşfedilmesi, patogenez kuramlarının ultra strüktürel düzeyde deneylerle ve bilimsel çalışmalarla desteklenmesi, uzmanlaşmanın yol açtığı derinlemesine bilgi birikiminin sağladığı olanaklar, günümüzde organ ve doku aktarımlarıyla yaşamı sürdürmeye yönelik aktif çabalara kadar gelmiştir.

Tıp düşüncesinin evrimi, sihir-büyü gibi bilimdışı yaklaşımlardan gözlem, deney ve sonuçları yorumlama biçimindeki bilimsel aşamaya ulaşıncaya kadar düzgün doğrusal bir gelişim izlememiştir. Bu uzun tarihsel dönemde, zaman zaman geri dönüşler ve sapmalar yaşanmış, geleneksel yöntemlerin değişimine direnen yapıların kendi yollarında etkinliklerini korumalarıyla günümüze kadar gelmiştir. Ancak öteki alanlarda olduğu gibi tıpta da tarihin tekerleği ileriye doğru her zaman daha hızla dönmüştür.

2.5.2. Çocuk Hekimliğinin Evrimi

Tarih öncesi dönemde özellikle Eski İranlılar, Kartacalılar, Araplar ve Fenikeliler'de çocuk öldürmenin yaygın bir uygulama olduğu bilinmektedir. İkiz çocuklar, evlilik dışı ya da uğursuz sayılan günde doğanlar, doğumsal anomalili ve düşük doğum ağırlıklı bebekler bu uygulamaya kurban edilerek bir tür doğal ayıklama yapılmak istenirdi. Eski Mısırlılarda ise ölen ana ve baba ile birlikte çocuklardan birinin, öteki dünyada onlara bakmak üzere diri diri gömülmesi geleneğinden söz edilmektedir. Afrika yerlileri arasında önce alt yerine üst süt dişleri çıkan çocukların başkalarının ölümüne yol açacağı biçimindeki boş inanç yüzünden suda boğularak öldürüldükleri bilinmektedir. Eski dönemlerdeki halk tıbbında yeni doğanının ilk banyosuna çok önem verilir ve iklime göre soğuk ya da sıcak su, zeytinyağı, şarap ya da tuzlu su kullanılırdı (Tümay, 1948, s.: 4).

2.5.2.1. Eski Uygarlıklarda Çocuk Sağlığına yaklaşım

Sümer tabletlerinde onların çocuk hekimliği üzerindeki düşüncelerine yönelik bir açıklamaya rastlanmamış olmakla birlikte suya ve güneşe tapan bir toplum olmaları, hekimler için kullandıkları sözcüğün (Â-zû) "suları tanıyan kimse" anlamına gelmesi ve suyu iyileştirici olarak kullanmış olmaları göz önünde bulundurularak çocuk hijyenine özen göstermiş olmaları olasılığını dile getirenler vardır (Sayılı, 1991, s.: 414).

Eski Mısırlıların çocuk bakımı ve hekimlik üzerine görüşleri önemlidir. Ebers papirüsünün 50 bölümünden biri çocuk hekimliğinden söz etmektedir ve "ana ve

çocuğun papirüsü" olarak adlandırılmaktadır. Papirüste çocuklardaki barsak parazitleri, idrar bozuklukları, uyuz ve vücut parazitleri, çocukların ağlama nedenleri, ana-çocuk iletişimi konularında mistik ve sihire dayalı açıklamalar yer almaktadır. Onların çocuklarda koruyucu hekimliğe önem verdikleri, memeden kesilen çocuklara hemen yemek verilmediği, inek sütü içirildiği, daha sonra sebzelere geçildiği, küçük çocukların soğuk ve mikroplardan korumak için büyük ve yumuşak örtülere sarılarak taşındığı bilinmektedir (Tümay, 1948,s.: 5-6).

Ramasseum Papirüslerinin bir numaralı olanı da loğusalar ve yeni doğanlarla ilgilidir. Çocukların yaşamalarıyla ilgili kehanetler ve gebeliği önleyici yöntemler ele alınan konular arasındadır. Çocukların diş çıkarma ağrılarında pişmiş farenin iyi geldiği inancı; daha sonra Yunanlılar, Romalılar ve 16. Yüzyıl İngiltere'sinde de rastlanması açısından ilginç bir gelenektir (Sayılı, 1991, s.: 119-150).

Babilliler çocuk yetiştirmeye çok büyük önem verdikleri, bunu sağlamak için gebe kadınları korudukları ve hatta annelere maaş bağladıkları dile getirilmektedir. Musevilerde çocuk, Tanrı'nın bir yardımı olarak görülür ve bu nedenle erkek çocuklar çok sevilirdi. Gebe kadın ve çocuğuna oldukça değer verilir, korumak ve kollamak için her türlü önlem alınırdı. Emzirme bir kuraldı ve eğer annenin bebeğine süt verme olanağı yoksa süt anne tutulurdu. Süt anne bulunamadığı zaman çocuklar yapay olarak beslenirdi. Tevratta çocuk hastalıkları, yeni doğan beslenmesi ve çocukluk hijyenine ilişkin bilgiler yer almaktaydı.

Eski Hint uygarlıklarındaki hekimlik uygulamalarına sihir ve efsunla ilgili gelenekler egemendi. Hintlilerin iki büyük tıp kitabından biri olan Yacur-Veda'nın 5. bölümü çocuk hekimliği tarihinde önemli bir yer alır. Adı geçen kitapta doğumdan sonra çocukların bakımı, annelerde olan emzirme düzensizlikleri, puerperal hastalıklar ve bunların tedavisi incelenmiştir. Anne sütü verilemeyen çocuklar için tutulan süt ninelerin iyi aileden gelmesine ve sağlıklı olmasına özen gösterilirdi. Çocuklardaki kabızlık, idrar hastalıkları, sürekli ağlama, dalak büyüklüğü, barsak parazitleri Yacur-Veda'da yer alan konulardı. Göz, diş kulak, baş ve kalp hastalıkları genellikle parazitlere bağlanırdı. Kusturucu ilaçların kullanımı yasaklanmıştı, müshiller az kullanılırdı, ancak sülük uygulaması çok yaygındı. Hintliler' de bulaşıcı hastalıklar sırasında çocukların toplumdan soyutlanması öğütlenirdi. Ağır salgınlar yapan çiçek

hastalığına karşı özel bir aşı uyguladıklarından da söz edilmektedir (Tümay, 1948, s.: 7).

Ispartalılar çocukluk tarihine çocuk öldürme uygulamalarıyla tanınan bir toplum olarak geçmişlerdir. Zayıf, anomalili çocukların yaşama hakkı olmadığı düşünülür ve öldürülürdü. Çocukların tanrılara kurban edilmesi yaygındı. Yeni doğanlar buzlu suya daldırılarak bir süre bekletilir, bu sırada ölmezlerse yaşama hakkı kazanırlardı. Küçük çocukların emzirme ile beslendiği, emziren anneye saygı gösterildiği belirtilmektedir.

Hipokrat'ın aforizmalarında 200 kadar hasta çocuk gözleminden söz edilmektedir. Bunlar arasında aft, kusmalar, öksürük, uykusuzluk, gece korkuları, otitis media, asthma, skrofül, kabakulak, orşit, epilepsi ve enürezis yer almaktadır. Süt çocukluğu dönemine ilişkin hastalıkları anlatan yazılar, difteri, yeni doğan anomalileri, doğuştan kalça çıkıklığı, sefalhematom, kordon enfeksiyonları, fetüsün yaşama yeteneğine ilişkin bilgiler, anne sütünün doğal besin olarak kabul edimesine yönelik konularda bilgiler içermektedir.

Eski dönem çocuk hekimliğinde yeri olan hekimlerden biri de Soranus (İ.S. 98-138)dur. Çocuk, doğum ve kadın hastalıkları üzerinde çalışmaları vardır. Yeni doğanın şarapla yıkanmasını uygun görmediği, çocuk odasının sıcak olmasını ve havalandırılmasını önerdiği, süt anne seçiminde özen gösterilmesi gereği, erken dönemde çocukların yürütülmesinin bacak eğriliklerine yol açacağı konusundaki düşünceleri bilinmektedir. Galenos ise raşitizmden sözetmesi nedeniyle çocuk hekimliği tarihinde önemli bir yere sahiptir (Tümay, 1948, s.: 9).

Bu noktada Hegel'in varlığın diyalektik gelişim sürecini açıklamak üzere öne sürdüğü "tez", "anti tez" ve "sentez" den oluşan ünlü üçlüsünün S. Ünver tarafından tıp tarihine uyarlama örneğinden sözetmek yerinde olacaktır. Ona göre "Hipokratizm tez, Methodizm anti tez, Galenos'un eklektizmiise sentezdir. Senteze ulaşıldıktan bir süre sonra eklektizm de bir tez olacak ve onu antitezlerle sentezler izleyecektir." (Ünver, 1943, s.:6).

Rönesansa kadar olan dönemde çocuklarla ilgili sosyal olgulardan biri çocuk ticareti öteki ise terkedilen çocuklar için açılan şefkat evleridir ya da çocuk yuvalarıdır. İlki

787'de Milanolu Lethens tarafından açılan bu evlerin günümüzdeki çocuk yuvalarının öncülü olduğu dile getirilmektedir.

Bartholomaeus Metlinger, çocuk hastalıkları ve bakımına ilişkin monografisinde emzirme yöntemleri, kundaklama, temizleme, uyku saatlerinin düzenlenmesi, masaj, egzersiz, göbek bakımı, sarılık, kızamık, çiçek hastalığı ve çocuk eğitimi konularında incelemelerini dile getirmiştir. Görüşlerini Hipokrat, Galenus ve Razi'inin bilgilerine dayandıran ve kendi değerlendirmelerini de ekleyen Metlinger, zamanın en iyi kitaplarından birini yazmıştır. Bu döneme ilişkin çalışmalardan biri de Cornelius Roelants'ın çocuk hastalıkları üzerine yazdığı 233 sayfalık tretedir (Tümay, 1948 s.: 10).

2.5.2.2. Çocuk Sağlığına İlginin Artması

Çocuk hekimliği konusundaki çalışmalar 16. yüzyılda artmaya başlamıştır Thomas Fhayre ilk İngilizce çocuk hekimliği kitabı olan "Boke of Children" adılı yapıtından dolayı "İngiliz çocuk hekimlerinin babası" adıyla anılmaktadır. 1545'de yazılan kitap özgün bir buluştan söz etmemekle birlikte, göz ardı edilen çocuk sağlığı konusunda toplu bir yapıt olması nedeniyle önem kazanmıştır. Benzer şekilde Hieronymus Mercurialist'in biri küçük öteki büyük çocuklardaki hastalıklara ilişkin iki kitabı vardır. Felix Platter ise solunum sıkıntısıyla ölen 5 aylık bir çocuğa yaptığı otopsi ile tanınmaktadır. Fransızca ilk çocuk hastalıkları kitabı Simon de Vallanbert tarafından kaleme alınmıştır; Gabriel Mirom'un 1544'de Latince basılan eserini kendi görüşleriyle genişleterek 1565'de yayınlamıştır (Tümay, 1948 s.: 11).

Francis Glisson tarafından 1650'de yayınlanan ve raşitizmin sistematik tanımı, belirtileri, el ve ayak bilekleri ile kaburga kemiklerindeki deformasyonların özenle incelendiğiyapıt anılmaya deger bir eserdir.

Thomas Sydenham (1624-1689)'ın kore üzerindeki incelemeleri, kızıl, kızamık ve bronkopnömoniye ilişkin klinik gözlemleri çocuk hekimleri tarafından özel bir önem taşır. Öğrencilerinden Walter Harris'in "De Morbis Acutis in Infantum" adlı kitabında çocukların bazı hastalıklarının asit-baz dengesizliklerine bağlı olduğu dile getirilmiş ve tetani konvülsiyonlarında kalsiyum kullanılması önerilmiştir.

Amerika'daki çocuk hekimliği çalışmaları 1678'de kilise başpapazı Thomas Thatcher'ın "Yeni İngiltere Halkının Çiçek ve Kızamıktan Korunmalarına Rehberlik Edecek Kısa Öğütler" adlı sirküleri ile başlamıştır. Jeant Astruc (1684-1766)'un çocuklarda doğumdan 25 yaşına kadar görülen hastalıkların konu edildiği, anneler, ebeler, hasta bakıcılar ve mürebbiyelere öğütleri içeren kitabı dönemin çalışmaları arasındadır. Bir başka inceleme Morganie'nin "Hastalığın Yerleri ve Nedenleri" adlı yapıtıdır ve çocuklar üzerindeki otopsilerde doğumsal kalp hastalıklarının şekilleri yer almaktadır. Frederich Hoffmann'ın "Praxis Clinica Morborum Infantum" adlı çalışması 1715'de yazılmıştır ve çocuk felci, kloroz, boğmaca, barsak parazitleri ile fetüsün intra uterin hastalıklarını incelemektedir (Tümay, 1948, s.: 12).

Ondört ve onsekizinci yüzyıllar arasındaki dönem veba, kızıl, kızamık, boğmaca, çiçek gibi salgın hastalıklarla pek çok insanın kaybedildiği bir dönemdir. Vebadan Doğu Prusya'da 300 000 kişi, boğmacadan sadece İsveç'te 1749-1764 yılları arasında 43 000 bin kişi, çiçekten 144 194 çocuk, kızıldan Saksonya'da 1795-1805 yılları arasında 40 000 çocuk öldüğü bilinmektedir (Tümay, 1948, s.: 13). Şair Petrarch'ın 14.yüzyılda çok yakınına kadar ulaşan ve "kara ölüm" olarak adlandırılan veba salgınından sonra "Ne mutlu gelecek kuşaklara, böyle büyük acılar yaşamayacaklarve bizim yaşadıklarımızı bir masal gibi dinleyecekler" demesine karşılıkveba etkisi, üç yüzyıl daha sürmüştür. Braudel ise "hiçbir hastalık böylesine toplu deliliklere ve dramlara yol açmamıştır"sözleriyle trajediyi dile getirmektedir (Ersoy, 1996, s.: 79-80). İnsanlığın binlerce yıldan beri başına bela olan çiçek hastalığına ilişkin bir söylencede ise onun Güney Doğu Hindistan'da ilk ortaya çıktığı zaman Arracan'dan gelmiş bir cin olduğunun düşünüldüğü, bu nedenle bir maymunun kurban edilerek şeytana yakarıldığı dile getirilmektedir (Ersoy, 1996, s.: 118).

Adı geçen salgınlara karşı koruyuculuk alanında bazı çalışmalarancak onsekizinci yüzyıldagündeme gelmeye başlamıştır. Çiçek hastalığından korunmak için alınan önlemler konusunda Türklerin uygulamaları üzerinde durulmaya değer bir noktadır. Eldeki bilgilere göre Lady Montague, 1717'de İngiltere'deki dostlarına yazdığı mektupta İstanbul'da çiçek hastalığına karşı yapılan uygulamalardan sözetmektedir. Hastalığa yakalananların veziküllerinden alınan materyalin deri üzerine çizilmesi biçimindeki bu yöntemin (variolizsayon) 1679'da Anadolu'dan gelen bir aşıcı kadın

tarafından yine İstanbul'daki çocuklar üzerinde gerçekleştirildiği dile getirilmektedir. Daha sonra E. Jenner'in 1798'de geliştirdiği çiçek aşısı, ülkemizde ancak 19.yüzyıl sonlarına doğru uygulanmaya başlamıştır (Ünver, 1943, S.: 175-176).

Bu dönemde Nils Rosen Von Rosenstein'in 1753'de yayınladığı eser en iyi çocuk hastalıkları kitaplarındandır ve fazla beslenmenin zararları, ishalin diş çıkarma ile ilgisinin bulunmadığı, belirtilmekte, çiçek hastalığı üzerinde durulmakta ve ishallerin sınıflandırması yapılmaktadır.

İlk çocuk dispanseri 1767'de George Armstrong tarafından kurulmuş ve daha sonra çocuk hastanesine dönüştürülmüştür. "Süt çocuklarının Tehlikeli Hastalıklarına Dair" kitabı bilinmektedir. Armstrong, Cadogan ve Remel üzerinde durdukları konular nedeniyle çocuk hekimliğinde koruyucu yaklaşımın öncüleri olarak tanınmaktadırlar.

Önceki dönemin empirik tıbbı ile son dönemin patolojik anatomi bilgilerine dayanan hekimlik arasında bir dönüm noktası olarak kabul edilen Michael Underwood 1784'de yayınlanan Çocuk Hastalıkları kitabında ilk kez poliomyeliti tanımlamıştır. Benzer şekilde Robert Whytt (1714-1766) "Observation of Dropsy in Brain" adlı yazısıyla tüberküloz menenjite ilişkin, modern anlayışa giriş olarak değerlendirilen bir kavramsal çerçeve oluşturmuştur. Benjamin Bush (1715-1813), çocuk kolerasının öldürücü bir seyir izlediğini ilk kez ortaya çıkararak çocuk hekimliği tarihinde yerini almıştır (Tümay, 1948, s.: 14).

Francis Home, kurubun nedeni ve iyileştirilmesine yönelik incelemeleri sonunda yalancı ve gerçek kurubun ayrımını yapmış, kızamığı hastadan hastaya aşılamaya çalışması ile dikkatleri çekmiştir. John Huxham (1857) difteri paralizileri, J. Fotergill (1712-1780) ise difteri ve kızılın ortaya çıkardığı boğaz hastalıkları üzerinde incelemeler yapmışlardır. Görüldüğü gibi 18. yüzyılda çocuk hekimliği çalışmaları, süt çocuğu, büyük çocukluk hijyeni ve hastalıkları konularında klinik gözlemlerin artması biçiminde kendini göstermiştir. Bütün bu gelişmelere karşın çocuk hekimliği etiyoloji aydınlatılamadığı için empirik olarak sürdürülmüş ve iç hastalıkları ile kadın doğum alanlarının kesişme noktasında bulunmaktan kendini kurtaramamıştır (Tümay, 1948, s.: 15).

2.5.2.3. Çocuk Hekimliğinde Uzmanlaşma ve Kurumsallaşma

19. yüzyıl da tıpta uzmanlaşma olgusuyla birlikte çocuk hekimliği alanındaki gelişmeler artmış ve kurumsallaşma girişimleri gündeme gelmiştir. Çocuk hastaneleri, çocuk hekimleri dernekleri kurulmuş ve çocuk hastalıkları ve bakımına yönelik özel gazeteler yayınlanmaya başlamıştır. İlk çocuk hastaneleri Paris'te (1802), Londra'da (1816) ve Berlin'de (1830) açılmış, tıp fakültesine bağlı modern donanımlı bir klinik ancak 1890'da Berlin'de kurulmuştur (Tümay,1948, s.: 16). Alanın 1850'lili yıllarda 25 çocuk klıniği ile birlikte ,çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda yazılmış 7000 kitap ya da monografiye sahip olduğu bildirilmektedir (Cenani,1988, s.:356). Çocuk hastanelerinin kurulması bu hastanelerin hekimlerini harekete geçirmiş ve çocuk hekimliği konusunda uzmanlaşma eğilimi ortaya çıkmıştır. Böylece bir yandan hasta başı dersleri başlatılmış öte yandan çocuk hastalıkları konusunda kitap ve makalelerin yazımı arttırılmıştır. Bu süreçte Fransa'da Blanche, Rillier, Barthez, Trousseau, Legandre; Almanya'da Barez, Henoch, A. Steffen; İngiltere'de J. B. Devis, C. West; Amerika'da G. Logn, W. Dewees, J. Stewart, A. Jacobi çocuk hekimliğinin ilk kurucuları arasında yer almışlardır (Tümay, 1948, s.: 17).

Çocuk hastalıklarının bir uzmanlaşma alanı olması ve fakültelerde okutulması 19. yyüzyıl sonlarına doğrudur. İlk olarak Fransa'da 1862'de Henri Roger tarafından çocuk hekimliği dersleri verilmeye başlamış, ilk resmi profesör olarak 1879'da Parrot seçilmiştir. Çocuk kliniği İngiltere'de 1870'de, Amerika'da 1888'de, Almanya'da 1890'da açılmıştır. Uzmanlaşmayla birlikte yer yer çocuk hekimleri dernekleri kurulmaya başlamıştır. Bunlardan ilki 1868'de Dresden'de kurulan dernektir. İlk çocuk tıp gazetesi "Analekten Über Kinder Krankheiten" adıyla 1835-36'da yayınlanmaya başlamıştır. 1870'de "Archieve Fürkisnderheilkunde" ve 1883'de "Revue Mensuelle de Maladie de L'enfance" dergileri çıkarılmaya başlamıştır(Tümay, 1948, s.: 18). "The History of Paediatrics" adlı yapıt çocuk hekimliğinin 18.yüzyıla kadar olan tarihini incelemiştir ve Sir G. Fr. Still (1868-1941) tarafından yazılmıştır (Uzluk, 1958, s.: 295).

Çocuk hekimliğindeki bu gelişmelere karşın ilk dönemlerde klinik açıdan sonuçlar beklentilere yanıt vermemişti. Hasta bakımı ve korunması yeterince bilinmediği için

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

hastaneye yatırılan çocuklar asıl hastalıklarından çok, hastane enfeksiyonları nedeniyle yaşamlarını yitiriyorlardı. Fransız çocuk hekimliğinin kurucularından Marfan'ın çocuk hekimliği alanını seçmeden önce hocası Laseque'in görüşünü sorduğu zaman "çocuk kliniğine ancak otopsi öğrenmek için gidebilirsin" yanıtını almış olduğu biçimindeki anlatım durumu gözler önüne sermektedir (Tümay, 1948, s.: 18).

20. yüzyıl çocuk hekimliğinde atılım dönemi olmuştur. Bu atılımda çocuk hastalıkları ile ilgili olarak bilinmeyenleri açıklamak için girişilen büyük çabaların yanında genel olarak çocuklara ve çocuk sağlığına verilen değerin artmasının da katkısı vardır. "Hastalık" "sağlık" ve "tedavi" kavramlarının değişmesi, koruyucu hekimlik anlayışının geliştirilmesi, çocuk bakımı konusunda ana-baba eğitiminin öneminin kavranması ve çocuk hijyenine yönelik çalışmalar son yüzyıl da çocuk sağlığı ve hastalıkları alanının gelişimini kolaylaştırmıştır.

2.5.2.4. Türk-İslam Uygarlığında Çocuk Hekimliği

Türk-İslam uygarlıklarında çocuk hekimliği alanında önemli kaynaklardan biri Hz. Muhammed'in hadisleri ve ayetlerdir. Kur'an'da yer alan ayetlerde fetüsün uteruste 7 aşamadan geçtiği belirtilmiş, özellikle Mü'minün suresinde bu aşamalar sırasıyla anlatılmıştır. Bebekler için en uygun besinin anne sütü olduğu, emzirmenin 2 yıl süreceği, herhangi bir nedenle anne sütü verilmeyecekse başka bir kadın tarafından emzirilebileceği, ayrıca hayvan sütlerinden yararlanılabileceği dile getirilmektedir. Nisa Suresinde ana-babalar için "Arkalarında cılız çocuklar bıraktıkları takdirde Allah'tan sakınsınlar" denilmektedir. Çocuk ve çocuk sağlığı konusunda Hz. Muhammed'in hadislerinden bazıları şunlardır:

- Çocuk kalp meyvasıdır ve cennet rızkındandır.
- Beşiği sallayan el dünyaya hükmeder.
- Küçüklerimize şefkat göstermeyen bizden değildir.
- Kimin kız çocuğu olup da onu canlı canlı mezara gömmez, ona hakaret etmez ve erkek çocuğunu ona tercih etmezse Allahü Teala o kimseyi Cennet'e kor.

- Bir çocuk ağlarsa onu susturmak yerine nedenini araştırın.
- Çocuklarınıza hoş muamelede bulunun ve onları güzel terbiye edin.
- Henüz tıfl (buluğa ermemiş) olan çocuklarınızı dövmeyin.
- Çocuk yedi yaşına basınca namazı emredin, on yaşına basınca da kılmadığı takdirde dövün.
- Yakın akrabalarla evlenmeyin, zira çocuk zayıf olur. (Yurdakök, 1984)

Hz. Muhammed'in karın ağrısında çörek otu ve bal şerbetini, ishalde bal şerbetin, kabızlıkta sinameki ve demirhindi bitkisini, enürezis ve disüride şeker ve günlükü, çocuklarda görülen tüberkülozda temiz havayı önerdiği belirtilmektedir. Tonsillitle ilgili olarak şunları söylemektedir: Niçin boğaz hastalığını çocuklarınızın boğazını elle sıkıştırıp dürterek tedavi ediyorsunuz? Çocuklarınıza eza vermeyin, şu ud-i hindi'yi (hindiba) kullanın (Yurdakök, 1992).

Türk-İslam tıbbının önde gelen isimlerinden Ebubekir Razi (854-932) Galenos'un eserlerini Arapça'ya çevirmiştir. "Elhavi" adlı yapıtında Hipokrat ve Galenos'un gözleme dayalı tıp anlayışlarını aktarmakla kalmamış, kendi gözlem ve değerlendirmelerine de yer vermiştir. Çiçek ve kızamık konusundaki incelemeleri Doğu'daki tıp kitapları arasında baş yapıt olarak değerlendirilmektedir (Adıvar, 1994, s.: 79).

Razi'den sonra büyük Türk hekimi ve bilgini İbni Sina (980-1037) dönemi başlamıştır. Doğu'da adı Aristo'dan sonra "ikinci öğretmen" (hace-i sanî) olarak anılan Farabî'den yararlanmıştır. "Şifa" ve öteki yapıtlarından anlaşılmaktadır ki, onun felsefesi Aristo ve neoplatonik felsefe ile ilahiyatın bir alaşımıdır. Galenos tıbbı üzerine eklemeler ve değerlendirmeler yaparak kendisinden sonra 6 yüzyıl boyunca tıp dünyasına egemen olacak olan "Kanun" adlı yapıtı ortaya çıkarmıştır (Adıvar, 1994, s.: 80,82). Mikrobun keşfinden çok önce en tehlikesiz suyun kaynatılıp soğutulan su olduğunu öne sürmüş, kızıl, kızamık, çiçek, ve ateşli hastalıkları tanımlamıştır (Nasuhioğlu, 1974, s.: 89).

Selçuklular döneminde çocuk sağlığıyla ilgili uygulamalar hakkında elde yeterince açıklayıcı bilgi olmamakla birlikte, dönemin başta gelen özelliğinin hastane, darüşşifa, medrese gibi kurumların hızla ve yaygın biçimde açılmış olmasıdır.

Osmanlı Türklerinde çocuk hastalıkları konusunda önde gelen isimlerden biri Ayaşlı Şaban Şifai'dir. 1700'de yazılmış olan Tedbir-i Mevlüd adlı yapıtı doğum ve çocuk hastalıklarından sözetmektedir. Kitabın ilk 4 bölümü gebelik ve yalancı gebelikle ilgili konulara ayrılmıştır. 5. Bölüm doğum, göbek kordonunun kesilmesi, yenidoğanın anne sütüyle beslenmesi, bakım, süt annenin nitelikleri ve bebeklik dönemine ilişkin sorunları incelemektedir. Kitabın 6. bölümünde çocuklara özgü hastalıklar ve özellikle de o dönemde yaygın olan çiçek, su çiçeği ve kızamık üzerinde durulmaktadır. 8. Bölüm ise puberte öncesi ve sonrasında çocuk eğitiminden söz etmektedir. Benzer konuları içeren ve pek çok bakımdan Şaban Şifai'ye dayanan bir başka yapıt 1794'de Gevrekzade Hafız Hasan Efendi tarafından yazılmıştır. Çocuk hekimliği tarihinde adı anılmaya değer hekimlerden biri olan ve Osmanlı tıbbında Batılılaşmaya öncülük eden Mustafa Behçet Efendi'nin "Eftali radıa İlletine Dair" adlı kitabı çocuklardaki ruhsal hastalıkların etiyolojileri ile ilgilidir (Adıvar, 1991, s.: 161; Tümay, 1948, s.: 24-25).

18. yüzyıl Osmanlı tıp çevrelerindeki şöhretiyle tanınan Vesim Abbas Efendi'nin Düstur-ül Vesim fi tıbb-ül-cedid Ve'l-kadim" adlı yapıtında ikinci bölüm kadın ve çocuk hastalıklarına ayrılmıştır. Kaynak göstermeksizin İbni Sina'dan alıntılar yaptığı öne sürülen yazar bu bölümde çocuk hastalıkları dışında çocuğun yetiştirilmesi üzerinde de durmuştur (Adıvar, 1991 s.: 189, 192).

1827'de Tıbhane-i Amire'nin kurulması modern tıp eğitiminin başlangıcıdır. 1836'da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin açılmasıyla Fransızca eğitim yapan, Batılı tıp fakültelerinin öğretim programlarını model alan bir anlayışla hekim yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu dönemin en önemli gelişmelerinden biri o zamana dek dinsel nedenlerle yasak olan insan kadavrası üzerindeki anatomi çalışmalarının başlatılmasıdır. 1867'de sivil hekim yetiştirmek üzere Mekteb-i Mülkiye-i Şahane kurulmuş ve 1871'de ise öğretim dili Türkçe olarak belirlenmiştir.

Bu süreçte çocuk hekimliği alanındaki çalışmalar önceden olduğu gibi kadın doğum hekimleri ve dahiliyeciler tarafından sürdürülmüştür. "Maladie des Enfants" adlı yapıtı Türkçeye çeviren Nafiz Paşa'nın yapıtının önsözünde "hasta çocuğun muayenesine çağrılan hekimin durumunun zor olduğu, çünkü çocuk hastalığının gizli bulunduğu, hastanın derdini anlatamadığı ve böylece tanıya yardım edecek

noktaların aydınlanmadığı, tıbbın ayrıldığı dalların çokluğu ve genişliği karşısında bunların hepsinin ne kadar bilgili olursa olsun bir kişi tarafından kavranmasının güç olduğu, bu nedenle çocuk hastalıklarının muayene ve tanı yollarının özel bir bilim durumuna geldiği ve bundan dolayı kitabın çevirisini yaptığı" biçimindeki açıklaması dönemin çocuk hekimliği uygulamaları ve uzmanlaşma gereksinimi konusunda bilgi edinmemize yardımcı olmaktadır (Tümay, 1948, s.: 26).

1880'li yıllarda İstanbul'da yaşayan çocuk hekimi G. B. Violi çiçek aşısı hazırlamak için özel bir kuruluş açmış ve 1895'de de Graz'lı Merhametli Hemşirelerin girişim ve yardımlarıyla Saint George Uluslararası Çocuk Hastanesini kurmuştur. İstanbul'da Uluslararası Çocukluğu Koruma Derneği onun döneminde Beyoğlu zenginlerinin çabalarıyla oluşturulmuştur. Ayrıca "Pediatrié en Turquie" adında Fransızca ve Türkçe yazılar içeren bir dergi Violi tarafından çıkarılmıştır (Cenani, 1988, s.: 357).

İlk çocuk hastanesi olan Etfal Hastanesi 1 yaşındaki kızının difteriden ölmesi üzerine II. Abdulhamit tarafından 1899'da açılmıştır. Ancak o dönemde çocuk hastalıkları üzerinde çalışan hekim olmadığı için dahiliyeciler bu görevi yürütmüşlerdir. Bu nedenle hastaneye sadece büyük çocuklar kabul edilmiş, süt çocukları ise poliklinik hizmetlerinden yararlanabilmişlerdir. Hastanede difteri, çiçek ve kızıl aşıları için bir serum laboratuvarı açılmıştır. 5 yıl sonra aynı hastanenin hemşire lojmanında ilk çocuk sanatoryumu hizmete girmiştir. Darülâceze'nin çocuk yuvası 1902'de kurulmuş, kimsesiz ve sokağa bırakılan çocuklara sığınak olmak üzere çalışmalarına başlamıştır. 1. Dünya Savaşı'nın çocuklar üzerindeki yıkıcı etkileri nedeniyle önemi artan ve 1917'de kurulan Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Kürsüsü'nde (Emraz-ı Etfal) ilk zamanlarda öğretim kuramsal olarak sürdürülmüş, çocuk kliniği ancak 1924-25 öğretim yılında açılabilmiştir. 1920 yılında İstanbul'da Çocuk Esirgeme Kurumu (Himaye-i Etfal)'nun kuruluşu çocuğun sosyal açıdan korunmasının başlangıcı olması nedeniyle çocuk tarihimizde yeni bir dönemin açılışı demektir. Kurum, yoksul ve korunmaya gereksinimi olan çocukların ve özellikle Ulusal Kurtuluş Savaşı sırasında öksüz kalan çocukların beslenme ve bakımının sağlanmasında önemli bir işlevi yerine getirmeye çalışmıştır (Tümay, 1948, s.: 28-30).

2.5.2.5. Cumhuriyet Döneminde Çocuk Hekimliği

Çocuk hekimliğinin asıl büyük atılımı Cumhuriyet döneminde olmuştur. Türkiye'nin ilk çocuk dispanseri 1921'de Ankara'da açılmış ve başvuran çocuklar parasız muayene edilerek, tedavileri yapılmıştır. Aynı yıl, milli eğitim programında bulunan "sağlık bilgisi" derslerine ek olarak "çocuk sağlığı bilgisi" dersleri başlatılmıştır (Tümay, 1948, s.: 31). 1942 yılında Guraba hastanesi'nde 20 yataklı bir çocuk servisi kuralmuş, 1930'da ise Haseki Kadın Hastanesi'nde 10 yataklı bir çocuk klıniği ve polikliniği hizmete girmiştir (Cenani,1988, s.: 358).

İlk olarak Kayseri'de kurulan doğum ve çocuk bakım evlerine kısa sürede Anadolu'nun değişik bölgelerinde (1925 Ankara, 1926 Konya, daha sonra Çorum, Erzurum, Kars, Adana, Malatya, Van, Bursa, Samsun, Balıkesir'de) açılan yenileri eklenmiştir (Tümay, 1948, s.: 33).

1925 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Kürsüsü için klinik açılması, aynı dönemde Şişli Etfal Hastanesinde sürdürülen klinik çalışmaları ve daha sonra Ankara Numune Hastanesinde açılan çocuk servisi ile çocuk hastalıkları uzmanı yetiştirme olanakları artırılmıştır. Çocuk hekimleri 1930 yılında İstanbul Pediyatri Kurumu'nu oluşturmuşlar ve böylece bilimsel gelişmeleri tartışma, paylaşma ve birlikte görüş üretme olanağı bulmuşlardır. "Çocuk Kliniği" adlı ilk çocuk tıp gazetesi'ni 1934 yılında yayımlamaya başlamışlar, ancak 2. Dünya Savaşı'nın ortaya çıkardığı zorluklar nedeniyle yayına ara vermişlerdir. Pediyatri Kurumunun girişimiyle 1. Türk Çocuk Hekimliği Kongresi Ankara Numune Hastanesi Konferans Salonunda 1938'de toplanmıştır. "Çocuk Hastalıkları Tedavisi" adlı çeviri kitabın 1926 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanması dışında ilk Türkçe çocuk hastalıkları kitabı, Prof. Dr. T. Hilmi Alantar tarafından yazılan "Çocuk Hastalıkları Bilgisi" adını taşımaktadır (Tümay, 1948, s.: 34).

Cumhuriyet döneminde erişkinlerin ve çocukların en önemli sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklardı. Savaş, açlık, yoksulluk ve bunlardan kaynaklanan göç olgusu, sıtma, verem, tifo, trahom ve kolera salgınları gibi sağlık sorunlarını ortaya çıkarmıştı. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki bebek ölüm hızının binde 300 olduğu dile getirilmekteydi. Genç Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından

1928'de kurulan Hıfzıssıha Enstitüsü ile ülke gereksinimlerini karşılayacak ölçüde aşı üretimin başlandı ve böylece çiçek ve kolera salgınları önlenmiş oldu. Ülkemizin ilk sağlık Yasası olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930'da çıkarıldı. Bu yasanın 6 bölümü "çocuk hıfzısıhhası"na ayrılmıştı. Devletin çocuk sağlığı politikasını ve koruyucu hekimlik ilkelerini yansıtan bu bölümlerin başlıca maddeleri şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık Bakanlığı, çocuk ölümlerini azaltmak için önlemler alır.
- Doğumlar devletin resmi kurumlarında ücretsiz yaptırılır.
- Çalışan kadınlara doğumdan önce ve sonra üç hafta izin verilir.
- Nüfusu 10.000'den fazla olan yerlerde çocuk muayene ve danışma evleri açılır.
- Öğrenciler beden, ruh, göz ve kulak sağlığı açısından muayene edilir.

Bulaşıcı hastalıklarla savaşın etkin olarak yürütülmesine ek olarak sağlıklı doğum yaptırmak, bebek ve çocuk sağlığını izlemek amacıyla köy ebesi ve sağlık memuru eğitimi başlatılmıştır (Beyazova, 1999, s.: 368).

Koruyucu sağlık hizmeti alanındaki bu gelişmelerin yanısıra tedavi edici çocuk hekimliği alanında da anlamlı çalışmalar yürütülmüştür. 1935'de doğumevine dönüştürülen Zeynep Kamil Hastanesi kadrosuna bir çocuk hekimi atanmış, 25 yataklı hastanenin kapasitesi arttırılmış ve 1950'den sonra çocuk servisi kurulmuştur. 1935 yılında Hitler rejiminden kaçarak ülkemize gelen Profesör Eckstein Ankara Numune Hastanesi çocuk servisi sorumluluğunu üstlenmiş, 1945 yılında Ankara Tıp Fakültesi'nin kurulmasıyla birlikte Çocuk Kliniği Direktörlüğüne atanmıştır (Cin ve Köksal, 1999, s.: 362). Prof. Dr. Eckstein'ın 1949'da ülkesine dönmesi üzerine Dr. Bahtiyar Demirağ bu göreve getirilmiş ve 1981'de ölümüne kadar kliniğin gelişmesine katkıda bulunmuştur. Onun döneminde yetişen pek çok çocuk hekimi daha sonra Ege Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Diyarbakır Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültelerinin çocuk kliniklerini kurup geliştirmişlerdir (Cenani, 1988, s.: 359). Aynı dönemde Numune Hastanesinde olanaklar kısıtlı olduğu için yurtdışına gönderilen genç hekimler çocuk hekimliğinin değişik dallarında eğitim görmüşlerdir. İzmir'de 1946 yılında Dr. Behçet Uz tarafından açılan Çocuk Hastanesi de Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hizmetlerini

sürdürmüştür. Ankara'da 1946 yılında yaptırılan Büyük Doğum Hastanesi ile 1950 yılında açılan Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi doğum ve çocuk sağlığı hizmetlerinin 2 ayrı kuruluşta sürdürülmesini sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uyarınca nüfusu yüksek olan kent belediyelerini küçük yaşlardaki çocukların sağlık durumlarını kontrol altında tutmak üzere süt ve okul çocukları bakım evleri kurmaya zorunlu tutmuştur. 1958 yılında açılan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği, çalışmalarını uzun süre olanaksızlıklar içinde sürdürmüş, Bornova Eğitim Hastanesine taşındıktan sonra geniş kadrosu ile eğitim, öğretim ve araştırma çalışmalarına başlamıştır. 1957'de kurulan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ise 1980 yılında Çocuk Hastalıkları Hastanesinin açılmasıyla çalışmalarını geliştirmiştir (Cin ve Köksal, 1999, s.: 363).

İkinci Dünya Savaşı sonrası yılları, savaşın yıkımları ile birlikte tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında hızlı gelişmelere tanıklık etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, Unicef ve Avrupa Konseyi ile kurulan işbirlikleri sonucu ana ve çocuk sağlığına yönelik çalışmalar geliştirilmiştir. 1952'de gebe kadınları izlemek ve eğitmek, doğumların sağlıklı koşullarda yapılmasını sağlamak, doğan çocukları aşılamak, 0-6 yaş çocukların bakımı ve beslenmesi konusunda aileye yardımcı olmak amacıyla Ana Çocuk Sağlığı örgütü kurulmuştur.Ancak örgütlenme yapısı, hizmet anlayışı ve toplumun sağlık bilinci düzeyinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle ana çocuk sağlığı hizmetlerinde amaca ulaşılamamıştır. Örneğin; 1953-1954 yıllarında Ankara Doğumevi tarafından yapılan ve 5000 kadını kapsayan araştırmanın sonuçlarına göre 100 gebelikten otuzu düşükle sonuçlanmaktaydı. Ana ölüm hızı gebeliklerde yüz binde 130, düşüklerde ise 570 idi. 1955-1960 yılları arasındaki bebek ölüm hızının da binde 203 olduğu belirtilmekteydi (Beyazova, 1999, s.: 369).

Bu olumsuz koşullarda çocuk sağlığı hizmetlerini düzeltmek, halk sağlığı hizmetlerine öncelik vermek, ülkenin çocuk sağlığı sorunlarına çözüm getirecek araştırma ve eğitim çalışmalarını yürütmek amacıyla Dr. İhsan Doğramacı'nın çabaları sonucunda 1957'de Hacettepe Çocuk Sağlığı Bilimsel ve Sosyal Araştırma Enstitüsü açıldı. Dönemin Çalışma Bakanı Mümtaz Tarhan açılış töreninde şunları söylemişti: " Buraya hayatından ümit kesilmiş bir yavrunun büyükbabası olarak çıktım. Bu güzel müessesenin, bu kurtarıcı yuvanın ilk müşterisi, o cam kavanozun ilk sakini benim torunum oldu. Torunum bu binada ihtimamın, alakanın, hazakatin,

insanlığın bütün nimetleriyle sarılı olarak onbeş gün yattı." 1958'de Enstitüye bağlı Hacettepe Çocuk Hastanesi hizmete girdi. Aynı yıl Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi ile Turkish Journal of Pediatrics adlı biri Türkçe, öteki İngilizce iki dergi yayınlanmaya başladı. 1961'de çıkan yangınla tahrip olan hastane kısa sürede onarılarak 1963'de Hacettepe Tıp Fakültesi'ne dönüştürüldü (Yurdakök, 1992).

1960'lı yılların başlarında ölümlerin yarısını 5 yaşından küçüklerin ölümü oluşturuyordu. Cumhuriyet'in sağlık alanındaki ikinci büyük adı Dr. Nusret Fişek'in eseri olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası hem çocuk sağlığına hem de genel olarak toplum sağlığına damgasını vurmuştu. Sağlığın bir insan hakkı olarak görüldüğü, devlet tarafından herkese eşit, ücretsiz, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanınarak, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre biçimde verilmesini amaçlayan yasanın uygulamasında sağlık ocağı ve sağlık evleri temel hizmet birimleri idi. Sağlık ocağı ve evlerinin başlıca görevleri doğum öncesi ve sonrasında anne ve bebek izlemi, aşılama, bulaşıcı hastalıklarla savaş, hastaların tedavisi, çevre sağlığı denetimi, sağlık kayıtlarının tutulması olarak belirlenmişti. Yasaya göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bu uygulamaya en çok gereksinim duyulan Doğu Anadolu'dan başlanacak ve 15 yıl içinde bütün ülkeye yaygınlaştırılacaktı. 1963 yılında mahrumiyet bölgelerinden başlanan uygulama kısa süre sonra uygulanan ekonomi politikalar, personel yetersizliği, bütçeden sağlığa yeterli kaynak aktarılmaması nedeniyle amacından uzaklaştı. Sağlık Ocaklarının 1964'de % 80 olan doluluk oranı, 1973'de % 30'a düştü. Bebek ölüm hızı ise binde 176 gibi yüksek bir oranda seyretmekteydi. 1970'li yıllarda ülkenin % 35'inde sağlık hizmetleri sosyalleştirilmişti. Ancak bütçeden sağlığa ayrılan pay % 3'ün altındaydı. Kırsal kesimde ve gecekondu bölgelerinde çocuklar en çok zatürre ishal gibi önlenebilir hastalıklardan ölmekteydi (Beyazova, 1999, s.: 370).

1978'de gelişmekte olan ülkeler için Alma Ata Deklarasyonun'nda önerilen Temel Sağlık Hizmetleri modeli, uygulanmayan sosyalizasyon yasasının içeriğine ve amaçlarına bütünüyle uygunluk taşıyordu. Deklarasyona uymak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmadan, donanım eksiklikleri giderilmeden ülkenin tümü sosyalleştirme kapsamına alındı. Öte yandan beş yıllık planlarda koruyucu hizmetlere değil, tedavi edici hizmetlere öncelik verildi. 1980'den sonra ise sosyalizasyon hükümet programlarında yer almadı. 1982'de bebek ölüm hızı binde

95 olarak saptanmıştı, ancak bölgeler arasında büyük farklılık gösteriyordu. Batı Anadolu'da binde 75 olan bu oran, Doğu Anadolu'da binde 118'e çıkıyordu. Aşılama oranlarını hızla yükseltmenin ve bebek ölümlerini azaltmanın yolu olarak seçilen aşı kampanyaları yeterince etkin sürdürülemediği için, 1988'de bebek ölüm hızı binde 82, yenidoğan ölüm hızı binde 37.7'ye düşürülebildi. 1990'lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin "2000 yılında, kızamık, çocuk felci, yenidoğan tetanozu, doğumsal kızımıkçık, sifiliz, difteri, sıtma görülmemesi, bebek ölüm hızının binde 20'nin altına düşmesi hedefi"ne ulaşmak amacıyla bağışıklama, akut solunum yolu hastalıkları ile mücadele, ishalli hastalıkların kontrolü, anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi ve aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi programlar yürütülmüştür. Ancak sağlığa ayrılan kaynakların arttırılmaması, özelleştirmenin desteklenmesi, sağlık ocaklarının araç gereç ve personel açısından yetersizleştirilmesi nedeniyle adı geçen hedeflere ulaşılamamıştır. Yürütülen programlar sonucunda 1993'de bebek ölüm hızı binde 52.6'ya, yenidoğan ölüm hızı binde 29.2'ye, yenidoğan sonrası ölüm hızı binde 23.4'e geriletilebilmiştir (Beyazova, 1999, s.: 371).

Son olarak çocuk sağlığının ve çocuk hekimliği uygulamalarının tarihsel süreçteki gelişimiyle ilgili olarak Cumhuriyet döneminin bazı verilerine bakmakta yarar olacaktır. Örneğin 1930'da 300 olan çocuk yatak sayısı, 1950'de 1100, 1980'de 8136, 1998'de 13027'ye yükselmiştir. Benzer şekilde 1923'de yalnızca 10 çocuk hekimi olduğu halde bu sayı 1950'de 1100, 1980'de 1600, 1997'de 1899'a ulaşmıştır. Buna karşılık yıllar içinde genel bütçeden sağlığa ayrılan pay giderek düşürülmüştür. 1. Dünya Savaşı ve Ulusal Kurtuluş Savaşı gibi olağanüstü yıkım dönemlerinden hemen sonra Genç Cumhuriyet' in küçük bütçesinden sağlığa ayırdığı pay % 2.21 iken bu pay, 1950'de % 4.08'e, 1960'da %5.27 ye çıkarılmasına karşın 1997'de seçilen ekonomi politikalara uygun olarak % 3.2'ye geriletilmiştir (Cin ve Köksal, 1999, s.: 364-365).

Geçmişte iç hastalıklarının bir dalı olarak kabul edilen çocuk hekimliği günümüzde hematoloji, onkoloji, immunoloji, kardiyoloji, psikiyatri, nöroloji, metabolizma hastalıkları ve beslenme, gastroenteroloji, neonatoloji, nefroloji, genetik, perinatoloji gibi bir çok alt bilim dallarına ayrılmış; bu alanlarda eğitim araştırma ve tedavi hizmetlerini sürdürmektedir. Ancak tüm bu gelişmelere karşın ülkemizde çocuklar

için, önlenebilir olan kızamık, çocuk felci, tetanoz ve sıtma gibi hastalıklar tehlike olmayı sürdürmektedir ve tehlikenin boyutları doğu ile batı, kırla kent arasında büyük farklılıklar göstermektedir.

3. ÇOCUK GELİŞİMİ

Genel olarak "ileriye doğru olan değişme" biçiminde tanımlanan "gelişim" kavramının (Püsküllüoğlu, 1997). Toplumbilim Terimleri Sözlüğündeki karşılığı, "yalından karmaşığa, aşağı olandan üstün olana doğru ilerleyen, olayların iç eğilimlerinin ve özünün aydınlanmasını sağlayan, yeninin ortaya çıkmasına götüren kendi kendine devinim süreci"dir (Hançerlioğlu, 1977, 2.: 202). Ana Britannica Ansiklopedisinde ise, biyolojik gelişmenin bir canlının boyut, biçim ve işlevlerinin yaşamı boyunca değişmesine yol açarak, taşıdığı kalıtsal bilginin erişkindeki yapısal özelliklere ve işlevsel sistemlere dönüşmesini sağlayan, çok az rastlanılan bazı durumlar (yaşamın ilk evrelerinde var olan kimi özelliklerin ya da yapıların işlevsizlik nedeniyle yokolması ya da küçülmesi) dışında sisteme yeni öğelerin katılmasını gerektiren, artı yönde ilerleyen bir süreç olduğu dile getirilmektedir (A.Britannica, 1988, 9: 357). Bu açıklamalardan, gelişimin karmaşık, çok yönlü ve bütünsel bir süreç olduğu çıkarılabilir. Çocuğun gelişimine de bir bütün olarak bakılması uygundur. Çocuğun gelişme alanlarının bölümlere ayrılarak incelenmesindeki amaç, konunun daha kolay anlaşılmasına yöneliktir. Bu bağlamda çocuğun gelişimi onun motor, duyusal, bilişsel, dil, kişilik ve sosyal alanlarda gelişmesi olarak değerlendirilebilir (Atabek, 1994, s.: 47).

Çocuk gelişimi, görece yeni bir çalışma alanıdır ve psikolojinin üç büyük dalından (deneysel, psikanalitik ve klinik psikolojiler) köken almıştır. Tıp, biyoloji, sosyoloji, antropoloji, tarih ve eğitimin de içinde bulunduğu farklı disiplinlerde yapılan araştırmalar, çocuk gelişimine büyük katkılarda bulunmaktadır. Başlangıçta çocuk psikolojisi araştırmaları, gelişimsel bakış açısından yoksundu ve gelişimin doğumla on sekiz-yirmi yaş arasında ortaya çıktığı ya da yalnızca çocuklara özgü olduğu düşüncesine dayanmaktaydı. Araştırmacılar çocuklarda zaman içinde ortaya çıkan gelişimsel değişimler ve bu değişimleri etkileyen etkenler üzerinde odaklanmak yerine, çocukların kısa dönemlerdeki davranış ve yeteneklerinin özel yönlerini, örneğin zeka düzeyini araştırmışlardı. Bu nedenle çocuk araştırması, büyük ölçüde onların denek olduğu yinelenen araştırmalardan oluşuyordu. Farklı yaş gruplarının herbirinden alınan çocukların oluşturduğu örneklem grubunda, bazı özelliklerin test edildiği kesitsel araştırmalardan, ancak çeşitli yaş grupları için normlar oluşturmak üzere veriler elde edilebiliyordu. Bir başka deyişle, bu araştırmalar belirli yaş

grubundaki tipik davranış ya da yeteneğin "ne" olduğunu belirlemeye yönelikti. Oysa boylamsal araştırmalar, aynı çocuk örneklem grubunun farklı yaşlarda test edilmesine dayandığı için, zaman içinde çocuklardaki bireysel gelişimsel değişimler hakkında veri sağlamaktadırlar. Böylece, gelişimsel bakış uzun dönemdeki değişimi içerir ve geçmiş yaşantıların bireyin şimdiki ve gelecekteki tepkilerine ve yeteneklerine olan etkisine odaklanır. Çocuk gelişimiyle ilgili ortalamalara ilişkin bilgiler, bir başka deyişle normlar kuşkusuz önemlidir. Ancak her çocuğun gelişim hızı, gereksinimleri ve kişisel özellikleri farklı olduğundan hiçbir çocuk tam olarak "normal" değildir. Bu açıdan "normal"in bir erim alanını tanımlayan terim olarak algılanması önerilebilir. Böylece, alandan sapmalar olası bir gelişim sorunun belirtisi olarak görülebilir.

Bir başka sorun, normların belirli bir zamanda ve belirli bir kültürde olan tipik çocuğu betimliyor olmasından kaynaklanmaktadır. Oysa, farklı çocuk yetiştirme yöntemleri, farklı çevreler ve farklı genetik yapılar nedeniyle bir kültürde "normal" olan, başka bir kültürde "normal" kabul edilmeyebilir. Asıl önemlisi bu araştırmalardan elde edilen verilerin gelişimin "nasıl" ortaya çıktığı sorusuna yanıt vermekten uzak olmasıdır.

Araştırmalarla ilgili sorun alanlarının ortaya çıkması sonucunda çocuk psikologları, bir yandan kesitsel araştırmalarla farklı yaş gruplarındaki değişimleri çözümlemek, öte yandan boylamsal araştırmalarla farklı yaşlardaki bireysel değişimleri gözlemlemek yoluyla giderek gelişimsel bir bakış açısı kazandılar. Gözlemsel araştırmalar, bebek yaşam öyküleri ve deneysel araştırmalar yeniden gözden geçirildi. 1970'lerde araştırmacılar deneysel koşullarda elde edilen verilerin yanıltıcı olabileceğini, çünkü çocukların ve bebeklerin bu tür ortamlarda doğal olmayan tepkiler gösterebildiklerini öne sürdüler ve böylece araştırmaların doğal çevrelerde yürütülmesi uygulamaları yaygınlaştırıldı. Son yıllarda ise gelişimin çocukluğa özgü bir olgu olmadığı, yetişkinlik ve yaşlılıkta süren değişimlerin de göz önünde bulundurularak gelişimin "yaşam boyu süren bir süreç" olarak algılanması gerektiği biçimindeki düşünce genel olarak kabul görmektedir (Gander-Gardiner, 1995, s.:30-36).

3.1. Gelişim Kuramları

"İnsan gelişiminin öyküsü" ve "bireysel evrenlerin keşfedilmesi" tarih boyunca birbirinden farklı grupların uğraşı ve merak konusu olmuş; felsefeciler çocuğun var oluş ilkeleri ve doğası, ahlakçılar ise çocukların davranışı hakkında değişik görüşler ileri sürmüşlerdir. İnsanın gelişimini açıklama çabalarının odağında yer alan başlıca sorular şunlardır: Milyonlarca yıldan bu yana insanların yaşamı aynı biçimde, daha açık bir anlatımla kalıtsal özellikleri taşıyan iki hücrenin birleşmesiyle başlamaktadır. Nasıl oluyor da birbirinden oldukça farklı, duygu ve düşünce bakımından kendine özgü ve oldukça karmaşık kişilikler ortaya çıkmaktadır? İnsanın gelişimindeki değişiklikler nelerdir? Gelişimi etkileyen etkenler ve/veya belirleyiciler hangileridir? Bu değişikliklerin ortaya çıkış koşulları nelerdir? Bu ve benzeri sorulara bilimsel yanıtlar vermek, yaklaşık yüzyıl öncesine dek olanaklı değildi. Ortaya atılan gelişim kuramları ve bilimsel yöntemin kullanılmasıyla yürütülen sistemli araştırmalar sonucunda, çocuğun gelişiminin anlaşılmasını kolaylaştırıcı bilgiler elde edilmiştir (Gander-Gardiner, 1995, s.:15-21).

Gelişim sürecine, her biri gelişimin farklı yönlerine ağırlık veren ve farklı kuramsal yaklaşımlara dayanan üç temel açıdan bakılmaktadır:

1. Biyolojik bir süreç olarak gelişim,
2. Çevreden gelen etkilerle oluşan gelişim,
3. Biyolojik yapının ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu oluşan gelişim (Cüceloğlu, 1994, s.: 332).

Konuyla ilgili olarak kimi zaman "gelişimin belirleyicileri" terimi kullanılmakta ve üç etkenden söz edilmektedir. Buna göre, kalıtsal ve çevresel etkenler temel niteliktedir, genetik kalıtımın çevreyle etkileşimi sonucu oluşan benlik yapısı ise gelişimin sonraki dönemlerine yön veren üçüncü etkendir (Geçtan, 1984, s.:65).

3.1.1. Biyolojik Etkenler

Çocuklar, belirli biyolojik aşamalardan ve olgunlaşma süreçlerinden geçmeden belirli becerileri kazanamazlar. Yapılan gözlemler, bireysel farklılıklar olmakla birlikte gelişim dönemlerinde gelişimin hızı ve yönü bakımından ortak davranışların

ve eğilimlerin varolduğunu göstermiştir (Yörükoğlu, 1986, s.:15). Boyun uzaması, organların gelişimi, emekleme-yürüme gibi beceriler olgunlaşmaya dayalı bir süreçtir. Düşünce ve algılama gibi bilişsel yeteneklerle, dil gelişimi de beynin ve sinir hücrelerinin olgunlaşmasına bağlıdır (Cüceloğlu, 1994, s.:361). İlk kez 1954'de Gesell tarafından ortaya atılan olgunlaşma (maturation) kavramı ve bireyin doğuştan getirdiği özelliklerin önemli olduğu biçimindeki görüş, o dönemde, çevreden gelen koşullanmaların davranışı biçimlendirdiği görüşü egemen olduğundan yeterince kabul görmemiştir. Ancak bu gün, biyolojik süreçlerin önemi büyük ölçüde kabul edilmekte ve tartışılmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.:333). Son zamanlarda kalıtımın, çocuğun yaradılışının (mizaç, huy = temperament) yapılanmasında ve kişiliğinin bazı yönlerinin belirlenmesinde temel işleve sahip olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında beden yapısı, "birincil tepki eğilimleri" olarak adlandırılan etkinlik düzeyi, duyarlık, uyma yeteneği gibi özellikler sayılabilir. Örneğin, yeni doğmuş bebeklerin aynı uyarana verdikleri tepkiler birbirinden farklıdır. Kimi bebekler çok küçük ses ya da ışık uyaranıyla huzursuzlanıp ağlarken, kimileri ilgisiz kalabilir (Geçtan, 1984, s.:65). Bunların dışında, ergenlik ve gelişme dönemlerinin sırası ve zamanlaması da bireyin kalıtımsal özellikleriyle ilişkilidir. Biyolojik süreçler önemli bir belirleyici olmakla birlikte, gelişim gibi çok yönlü bir sürecin ancak bir boyutunu oluşturmaktadırlar.

3.1.2. Çevresel Etkenler

İnsanın içinde yaşadığı doğal, kültürel ve toplumsal ortam, onun çevresini oluşturur. Çevrenin, insanın gelişimini hangi yönlerde ve nasıl etkilediği sorusu, üzerinde araştırma yapılan en eski konulardan biridir. Margaret Mead, Yeni Gine adasında aynı coğrafi alanda yaşayan ve aynı ırktan gelen iki ayrı boy üzerindeki araştırmalarında Arapeşler'in barışçı, dost ve iyiliksever insanlar olmasına karşılık, Mundungumorlar'ın savaşçı, kuşkucu ve yarışmacı insanlar olduklarını gözlemlemiştir. Söz konusu durum, toplumsal grupların kültürel örüntülerini kuşaktan kuşağa sistemli olarak öğretmesi sonucu, grup üyelerinin ortak özellikler geliştirmesi ve temel kişilik tiplerinin oluşması biçiminde açıklanmaktadır (Geçtan, 1984, s.: 65). Bu demektir ki, çevre, bireyi öğrenme yoluyla etkilemektedir.

"Öğrenme", tekrar ya da yaşantı sonucu davranışta ortaya çıkan kalıcı izli bir değişiklik olarak tanımlanabilir (Morgan, 1993, s.: 77). İnsanın öğrenme yeteneği, onun yaşam biçiminin sürekli olarak değişmesine olanak sağlamaktadır; uygarlık tarihi bunun en açık kanıtıdır. Bandura, yeni doğan bir çocuğun reflekslerinden başka her davranışının öğretilmiş olduğunu dile getirmektedir (Atabek, 1994, s.: 70). Psikologlar, öğrenme konusunu değişik kuramsal yaklaşımlarla incelemişler ve çevrenin bireyin gelişimi üzerindeki etkilerini değerlendirmişlerdir. Bir başka deyişle, her öğrenme kuramı çevrenin çocuğu nasıl etkilediğine ilişkin farklı bir görüş oluşturmuştur (Cüceloğlu, 1994, s.: 333).

Klasik koşullama öğrenme kuramının en bilinen örneği, Pavlov'un koşullama deneyleridir. Burada belirli bir tepkiyi (salya salgılama) uyandıran doğal uyarıcıyla (et), nötr bir koşullama uyarıcısı (ışık) eşleştirilir. Söz konusu uyarıcıların yinelenerek eşleştirilmesinden sonra, koşullu uyarıcı, tek başına koşulsuz tepkiye benzer bir tepkiyi uyandırır duruma gelir, yani köpek ışık yandığında et verilmiş gibi salgılama yapar. Korku koşullamasında da benzer bir düzenek işlemektedir. Bir öğrenme türü olarak klasik koşullama, özellikle duygusal ve heyecansal durumlar ile tutumların koşullanmasında önemli rol oynamaktadır (Morgan, 1993, s.: 85). Örneğin; acıktığı ya da altı ıslandığı için ağlayan çocuğun, anne tarafından emzirilmesi ya da altının temizlenmesi onda rahatlık duygusu uyandırır. Bu durum yinelendikçe, çocuk rahatlık duygusu ile annenin varlığını birbirine koşullamaya başlar. Zamanla sadece annenin varlığı çocukta rahatlık, güven ve huzur verir duruma gelir. Benzer biçimde, küçüklükte geçirilen olumsuz deneyimler, yetişkinlikte korku ya da çekingenlik olarak kendini gösterebilir. Çocukluğunda köpek tarafından ısırılmış kişinin, erişkinliğinde köpek korkusu taşıdığı sık rastlanılan bir durumdur (Cüceloğlu, 1994, s.: 334).

Edimsel koşullama kuramıyla ilgili ilk denemeler Skinner'in, kutuda yaptığı fare deneyleridir. Hatta "Skinner kutusu" terimi psikologlar arasında simgesel bir anlam taşımaktadır. Edimsel koşullama, ödüle götüren ya da cezadan kurtaran bir davranışın yapılmasını öğrenmektir. Burada organizma koklama, esneme, dolaşma,, sağa-sola bakma gibi bir takım davranışlar ortaya koyar; fakat klasik koşullamada olduğu gibi belirli bir uyandırılmış tepki göstermez. Sonuçta yaptığı davranışlardan biri ödüllendirilir ya da cezadan kurtulmasını sağlar. Edimsel koşullamada uyarıcı,

belirli bir olay değil, çok daha uzun süreli ve bir çok öğesi olan bir durumdur. Davranışlar, uyarıcının varlığında yapılan rastlantısal davranışlardır ve başlangıçta çeşitlidir. Klasik koşullamada pekiştirmenin yapılan davranıştan bağımsız olmasına karşılık, edimsel koşullamada davranışa bağımlıdır; denek doğru davranışı yaparsa pekiştirilir, aksi halde pekiştirilmez (Morgan, 1993, s.: 86). Çocuk-anne ilişkisinde edimsel koşullama davranışı için şu örnek verilebilir: Çocuk annesine bakıp gülümsediğinde, anne kucağına alıp seviyorsa, çocuğun anneye gülümseyerek bakma davranışı artar. Öte yandan anne, çocuk ağladığı zaman ilgi gösteriyorsa, çocuğun ağlama davranışında artma olur (Cüceloğlu, 1994, s.: 334).

Bilişsel öğrenme kuramı ise taklit, model alma ve kavrama gibi bilişsel süreçlerle ilgili öğrenmeyi açıklamaktadır. Ağırlıklı olarak bilgi depoloma ve işlemenin oluşturduğu bu tür öğrenme, insanın geçirdiği yaşantı sonucu bilgiyi işleme biçiminde ortaya çıkan değişiklik olarak tanımlanabilir. Gündelik yaşamın çoğunluğunda bilişsel öğrenmenin ilkeleri geçerlidir (Morgan, 1993, s.: 99). Model alarak ya da taklit yoluyla öğrenme, çocuğun gelişiminde önemli bir işleve sahiptir. Gelişimi süresince pek çok becerilerinde ve sorun çözme yollarında çocuğun, anne ya da babasını model aldığı sıklıkla rastlanılan bir durumdur. Bir başka deyişle, çevrenin öğrenme aracılığıyla çocuğun gelişimini etkilemesi, aile içinde ve öncelikle anne-babayla başlamaktadır.

Çocuğun içinde bulunduğu çevre ile ilişkilerinde dikey ve yatay olmak üzere iki eksenin varlığından söz edilmektedir. Otorite farklılıklarına dayalı ya da hiyerarşik ilişkilerin yer aldığı dikey eksen üzerinde, çocuğun anne-baba, kardeşler, öğretmen, arkadaş grupları ile kurduğu ilişkiler bulunmaktadır. Toplumdaki bütün alt-üst ilişkilerinin konumlandığı bu eksen üzerinde çocuk, doğumundan başlayarak yükselmeye çalışacak, güç kazanarak bağımlılıktan kurtulma savaşı verecektir. Dikey eksen üzerindeki konumlar, kişiler arasındaki güçlülük uygulamaları aracılığıyla sürekli olarak değişmektedir; bir başka deyişle durağan değil hareketlidir. Örneğin; anne çocuğa göre güçlüdür, ancak çocuk istekleri doğrultusunda tepinmeye ya da ağlamaya başladığında anneden daha güçlü olmaktadır. Konumların sürekli değişmesine karşın, yine bu eksen üzerinde yer alan "annelik" gibi toplumsal roller değişmez, yaşam boyu kalıcılığını korur. İkinci eksen, kişilerin kendilerini özgür, rahat, içtenlikli buldukları eşitlik içindeki ilişkilerin yer aldığı yatay eksendir. Dikey

eksen üzerindeki toplumsal roller ve güç ilişkilerine karşılık, yatay eksende paylaşımlar, benzeşimler, yakınlıklar yaşanır. Toplumsal rolleri nedeniyle dikey eksen üzerinde yer alan anne-baba, kardeşler, arkadaşlar ve öğretmenler, çocukla sağlıklı ve eşitliğe dayalı ilişkiler kurdukları, onunla arkadaş olabildikleri oranda yatay eksende de yer almış olurlar. Kuşkusuz sözü edilen insanlar, çocuğa davranışlarına göre bu eksenlerden birine daha yakın ya da uzak olabilirler. Onların gerçek konumu, bu iki eksenin bileşkesidir. Çocuk da, gelişimi süresince bu iki eksen üzerinde başkalarına göre kendi konumunu alacaktır. Çocuğun sağlıklı gelişimi için her iki eksene de gereksinim vardır. Burada özenle vurgulanması gereken nokta, çocuğun eksenlerden biri üzerinde değil, her iki eksendeki yerini dengeli biçimde bulmasına yardımcı olmaktır. Örneğin; sadece dikey eksen üzerinde gelişme gösteren çocuk, dostluk ve arkadaşlıktan uzak, otoriteye dayalı (otorite karşısında boyun eğen ya da kendisi gücün sahibi olduğu zaman başkalarına boyun eğdiren) ilişkiler kuracaktır. Ancak bu eksenden bütünüyle yoksun kalan, yalnızca yatay eksen üzerinde gelişme gösteren çocuk da, dostluk, arkadaşlık gibi değerlere sahip olmakla birlikte, güç ilişkilerini bilmediği için karşılaştığı zorluklar karşısında kolay kırılacak, sosyal konumunu belirleyemediği için sonuçta duygusal karmaşa ya da kimlik bunalımı yaşayabilecektir (Atabek, 1994, s.: 71-72).

Ailenin ekonomik durumu, çocuğun beslenmesi, çevre sağlığı koşulları, çocuğun büyüme ve gelişmesini değişik düzeylerde etkilemektedir. Başta annenin çocuğa gösterdiği ilginin niteliği olmak üzere, aile içindeki bireylerle çocuğun kurduğu ilişki, çocuğun gelişiminde en önemli etken olarak kendini göstermektedir. Gelişim psikologları, çocuk yetiştirme türlerinin önemine dikkat çekmekte ve hangi tür aile ilişkisinin, çocuğun gelişimini nasıl etkilediğini yanıtlamaya çalışmaktadırlar. Baumrind, bilinçli otorite, baskıcı otorite ve sınırsız hoşgörünün egemen olduğu üç tür çocuk yetiştirme biçimi tanımlamakta; bunlardan bilinçli otoritenin egemen olduğu aile ilişkilerinde çocuğun bilişsel, duygusal ve sosyal yönden daha iyi bir gelişim göstereceğini ileri sürmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 363).

3.1.3. Biyolojik ve Çevresel Süreçlerin Etkileşimi

Biyolojik yapıyla çevrenin sürekli etkileşim içinde bulunduğunu kabul eden farklı anlayışlar, bu etkileşim süreçlerinin son derece önemli olduğunu ve çocuğun gelişimini belirlediğini öne sürmektedirler. Bu anlayış, "etkileşimsel yaklaşım" olarak adlandırılmaktadır.

Kalıtıma bağlı olarak çocukların farklı yaradılışa sahip oldukları daha önce dile getirilmişti. Etkileşim süreçlerinin temel belirleyici olduğunu savunan psikologlar, çocuğun yaradılışının türünün, onun çevreyle kurduğu ilişkinin biçimini ve yönünü belirlediğini kabul etmektedirler. Örneğin; "iyi huylu-kolay mizaçlı" olarak betimlenen çocukların, ana babalarıyla ya da bakıcılarıyla ilişkileri iyidir, beslenme ve uyumaları düzenlidir. Zaman içinde çevreyle (arkadaş-okul vs.) olumlu ilişkiler geliştirmeyi sürdürürler ve değişen koşullara uyum sağlamada başarılı olurlar. Oysa, "huysuz-zor mizaçlı" olarak adlandırılan çocuklar huzursuz, sürekli ağlayan, çevreyle ilgilenmeyen, beslenme ve uykuları sorunlu çocuklardır. Bu tür çocukların anneleri, çocuklarından olumlu tepki almadıkları için, bir süre sonra onlara karşı ilgilerini kaybetmektedirler. "Zor mizaçlı" çocukların, daha sonra okul ve arkadaş çevresiyle de iyi ilişkiler kuramadıkları gözlemlenmektedir. Çevrenin, çocuğun gelişimini nasıl etkileyeceği, aynı zamanda çocuğun bilişsel düzeyine ve olgunlaşmasına da bağlıdır. Erken ya da geç ergenliğe ulaşan çocuklara çevrenin verdiği tepki, çocuğun kendini algılayış biçimini ve ilişkilerini etkilemektedir. Farklı yaşlarda ya da farklı bilişsel düzeylerde olan çocuklar, aynı çevresel koşullarda birbirlerinden farklı algılamalara sahip olabilmekte ve sonuçta etkilenmenin niteliği ve derecesi de farklılaşmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.: 335).

Her birey, ötekilerle etkileşim durumundadır. Bireyin kendisinden başka insanlarla kurulan ilişkilerinin gelişimi, "sosyal gelişim" olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere, bu gelişim yukarıda sözünü ettiğimiz biyolojik ve çevresel süreçlerden etkilenmektedir. Çocuğun reflekslerle başlayan sosyal etkileşimi, duyu ve hareket yetileriyle sürmekte, bilişsel gelişimi ve dil iletişimiyle zenginleşmektedir. Sosyal iletişim ortamı, çocuğun çevresini etkilemesine ve çevreden etkilenmesine olanak sağlamaktadır (Atabek, 1994, s.: 69).

Etkileşimsel yaklaşımın temel olduğunu savunan psikologlar, bu yaklaşımın içinde yer alan çevre ve biyolojik yapının değişik yönlerine ağırlık vermektedirler. Bundan dolayı, etkileşimsel yaklaşım içinde birbirinden farklı kuramlar bulunmaktadır. Etkinlikleri ve yaygın olarak kabul görmüş olmaları bakımından belli başlı kuramlar şunlardır:

1. Psikanalitik kuram
2. Psikososyal kuram
3. Bilişsel gelişim kuramı.

"Psikanalitik kuram", Sigmund Freud (1856-1939) tarafından oluşturulmuş ve bireyin psikoseksüel gelişimi üzerine kurulmuştur. Buna göre bireyin gelişimi, birbirini izleyen psikoseksüel aşamalardan oluşmakta ve her aşama bedenin belirli bir bölgesine karşı geliştirilen tepki biçimleriyle tanımlanmaktadır. Her aşamada çocukla ana-baba arasındaki etkileşim, çocuğun yaşamını etkilemekte ve bu etkilerin toplamı bireyin kişilik özelliklerinin temelini oluşturmaktadır. Freud, gelişimi erişkin cinselliğinin başlangıcına dek incelemiş ve yaşamın ilk yıllarında yapılanmış olan özelliklerin son derece önemli olduğunu ve sonradan değişmeye direnç gösterdiğini öne sürmüştür.

Erik Erikson (1902-) tarafından geliştirilen "psikososyal kuram"da da, gelişimin aşamalardan oluştuğu kabul edilmektedir, ancak bireyin cinsel gelişimi yerine sosyal gelişimi temel alınmıştır. Uterusta başlayan ve ölümle sona eren bu döngünün her aşamasında, çocuğun gereksinmeleri ve toplumun ondan beklentileri değişir. Çocuk yürüme yeteneği kazandığında, hareketleri ana-baba tarafından denetlenmeye başlanır ve çocuğun bağımsızlık eğilimi gittikçe kısıtlanır. Çocuğun bağımsızlık eğilimi ile ana-babanın denetleme eğilimi arasındaki etkileşim, her aşamada yeni bir dengeye ulaşır. Bu dengenin niteliği, her çocuk için özgüldür ve çocuğun kişilik özelliklerinin temelini oluşturur. Freud'un, gelişimi bebeklik ve çocukluk yıllarına sınırlamasına karşın, Erikson, gelişim sürecinin ve bu sürecin bir parçası olarak bireyin özerklik eğilimi ile toplumun bireyi denetim altına alma çabasının yaşam boyu sürdüğünü dile getirir. Psikososyal kurama göre her aşama, bireyi yeni bir denge arayışına götüren bir ikilemi barındırır (Cüceloğlu, 1994, s.: 338).

İsviçreli psikolog Jean Piaget (1896-1980)'nin kuramı, günümüzde de geçerliğini korumakta ve yaygın olarak kullanılmaktadır. 1920'lerden sonra çocuğun zekasını inceleyen Piaget'ye göre zeka; zeka testinden elde edilen puan değildir. Bilişsel süreçlerin, çocukların dünyayı anlamalarını sağladığını öne süren Piaget'nin ilgi alanında, çocukların dünyayı anlamaları için gerekli bilgilerin örgütlenmesi ve gelişimsel olarak bu örgütlenme süreçlerinde görülen değişiklikler bulunur. Kuramının temeli, bireyin dünyayı anlamasını sağlayan bilişsel süreçlerdir ve bu nedenle "bilişsel gelişim kuramı" olarak bilinir. Piaget ve arkadaşları, değişik yaş gruplarından oluşan çocukların düşünme süreçleri üzerinde yaptıkları çok sayıda gözlem ve deneyden sonra, çocukların kavramsal yeteneklerinde görülen değişikliklerin sırasını saptamışlardır. Motor yeteneklerde olduğu gibi, burada da gelişimin düzenli bir sıra izlemesi önemlidir (Morgan, 1993, s.: 60). Çocuğun çevresiyle aktif olarak sürekli bir etkileşim içinde olması temelinde olgunlaşması ve öğrenmesi, onun, bilişsel gelişiminin yönünü ve derecesini belirler. Çocuk, her aşamada kavramlar ve yaklaşım biçimleri geliştirerek belirli bir bilişsel dengelemeye ulaşır. Yeni deneyimler ve yeni ortamlara bağlı olarak ara sıra bilişsel dengelemesi bozulan çocuk, yeni bir dengelemeye ulaşabilmek amacıyla yeni kavramlar geliştirme ve yeni yaklaşım biçimleri uygulama yoluna gittiği için, bilişsel gelişim süreklilik kazanır. Piaget'nin kuramı da, gelişimin birbirini izleyen aşamalardan oluştuğunu, her aşamanın kendisinden sonra gelen aşamaya basamak oluşturduğunu ve aşamaların sırasının değişmediğini öne sürmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 338). Einstein tarafından, "yalnızca bir dahinin akıl erdirebileceği basitlikte bir buluş" olarak nitelendirilen Piaget'nin kuramının özünde, çocukların bilgiye ulaşma yöntemlerinin derinliklerine inilmesinin, genel olarak bilginin nasıl oluşup geliştiğine ışık tutacağı görüşünün varolduğu ileri sürülmektedir. Piaget'nin, çocukları bilgiyle doldurulacak boş çuvallar değil, bilginin etkin yapıcıları olarak görmesi, bilgiye ulaşmanın birden fazla yolu olduğunu ve yargılamaya gidilmeden incelenmesi gerektiğini öne sürmesi, böylelikle bir tür "göreli bilgi kuramı" önermesi de bu görüşü destekler niteliktedir. Yapılan araştırmaların, yeni doğan bebeklerde Piaget'nin, çocukların oluşturduğunu savunduğu bilgilerin bir bölümünün doğuştan varolduğunu ortaya koyması üzerine, Piaget'nin görüşleri son on yıldan bu yana tartışılmaya başlanmış ve bilginin beynin içsel bir öğesi olduğu görüşü ileri

sürülmüştür. Ancak Piaget yandaşları, bebeğin doğuştan sahip olduğu bilgi ile erişkinlerin sahip olduğu bilginin karşılaştırma yapılamayacak kadar farklı olduğundan yola çıkarak Piaget'nin kuramını desteklemektedirler (Cumhuriyet Bilim Teknik, 1999, 644: 17-18).

3.2. Gelişim Dönemleri

Gelişimin çok yönlü ve bütünsel bir süreç olduğu gözden ırak tutulmadan, "çocukluk dönemi" olarak adlandırılan ve 0-18 yaşlar arasını kapsayan dönemi; bedensel, bilişsel, toplumsal, cinsel, psikoseksüel ve ahlaksal gelişim açısından incelemek olanaklıdır. Bu incelemeyi, bireyleşmenin temelini oluşturan çocukluk evresini, taşıdıkları bazı ortak özellikler göz önünde bulundurularak birbirini izleyen dört dönemde yapmak, daha sonraki tartışmalara kolaylık sağlayacaktır. Adı geçen dönemler yaygın olarak kabul edildiği üzere; bebeklik (0-2yaş), ilk çocukluk (2-6 yaş), orta çocukluk (6-12 yaş) ve ergenlik (12-18 yaş) biçiminde sıralanmaktadır. Bu tez bağlamında, her dönem, yukarıda sözü edilen gelişim alanları temel alınarak, farklı yaklaşımlar ışığında irdelenecektir.

3.2.1. Bebeklik Dönemi

Doğumla başlayan ve ilk iki yılı kapsayan süre, "bebeklik dönemi" olarak bilinmektedir. İki yıl gibi çok kısa bir zaman dilimi olmasına karşılık, bebeklik dönemi, gerçekte insan yaşamında çok büyük değişikliklerin ortaya çıktığı bir evredir. Bebek, bu kısa süre içinde doğuştan getirilen refleks davranışlardan başlayarak, giderek karmaşıklaşan algısal ve hareketsel yeteneklerin gelişimiyle; yürüyen, konuşan, toplumsal olarak ilişkiler kurabilen birey durumuna gelmektedir. Doğumdan sonraki ilk dört haftalık bebek için "yenidoğan", 1-12 aylık bebek için "süt çocuğu", 12-24 aylık olan bebek için "küçük çocuk" tanımlamalarının yapılmış olması da, bu dönemdeki çok hızlı değişimin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Gerçekten de, doğumdan sonraki ilk aylarda yaşamı uterus içindeki yaşamdan farklı olmayan ve yaşamsal gereksinimler açısından tümüyle annesine bağımlı olan "bebek"le; 12-24 aylar arasında, hareketli olmasına karşılık henüz tam olarak sözel olmayan, bebeklikten çıkmış gibi görünmesine karşılık henüz ilk çocukluk

konumunu kazanmamış olan "küçük çocuk" arasında gelişimsel değişimler bakımından pek çok farklılıklar bulunmaktadır.

3.2.2. İlk Çocukluk

"İlk çocukluk" terimi, genellikle 2-6 yaşlar arasındaki çocukları belirtmek için kullanılmaktadır. Bedensel gelişime koşut olarak, atlama, koşma, tırmanma gibi hareket becerilerinde etkili bir eşgüdümü gerçekleştiren bu dönem çocukları, bilişsel ve dilsel alanlarda da çok önemli ilerlemeler sağlamaktadırlar. Sözcük dağarcıklarının genişlemesi, karmaşık cümleleri kurma ve anlama yeteneklerinin artması ile birlikte ana-babadan daha fazla bağımsızlaşma ve özerkleşme eğilimine yönelmektedirler. Okul öncesi çocukları için, daha karmaşıklaşan oyun etkinlikleri onlara, merak ve çevrelerini keşfetme yönünde olanaklar sağlamaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 229).

3.2.3. Orta Çocukluk

"Okul çağı" olarak da adlandırılan "orta çocukluk dönemi", çocuğun aile yuvasından çıkıp, dış dünyaya açıldığı ve toplumsal çevreye karıştığı dönemdir. 6 yaşında başlayan ve ilkokul yıllarını içine alan bu dönem, ergenliğin ilk belirtilerinin ortaya çıktığı 12 yaşında sona ermektedir. Annenin, dünyanın tek ekseni olmaktan çıktığı, çocukluk hastalıklarının geride bırakıldığı, büyüme hızının yavaşladığı orta çocukluk evresinde, en belirgin ilerleme toplumsal etkileşimler alanında görülmektedir. Günlük yaşamının büyük bölümünü okul ve arkadaş ortamında geçiren çocuk, bilişsel yetenekler ve özellikle de ahlak standartlarına ilişkin kavramları anlama bakımından gelişimini sürdürmektedir. Okul çağı çocukları, konuşma yeteneklerinin ve hareket becerilerinin artmasıyla arkadaş ortamında ve okulda giderek işbirliğine daha açık, daha paylaşımcı ve daha güvenli olmaktadırlar. Toplumsal etkileşimin en önemli boyutunu oluşturan arkadaşlık ilişkileri, çocuğa, toplumsal yaşamda gerekli olan uyum ve işbirliğini öğrettiği gibi, ezme-ezilme ikileminden arınmış bir yarışma yeteneği ve kendi kendini gerçekçi olarak değerlendirme olanağı da kazandırmaktadır. Belirli bir amaca yönelik takım çalışmasına katılma, sorumluluk

alma, yönetme ve önder olma gibi yetenekler, ev ve aile çevresinden çok, okul ve arkadaşlık ilişkilerinde kazanılmaktadır (Yörükoğlu, 1986, s.: 54,66).

3.2.4. Ergenlik

"Ergenlik", çocukluk ve yetişkinlik arasında olan, yaklaşık olarak 12 yaşlarında başlayan ve 18-22 yaşlara dek süren, batıya özgü, modern bir kavramdır.Bir ergenin üreme yeteneğini kazandığı evre, "erinlik- buluğ" olarak bilinmektedir. Erinliğe eşlik eden başlıca değişimler; boy ve ağırlıkta ani ve hızlı artış olarak kendini gösteren büyüme atılımı ile penis ve vaginada fizyolojik değişiklikler, meme gelişimi, dış genital bölgelerde kıllanmanın artışı, menarşın başlaması ve sperm boşaltımı olarak sıralanabilen birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinin ortaya çıkmasıdır. Bazı görüşler, "ergenlik" ve "erinlik" arasında bir ayrım yapmazlarsa da, erinliğin; bireyin cinsel olgunluğa erişerek üreme işlemini kazandığı fiziksel değişimlerle, ergenliğin ise; erinlikle başlayan, yetişkinlikle sona eren ruhsal ve toplumsal değişikliklerle tanımlanması daha yaygındır (A.Britannica 8: 247). Modern ergenlik psikolojisinin babası olarak tanınan Hall'ın, "fırtına ve stress zamanı" olarak değerlendirdiği ergenlik; günümüzde psikologlar, felsefeciler, antropologlar, ana-babalar ve ergenler tarafından değişik biçimlerde tanımlanmaya çalışılmaktadır. Örneğin; Blos'un, ergenliği "psiko seksüel gelişimin dört evresinin sonuncusu" olarak görmesine karşılık, Sieg'in tanımı, "insanda, bireyin, yetişkine özgü ayrıcalıklarının kendisine verilmediğini hissettiği zaman başlayan ve yetişkinin tüm gücü ve toplumsal konumu, toplum tarafından bireye verildiği zaman sona eren gelişim dönemi"biçimindedir ve bu tanım "ergen merkezli" bir bakış açısına sahiptir. Schulz ise, ergenliği "genç yetişkine, değişik yetişkinlik rollerini, vatandaşlık sorumluğunun sonuçlarına katlanmak zorunda kalmadan denemesine izin verildiğinde yaşanan normatif bunalım" olarak tanımlamaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 404).

3.3. Bedensel Gelişim

Çocukluk çağı, döllenme ile başlayıp ergenliğin sonuna kadar süren, ve devamlılığı olan bir süreçtir. Bütün öteki canlılarla karşılaştırıldığında, çocukluk çağı en uzun olan varlık, insandır. Tek hücre olarak yaşama başlayan insan yavrusu, haftalar, aylar

ve yıllar boyunca büyür, gelişir; birçok karmaşık becerileri gerçekleştirebilen, düşüncelerini dile getirebilen, kişilik sahibi bir erişkin durumunu alır.

Büyüme, vücut hacminin ve kütlesinin artması demektir. Gelişme ise, daha önce de dile getirildiği gibi, biyolojik işlevlerin kazanılmasını anlatmak için kullanılan bir terimdir. Bu bağlamda, büyüme; organizmada hücre sayısının ve hücrelerin büyüklüğünün artması ile ilgilidir, gelişme ise; hücre ve dokuların yapı ve bileşimindeki değişimler sonucu oluşur.

Çocuk organizmasını erişkinden ayıran en temel özellik, sürekli bir büyüme, gelişme ve değişme süreci içinde olmasıdır. Çocuğun sağlık durumunu bozan etkenler, büyüme ve gelişme sürecini yavaşlatır, durdurur, ya da normalden saptırır. Patolojik etmenlerin büyüme ve gelişme üzerine etkisi, çocuğun yaşı ne kadar küçükse, o derece belirgin ve kalıcı olur. Bunun yanısıra, büyüme ve gelişmenin temposu, belirli dönemlerde hızlanma ve yavaşlamalar gösterir. Fetal yaşamda en hızlı olan, doğumdan hemen sonra da süren büyüme ve gelişme, bir süre sonra giderek yavaşlar. 3-4 yaş ile 9-10 yaş arasında oldukça durağan ve görece yavaş bir tempo gösteren bu gelişim, ergenlik dönemine yaklaştıkça yeniden hızlanır.

Ağırlık, boy, göğüs çevresi, kas-iskelet sistemi, kalp, karaciğer, dalak, böbrekler gibi iç organların büyüme hızı genel büyüme eğrisini izlemekle birlikte, merkezi sinir sistemi, lenf sistemi, genital sistem ve hormonal sistem gibi bazı organ ve doku sistemleri kendilerine özgü bir büyüme ve gelişme temposu gösterir. Örneğin, sinir sisteminin büyüme ve hızı, fetal yaşamda ve doğumdan sonraki ilk aylarda çok hızlıdır. Bu sistemin gelişimi, 2 yaşında erişkin düzeyinin % 60'ına, 6 yaşında ise % 90'ına ulaşmıştır.

Büyüme ve gelişme sürecinde belirli bir sıra düzeni vardır; örneğin, vücudun başlangıçta en hızlı büyüyen kısmı baştır, ilk 6 aydan sonra göğüs çevresi, 9-12 aydan sonra ise ekstremite büyümesi hızla ön plana geçer.

Normal çocuklar arasında genetik yapıya bağlı olarak boy, vücut yapısı, büyüme temposu, fizyolojik özellikler ve kişilik yönlerinden büyük farklılıklar bulunmaktadır. "Biyolojik varyasyon" olarak tanımlanan bu olgu nedeniyle, bazı çocuklar yürüme, konuşma becerilerini, bu beceriyi ortalama edinme yaşına göre daha erken, bazı çocuklar ise daha geç kazanmaktadırlar. Ergenliğe erişme yaşı da

aynı nedenle faklı olabilir. Bu gelişme farklılıkları, yaş ilerledikçe daha belirginleşir ve psikososyal anlam kazanır. Örneğin, 14 yaşında ve aynı sınıfta okuyan iki çocuk, boy uzunluğu, ergenlik gelişimi ve beceriler bakımından çok farklı düzeylerde olabilir.

Birçok ülkede, son yıllarda doğup büyüyen çocukların, 50-60 yıl öncesine oranla daha iri olarak dünyaya geldiği, değişik yaşlarda daha fazla boy ve ağırlığa ulaştığı ve ergenlik belirtilerini daha erken yaşta gösterdiği ortaya çıkmıştır. Büyüme ve gelişme temposunda gözlenen bu hızlanma ve olgunlaşmanın daha erkene kayması, "yüzyılın eğilimi" (secular trend) olarak adlandırılmakta ve bu durum, çocukların daha iyi beslenmesi, daha hijyenik koşullarda büyümesi, hastalıklardan daha iyi korunması, daha iyi tıbbi bakım görmesi ve daha iyi eğitim almış ana-babalar tarafından yetiştirilmesi ile açıklanmaktadır (Neyzi, 1983, s.: 21-26).

3.3.1.Bebeklik Dönemi

Bebek, doğumdan önce başlayan gelişim sürecine bağlı olarak, bazı refleksler ve yetilerle dünyaya gelmektedir. Bunlar arasında emme, yakalama, adım atma ve tonik boyun gibi yenidoğana özgü refleksler ve görme, işitme, tat ve koku alma gibi temel duyusal yetiler sayılabilir. Emme refleksi aracılığıyla doğar doğmaz beslenmeye başlayan bebek; hareket eden nesneyi gözleriyle izleyebilmesi, her iki gözünü nesne üzerinde odaklayabilmesi, bazı ana renkleri ayırt edebilmesi aracılığıyla, daha ilk günlerde, türünün sürekliliği için son derece önemli olan insan iletişimini kurmaya adım atmaktadır. İşittiği seslerin perde ve şiddet değişikliğini algılayabilmesi, sesin geldiği yöne başını çevirebilmesi, birbirinden farklı koku ve tatları ayırt edebilmesi ve bunların yanısıra edimsel ve klasik koşullama yoluyla öğrenebilme yeteneği taşıması, onun yaşamını kolaylaştıran etmenlerdir (Cüceloğlu, 1994, s.: 342).

Doğuştan getirilen yukarıdaki özelliklerin üzerine, algılama ve hareketle ilgili becerilerin öğrenme süreçleriyle eklenmesi söz konusudur. Nöromotor gelişme fizyolojik bir düzen içinde gerçekleşir ve bu nedenle sefalo-kaudal ve proksimal-distal bir sıra izler. İlk önce ense kaslarının ve bu kaslarla ilgili sinirlerin olgunlaşması sonucu, bebek 1-3. aylarda başını dik tutabilir, daha sonra sırt-bel, kalça ve alt ekstremite kas ve sinirlerinin olgunlaşması ile oturma ve yürüme işlevleri

kazanılır. Hiçbir bebek, başını dik tutmayı öğrenmeden oturma, oturmayı öğrenmeden ayakta durma becerisini gösteremez. Ekstremitelerde nöromotor olgunlaşma, proksimal-distal bir sıra ile gerçekleşir; ilk önce üst kol, alt kol, en sonunda ince parmak hareketleri bilinçli olarak yapılabilir (Neyzi, 1983, s.: 22-23).

Dünyanın değişik yörelerinde yapılan araştırmalar, çocuğun hareket gelişiminin ilk yıllardaki olgunlaşmaya bağlı biyolojik bir süreç olması nedeniyle evrensel bir sıra izlediğini göstermiştir. Kuşkusuz, her çocuk bu aşamalara, daha önce belirtildiği gibi farklı aylarda, haftalarda ya da günlerde ulaşmaktadır. Mary Shirley'nin 1933'de yaptığı araştırma bulgularına göre, ilk iki yıldaki hareket gelişimi başlıca şu aşamalardan geçmektedir: Yüzükoyun yatma durumundaki bebek, 1. ayda çenesini, 2. ayda göğsünü kaldırabilir. 4 aylıkken yardımla oturma, 5 aylıkken nesneleri tutma becerisini gösteren bebek, 6. ayda çocuk sandalyesinde, 7. ayda ise kendi başına oturma aşamasına ulaşır. 8., 9. ve 10. aylarda sırasıyla; yardımla ayakta durma, eşyaya tutunarak ayakta durma ve emekleme hareketlerini yapabilen bebek, 11 aylık olunca elinden tutulduğu zaman yürüyebilir. Eşyaya tutunarak ayağa kalkma 12. ayda, merdiven basamaklarını tırmanma ise 13. ayda gerçekleşir. Bebek, 14 aylıkken tek başına ayakta durmayı, 15 aylık olunca da tek başına yürümeyi başarabilmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 342).

3.3.2. İlk Çocukluk

İki yaşında, yetişkin boyunun yaklaşık yarısına ulaşan çocuğun büyüme hızı, bu yaştan sonra azalır ve ergenlik döneminin başlangıcına kadar yıllık boy uzaması yaklaşık 5-7 santimetredir. Genel olarak, bedensel gelişimin % 5 dolayına düştüğü ve ergenlik çağında yeniden hızlandığı gözlenmektedir (Neyzi, 1983, s.: 38).

İlk çocukluk dönemindeki çocuk, erişkinin duyusal yeteneklerinin neredeyse tümünü taşımaktadır; bu nedenle 5-6 yaşlardan sonra, genel olarak duyusal yetenekte bir gelişimden söz edilmemekle birlikte, beyin gelişimi sürmektedir. Çocuğun motor gelişimi, bütünüyle fiziksel gücünün artışı, boyun uzaması, ağırlığın artışı, kasların güçlenmesi, sinirlerin gelişimi, eklemlerin hareket yetisinin artışı, kemik dokusunun sağlamlaşması gibi etkenlerin yanısıra, hormonal sistemin gelişimini de kapsamaktadır. Kollar-eller, bacaklar-ayaklarla kazanılan "lokomotor beceriler",

bedenin hareketiyle kazanılan "non-lokomotor beceriler" ve el becerilerinin gelişimi, çocuğun özgürleşmesi ve bağımlılıktan kurtulması demektir. Bu ise, gelişim sürecinin çok önemli bir dönemecini oluşturmaktadır. Çocuğun, bu aşamadan sonra amacı, kendi yaşam alanlarını genişletmek ve yeteneklerini kullanarak yeni sınırlara ulaşmaktır (Atabek, 1994, s.: 51). 2-6 yaşlar arasında, hareket etme özgürlüğüne ve olgunlaşmanın düzeyine bağlı olarak, çocuğun hareketlerinin tür ve sayısında da artış gözlenmektedir. Bunlar arasında, bisiklete binme, oyun parklarındaki pekçok araç ve gereci etkin olarak kullanma, değişik oyuncaklarla el-göz eşgüdümüne dayanan becerileri gerçekleştirme sayılabilir. Kuşkusuz tüm bu başarılar; bilişsel, dilsel ve toplumsal gelişimin de katkılarıyla elde edilmektedir.

3.3.3. Orta Çocukluk

Okul çağında gözlenen bedensel gelişme, öteki dönemlerle karşılaştırıldığında daha yavaş bir tempo izler. 6-12 yaşlar arasında bulunan çocuğun boyunda ve bedensel gücünde bir artış olur, daha karmaşık hareketleri yapabilecek duruma gelir; ancak, bu değişiklikler yavaş bir biçimde gerçekleştiğinden dikkat çekici değildir. Örneğin, ilk iki yıl içinde gözlenen, yürümeye başlama gibi eşik niteliğinde bir davranış değişikliği, bu dönemde gözlenmez. Orta çocukluğun belki de en önemli yeni davranışı, iki tekerlekli bisiklete binmeyi öğrenmektir (Cüceloğlu, 1994, s.: 345).

3.3.4. Ergenlik

Ergenlik döneminin önemli özelliklerinden biri, en hızlı büyüme ve gelişme evrelerinden biri olmasıdır. Büyüme ve gelişmedeki bu hızlı artış, büyük ölçüde hormonal sistemde ortaya çıkan değişikliklere bağlıdır. Kız çocuklarda östrojen, erkek çocuklarda testosteron üretiminin artışı, organizmada birçok organ ve sistemlerde gözle görülür farklılıklar ve gelişmelere neden olur. Çocukluk döneminde, ortalama olarak erkek çocuklardan daha kısa olan kız çocuklar, 10-12 yaşlarında ilk büyüme atılımına başlarlar ve genellikle erkek yaşıtlarından daha uzun boy ve ağırlığa sahiptirler. Kızlarda meme gelişimi 10-11 yaşlarında, menstruasyon ise 12-13 yaşlarında ortaya çıkmaktadır. Gelişimin birçok alanında tipik olarak kızları 2 yıl geriden izleyen erkek çocukların büyüme atılımı ise, 10-16 yaşlar

arasında yaşanmakta; örneğin, penis ve testislerin gelişimi 12-13 yaşlarında başlamaktadır. Bunlar ortalama değerlerdir ve bireyden bireye büyük ölçüde değişmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 410).

Ergenlikte görülen büyüme hızlanmasında, ilk önce ayak ve bacak uzunluğunda hızlı bir artış gözlenmekte, bunu kalçaların enine büyümesi, daha sonra da göğsün ön-arka çapının artması ve omuzların genişlemesi izlemektedir (Neyzi, 1983, s.: 22). Bedensel gelişim sırasında hormonal etkilere bağlı olarak kızlarda kas gelişimi, erkeklere oranla daha azdır. Bu nedenle, tam anlamıyla gelişmiş bir kadın bedeninde daha çok yağ dokusu olmasına karşılık, erkekte daha fazla kas dokusu bulunmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.: 346). Ergenlikteki hızlı bedensel değişimle ilişkili olarak, obesite (şişmanlık) ve anoreksiya nervoza (iştah azlığından doğan aşırı kilo kaybı) bu dönemin, bedensel gelişimle ilgili en önemli olası sorunlarıdır.

3.4. Bilişsel Gelişim

Düşünme yeteneğinin, gelişimsel değişimler içindeki yerini ve önemini farklı açılardan inceleyen kuramlar arasında Piaget'nin kuramı, en etkili kuramlardan biridir. Piaget'nin çocukları gözlemleyerek oluşturduğu kuramında, düşünce ve akıl yürütmenin değişerek gelişmesi, bu gelişmeyi etkileyen faktörler ve farklı yaş gruplarındaki çocuklarda bu gelişimin dışavurumu açıklanmaya çalışılmaktadır. Çocuğun gelişiminde yer verilen kuramlar sıralama, sınıflandırma ve sayı kavramları gibi araçlarla sınanmıştır.Düşünce gelişimi bakımından 4 dönemin varolduğunu savunan Piaget'ye göre, her bilişsel dönem şu ortak özellikleri içermektedir:

- Ortaya çıkış yaşı kültürel özelliklere bağlı olmakla birlikte, dönemler birbirini değişmez bir sıra ile izler.
- Her dönem, önceki dönemlerin yapısal özelliklerini de içerdiği için hiyerarşik bir bütünleşme vardır.
- Düşünme biçimleri niteliksel olarak farklıdır.
- Eylemler öğrenilmiş tepkilerden değil, örgütlenmiş genel bir yapıdan temellenir,

Bilişsel dönemlerin yukarıda sözü edilen ortak özelliklerinden sonra, her bilişsel dönemin özgün özellikleri gözden geçirilebilir.

1. Duyu - hareket dönemi: Doğum ile 2 yaş arasını kapsar. Bu dönemde bebek, zihinsel düşünme ve anlama yoluyla değil, çevresiyle kurduğu duyu - hareket etkileşimleriyle düşünür ve bilir. Bu düşünme ve bilme aracılığıyla çevreyle giderek daha uyumlu duruma gelir.
2. İşlem öncesi dönem: 2 ile 6-7 yaş arası evredir. Düşünce mantık dışıdır, anlık ve görünür koşullara bağımlıdır. Çocuklar bu dönemde, belirli bir olayın yalnızca bir yönünü ele alma yeteneğine sahiptirler. Zihinsel tasarımlar söz konusu olsa da, bilgi sistemli olarak işlenemez.
3. Somut işlemler dönemi: 7 ile 11-12 yaşlar arasını kapsar. Bu dönemdeki çocuklar somut bilgiler verildiği zaman, bu bilgiyi mantıklı ve sistematik olarak işlemleyebilir, belirli bir durumun bir çok yönünü ele alabilir, ancak soyut bilgiler karşısında yetersizdirler.
4. Soyut işlemler dönemi: 12 yaş üzerindeki evredir. Bu dönemdeki ergenler somut ya da soyut olsun bilgiyi işlemleyebilir, varsayımlar kurabilir, mantıksal sonuçlara ulaşabilir ve karmaşık sorunları çözebilirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 164).

Piaget'ye göre çocuklar, fiziksel ve toplumsal gerçekliği, kendi kendini düzenleyen bir süreç içinde ve tutarlı olarak açıklamak eğilimindedirler. Çocuklar çevreyle açık ve etkin bir etkileşim kurarak özümleme ve uyma süreçlerini dengeler ve yeni deneyimlere uygun duruma gelirler. Çevresel olaylarla, onlara ilişkin varolan anlayışlarını özümleyerek ya da çevreye uyma yoluyla bilişsel yapılarını değiştirerek başa çıkmayı seçerler. Piaget, çocukların bir dönemden ötekine, bu özümleme ve uyma süreçleriyle geçtiklerini öne sürmektedir.

- Piaget'nin bilişsel gelişim kuramı, ilgili çevrelerde tartışma yaratmıştır. Kimi kuramcılar, çocukların bu bilişsel dönem karakteristiklerine Piaget'nin belirttiğinden daha erken ulaştığını, kimileri de çocukların çoğunun daha geç evrede soyut işlem düşüncesine ulaştığını ileri sürmektedirler. Bazı kuramcılar ise, Piaget'nin dönem modelinin, düşünsel gelişimde yaşa bağlı değişimlerin bir betimlenmesinden öte geçmediğini savunmaktadırlar.

3.4.1. Bebeklik Dönemi

Bebek, doğumundan başlayarak çevresini keşfetme çabası içine girer. Keşif çabasında kullandığı temel araçlar, doğuştan getirdiği duyusal ve hareketsel yeteneklerdir. Piaget, bebeklerin doğuştan sahip olduğu refleksleri, "duyu-hareket şemaları"olarak adlandırmıştır. Çünkü bunlar ilkel tepkiler olsalar da, bebeklere çevreleriyle etkileşime girmeye başlama olanağı veren örgütlenmiş duyu- hareket eylemleridir ve daha sonra gelişecek olan istemli duyu-hareket şemaları için temel oluşturmaktadırlar (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 166). Bu bağlamda, bebeklikteki bilişsel gelişim aşaması da "duyusal-hareketsel (sensory- motor) aşama" olarak tanımlanmıştır. Dokunma gibi basit duyusal verilerden, tutma ve emme gibi basit hareketlerden işe başlayan bebek, temel süreçlerin üzerine yenilerini ekleyerek çevresini anlayabilecek bir bilişsel sistem geliştirmeye başlar (Cüceloğlu, 1994, s.: 346).

Piaget'ye göre bebekler duyu-hareket eylemlerinde dile gelen bir zeka türü ortaya koymaktadırlar. Bilgiyi zihinsel olarak işleyemezler, bir başka deyişle düşünmeye yetenekli değildirler. Bebeğin zekası, çevreyle etkileşim sonucu giderek olgunlaşır; bebek önceden kestirilebilir, örgütlenmiş, "zeka görünümlü" duyu-hareket eylemleriyle, tutarlı ve akla yakın yollarla çevresini bildiğini göstermektedir. Bu zeka "irdeleyici" bir zeka değil, daha çok "algılayan" ve "yapan" bir zekadır ve bilişsel işleyişin eylemle sınırlı bir türüdür (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 163).

Bebek, karşılaştığı ilk uyarılara "refleks" karşılıklar verir. Sonraki aylarda duyularla gelen algılarla karşılaşır ve bunlara hareketlerinin sonuçları eklenir. Bebek bu ilk bilgileri önce özümseyip uyarlar, daha sonra da dengeler. Böylece, aldığı uyarıdan "özümsenmiş, uyarlanmış, dengelenmiş bilgi" elde etmeyi başarmıştır. Bundan sonra bebek, uyarıları aynı biçimde işleyerek yeni şemalar elde edecektir. Bu nedenle daha çok ve daha farklı uyarılar, daha çok şemalar oluşturulmasına yol açacaktır (Atabek, 1994, s.: 56-57).

Küçük bebeklerin kenar çizgisi, hareket, desen gibi görsel uyaranlara doğuştan dikkat çekmeye başladıkları, ancak büyüdükçe basit uyaranlardan çok, karmaşık uyaranları seçtikleri bilinmektedir. Flavell, bir uyaranın bebek için çekici olmasını belirleyen üç etkenin; "ılımlı yenilik", "ılımlı karmaşıklık", "beklenmedik ya da

şaşırtıcı olmak" biçiminde belirlemiştir. Tüm bunlar, bebeğin deneyimiyle ya da anlayış düzeyiyle ilişkili olarak, etken durumuna gelmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 156).

Duyular aracılığıyla elde edilen bilginin anlam kazanması ise kavram gelişimiyle olanaklıdır. Kavram, "bir şeyin zihinsel tasarımı" ya da "belleği" olarak tanımlanabilir. Bebekler, değişmeyen duyusal bilgiyi doğuştan taşıdıkları bilgi-işlemsel yetenek nedeniyle kavram oluşturmakta kullanırlar. Kavramlar, iki genel kategoriye ayrılabilir:

1. Kimlik kavramları: Bir bireyin, yerin, olayın nesnenin ya da ilişkinin zihinsel tasarımıdır.
2. Sınıf kavramları: Aralarında ortak özellikler taşıyan bir grup "kişi", "yer" ya da "şey"in zihinsel tasarımıdır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 157).

Tekrarlı uyarıma alışma, uyarılanın ilkel bir belleğinin biriktiğini ve tekrarlı uyarıma tepkisizliğin başladığını göstermektedir. Anne kavramının ilk birkaç haftada oluşmaya başladığı ve süt kokusu, yüz çizgileri, ses, dokunuş biçimi gibi değişmeyen uyaranların anne kavramının oluşmasına yol açtığı dile getirilmektedir.Genel olarak insan yüzü kavramının gelişimi incelendiğinde, ilk 3 ayda bebeklerin insan yüzünü tanıdıkları, 4. ay dolaylarında yabancı yüzlere de olumlu tepki verdikleri, 7 aylıkken bu tepkinin donuklaştığı, 8. ayda tanıdıkları tanıdık olmayanlardan ayırdedecek biçimde, yabancılardan korkma tepkileri verdikleri görülür (Gander ve Gardiner, 1995, s.:160).

İlk iki yılda "nesne kavramı" da denilen bir nesne sürekliliği anlayışı gelişmektedir. Nesne sürekliliği, nesnelerin uzayda yer tutan varlıklar olduğuna, algı alanı dışında olduklarında bile varolmayı sürdürdüklerine ilişkin bilgidir. Bu gelişim, bebeklerde özel bir sıra izleyerek ortaya çıkmaktadır. 4-8 ay arasında bebekler, nesneleri kendi görsel alanları içinde iken bağımsız varlıklar olarak algılamaktadırlar. Ancak nesne ortadan kaldırılınca onun yok olduğunu düşünmektedirler. Bir yaşına doğru bebekler, nesnenin sürekliliği kavramını anlamaya başlar ve göz önünden kaldırılan bir nesneyi aramaya koyulur. Bebekler tüm nesnelerin değil, tanıdık nesnelerin sürekliliği olduğunu farketmektedirler ve kişinin sürekliliği nesnenin sürekliliğinden önce gelmektedir. 12-18 aylık bebekler, nesneleri en son gördükleri yerde aramaları

gerektiğini derece derece anlamaktadırlar. 18-24 ayda ise nesnelerin temel özelliklerini (örneğin olası saklanma yerlerini araştırma ve hatta kendileri saklama) anlamış görünmektedirler. Çünkü dış nesne ve olayların iç temsilcilerini geliştirmeye başlamışlardır. Nesnelerin sürekli olduğunu ve göz önünde bulunmadığı zaman da varolmayı sürdürdüğünü anlayan bebek, bu nesneyi bir süreçle temsil etmeye başlar. Bu iç temsil süreci, kavram ve dil gelişiminin başlangıcını oluşturmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.: 347).

Dilin gelişimi, insanı öteki canlılardan ayıran en önemli farklılaşma olarak değerlendirilmektedir. Bir maymunun motor gelişimi ile karşılaştırıldığında, insanın motor gelişiminin acemi kaldığı, bir kedi ya da köpeğin duyularının insanın duyularından çok daha fazla gelişmiş olduğu söylenebilir. Ancak dil gelişimi, bilindiği kadarıyla insana özgüdür (Atabek, 1994, s.: 61). "Dil" denilince ilk akla gelen konuşma dili gerçekte, çok geniş bir konuşma- anlaşma-haberleşme ve iletişim ortamının yalnızca bir boyutudur. Konuşma dilinden farklı olarak, sözgelimi yazı dili, resim dili, matematik dili, müzik dili, sinema dili, mimik dili, telgraf dili gibi çok sayıda dil bulunmaktadır. Dilin; dünden gelen, bugün kullanılan ve yarına kalacak olan, söylenilir-duyulur, yazılır-okunur, anlatılır-anlaşılır son derece zengin, sürekli ve güvenilir bir kültürel "hazine" olduğu göz önüne alındığında, insanın bu türden bir yetiye sahip olmasının önemi ortaya çıkmaktadır (Güvenç, 1991, s.: 74)

İlk anlaşılır sözcüklerini konuşmadan önce "dilöncesi" olarak adlandırılan bebekler, dil gelişimini kolaylaştıran çeşitli yetenekler ve yönelimlerle doğmaktadırlar. Dilöncesi yetenekler, alıcı ve üretici yetenekler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Alıcı yetenekler sesleri işitmeyi, birbirinden ayırmayı ve yorumlamayı içermektedir. Konuyla ilgili çalışmalar, altı haftalık bebeklerin son derece benzer konuşma seslerini ayırt edebildiklerini göstermiştir. Konuşmak, bir anlamı olan özgün sözler yaratmaktır; bu bağlamda sözcükleri söylemekten çok daha fazlasını gerektirir. Bilişsel psikoloji ile ilgilenen dilbilimciler, bebeklerin dili işlemeye yönelik üretici yeteneklerle doğduklarını öne sürmektedirler Dili geliştirmeye hazır olarak dünyaya gelen bebekler, doğumdan sonraki ilk ayda genellikle ağlama dışında çok az ses çıkarmaktadırlar. İkinci ayda "agulama" olarak nitelendirilen, ünlü harflerle oluşturulan ve genellikle sevinme anlamına gelen sesler ortaya çıkmaktadır. Ses tonu değişiklikleri de bu dönemde başlar. 6-7 aylık bebekler, "cıvıldama" adı verilen,

içinde ünsüzlerin de yer aldığı çok çeşitli sesler çıkarabilmektedirler. Bu aşamada sıklıkla, çevrelerinde işittikleri seslerin ünlü ve ünsüzlerini yineleyerek birleştiren bebekler; böylece hecelemeye, bir başka deyişle erişkin dilinin tonlama, ritm ve vurgulama örüntülerini kullanmaya başlamaktadırlar (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 173-174).

İlk yıl içinde bebek, istediği bir şeye kollarını uzatarak, ellerini açıp kapatarak "beden dili" ile konuşmayı öğrenmektedir. "Algı dili" olarak adlandırılan söylenilen sözcükleri anlama yetisi de bu dönemde gelişmektedir. 10 aylık bebeğin, çeşitli sözcüklerin hangi anlama geldiğini anladığı saptanmıştır. Anne ile bebek arasında kurulan özel bir ses iletişiminin de katkısıyla oluşan annenin listesinde, bu yolla anlaşılan ortalama 18 sözcük bulunmaktadır. 13 aylık bebeklerde ise, yaklaşık olarak 50 sözcüğün anlaşıldığı dile getirilmektedir. Kısa süre sonra bebekler, bir sesi; bir nesneyi ya da olayı belirtmek için tutarlı ve düzenli biçimde kullanmaya başlamakta, böylece ilk sözcükler ortaya çıkmaktadır. İlk sözcükler üzerinde yapılan bir çalışmada, bu sözcüklerin "mama", "bana", "su", "evet", "hayır", "atta (gezelim)"gibi istekleri ve gereksinmeleri dile getiren sözcükler olduğu saptanmıştır. İlk sözcüğün ortalama söylenme yaşı, Amerika'da yapılan araştırmalara göre 11.1 aydır. Çocukların % 95'inde ilk sözcük, 6.5 ile 15.2 aylar arasında söylenmektedir. İlk sözcük, dil gelişiminde bir kilometre taşıdır; bundan sonra hızlı bir biçimde yeni sözcükler eklenerek çocuğun sözcük hazinesi zenginleşmektedir. İlk 30 sözcükten sonra gelişme hızlanmakta, 50-60 sözcükten oluşan bir dil gelişmektedir. Örneğin, 6 yaşında İngilizce konuşan bir çocuğun yaklaşık olarak 14.000 sözcük bildiği, daha sonraki 9 yılda da günde 9 sözcüğün eklendiği dile getirilmektedir. İki sözcükten oluşan ilk tümceler ise, 18-24 ay arasında kurulmaktadır (Atabek, 1994, s.: 62-63).

Psikolenguistikçiler, dilin gelişiminde "doğuştanlık varsayımı"na dayanan üretme kuramını savunmaktadırlar; buna göre bebekler, doğuştan konuşma dilini çözümleme, yapısını keşfetme ve daha sonra bu yapıyı kullanma yeteneğine sahiptirler. Öğrenme kuramı ise, bebeğin dilinin biçimlendirilmesinde ve model almasında toplumsal çevrenin etkisini vurgulamaktadır. Sapir-Whorf varsayımında, dilin düşünceyi belirlediği savunulmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 194). Buna karşılık Piaget, dilin çocuğun bilişsel gelişiminin belirli bir aşamaya ulaşması sonucunda geliştiğini öne sürmektedir; ona göre bilişsel gelişimin temelinde dil

değil, tersine, dil gelişiminin temelinde bilişsel gelişim bulunmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.: 349).

3.4.2. İlk Çocukluk

"Okul öncesi dönem" olarak da adlandırılan ilk çocukluk, 2-6 yaşlar arasını kapsamaktadır ve toplumsal ilişkilerde, dilde, bilişte ve kişilik gelişiminde önemli değişimlerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemdeki çocuklar,belirli zihinsel işlevleri yerine getirerek çevreleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaktadırlar.

İlk çocukluk döneminde başarılması beklenen bilişsel görevler şunlardır:

- Toplumsal ve fiziksel gerçekliğe ilişkin basit kavramlar oluşturmayı öğrenme, çevredeki düzenlilikleri keşfetme, insan ve nesneleri adlar ve kategorilerle sınıflandırma becerisi geliştirme.
- Doğruyu-yanlışı ayırmayı öğrenme, iyi ve kötü kavramlarının oluşumu ve bu kavramların içselleştirilmeye başlanmasıyla birlikte, vicdanın temellerinin atılması ve bir ahlak değerleri sisteminin biçimlenmeye başlaması.
- Bebeklikte temelleri öğrenilmiş olan dilin, konuşmanın başlaması, sözcük dağarcığının artması ve konuşma örüntülerinin geliştirilmesiyle birlikte başka insanlarla iletişim kurmada önemli bir araç olarak kullanılmaya başlaması (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 231).

İşlem öncesi dönemdeki çocuklar dünyalarını kavramsal olarak tasarımlama yeteneği taşırlar. Olayları, insanları, nesneleri ve aralarındaki ilişkileri tanırlar, çünkü onlara ilişkin düşünceleri ve kavramları edinmişlerdir. Çocuklar önce duyular yoluyla algılanabilen somut ilişkileri kavrarlar. Düşüncede tasarımlanması gereken soyut ilişkilerin kavranması ise okul öncesi çocuklarda daha güçtür. Neden-sonuç ilişkileri de zayıftır. Piaget, kavram ve dil yeteneğinin kaynağında duyu-hareket döneminin sonuna doğru ortaya çıkan simgesel işlevin bulunduğunu öne sürmektedir. Bir başka deyişle, bu dönemdeki çocuklar somut nesnelerin yerine sembolleri (imgeler, sözler, eylemler) koymayı öğrenmiştir. Simgesel işlev simgeleri anlama, yaratma ve kullanma yetisini içerir. Örneğin, yanyana dizilmiş kutuları "tren" olarak düşünebilir, bir süpürgeyi "at" olarak kullanabilir (Atabek, 1994, s.:

57). Hayali arkadaşlar ya da kardeşlerin yaratılması, onlarla geliştirilen hayali ilişkiler bu dönemin ürünüdür. Salinger'in "Titrek Bacanak Connecticut'ta" adlı öyküsünde yer alan Jimmy Jimmereeno, Ramona'nın "yeşil gözlü, siyah saçlı, kılıçlı, çizmeli, annesiz-babasız" olarak betimlediği bir hayali arkadaştır. Ramona, erişkinlerin "mahsuscuktan bir oğlan" olarak tanımladıkları Jimmy ile birlikte yıkanmakta, birlikte yemek yemekte, elinden tutup gezdirmekte ve dönüp ezmemek için yatağın en kenarında uyumaktadır. Aynı Jimmy, günün birinde, yine hayali olarak, bir köpeğin dişleri arasında ezilip yok oluvermektedir (Salinger, 1989).

Duyu-hareket dönemindeki çocukların bir yeteneği olan taklitin, simgesel işlevin öncüsü olduğu söylenebilir. Piaget, kavram gelişiminin özümleme ve uyma yoluyla gerçekleştiğini ileri sürmektedir. Her hangi bir yeni durumda çocuklar bu durumu anlamak için var olan kavramlarını kullanırlar (özümleme), bu kavramların yeterli olmadığını hissettikleri zaman (dengesizlik), kavramlarında küçük değişiklikler yaparlar (uyma), her şeyin uygun düştüğü ana kadar (denge) bu süreç izlenir.

Piaget, işlem öncesi çocukların sayı kavramı üzerinde yaptığı çalışmalarda saymayı başarabilseler de nicelik hakkında akıl yürütme ve niceliği anlama yeteneklerinin sınırlı olduğunu görmüştür. İşlem öncesi çocuklar için sayma, anlamını tam olarak kavramadıkları bir sıra içinde belleğe aldıkları bir sayılar dizisi demektir.

Bu dönemdeki çocukların başardığı önemli adımlardan biri, nesneleri büyüklük, renk, biçim gibi belirli duyusal verilere göre sınıflandırmayı öğrenmesidir. İki yaşından önce nesnelerin değişmezliği aşamasının gerçekleşmesiyle, işlem öncesi dönemde nesnelerin sınıflandırılması aşaması arasındaki ilişki, Piaget'nin bilişsel gelişimin adım adım ilerlediği ve her adımın kendisinden önce geliştirilen bilişsel yapıları kullandığı biçimindeki görüşünü destekler niteliktedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 348). Sınıflandırma sonucu çocuk, bir nesneyi bağımsız olarak değil, bir sınıfın temsilcisi olarak görmeye başlar. Örneğin, "beyaz bir kedi", "beyaz" rengi nedeniyle başka beyaz renkli nesnelerle bir sınıfa girerken, "kedi" olarak hayvanlar sınıfının bir üyesi olmaktadır.

İşlem öncesi dönem düşüncesinin öteki belli başlı özellikleri arasında, nesneleri tek boyutlu ve tek yönlü olarak algılama (odaklaşma), nesnelerin o andaki görünümleri ile ilgilenme, eylemin sonuçlarına bakarak değerlendirme, bir davranış ya da

değişikliğin ilk durumunu imgeleyememe (tersine çevrilemezlik) sayılabilir. Bu dönemin bir özelliği ben merkezliliktir. Çocuk her şeyi kendine göre düşünmektedir. Küçük bir çocuğun kendine özgü dünyasını, olayları ve gördüklerini yorumlamadaki öznelliğini ve bunları erişkinlerle paylaşamamasını anlatan "Küçük Prens" bunun tipik bir örneğidir (Atabek, 1994, s.: 57). Ancak yapılan son çalışmaların sonuçlarına bakarak, işlemöncesi dönem çocuklarının ben merkezcilikten kaçınma eğiliminde olduğunu dile getiren görüşler de vardır.

Piaget'ye göre, işlem öncesi dönemdeki çocukların dünyayı algılamasında yapaycılık (doğal olguları birisinin yarattığı düşüncesi) ve canlandırmacılık (cansız nesnelere canlılık yüklenmesi) özellikleri göze çarpar. Örneğin güneş, kibrit yakılarak tutuşturulan bir ateş olarak nitelendirilir; denizde hareket halindeki gemi ya da çalışan çamaşır makinesi onlar için birer canlı varlıktır (Gander ve Gardiner, 1995, s. : 245).

Piaget'nin kuramı, okul öncesi çocukların yeteneklerini ortaya koyduğu için pek çok eğitimci Piaget'nin bulgularının okul öncesi çocuklarla ilgili etkinliklerde yol gösterici olabileceğini varsaymıştır. Örneğin Almy, "bilgi çocukların çevrelerine etkin katılmaları sonucu oluşur" ilkesini vurgulamıştır. Ona göre, bu etkileşim sırasında çocuğun duygusal, toplumsal ve bilişsel davranışları birlikte çalışmakta ve etkileşim 4 yoldan gelişimsel ilerlemeyle sonuçlanmaktadır. Bunlar; çocuğun kendi olgunlaşması, fiziksel ve toplumsal çevreyle deneyimler ile dengelenme olarak sıralanabilir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 251).

İnsanı öteki canlılardan ayıran başlıca özelliklerden biri, onun "oyuncu" (homo ludens) ve "gülen insan" (homo rides) olmasıdır. Bazı böceklerde "ölmüş taklidi" yapma, bazı evcil ve vahşi hayvan yavrularında boğuş, güreş benzeri oyunlar görülmekle birlikte, Huizinga'ya göre, insanın toplumsal yaşamı baştan sona bir oyundur. Bu nedenle, insan yaşamında oyunun nerede ve ne zaman bittiği, gerçek yaşamın ya da ilişkilerin nerede ve hangi aşamada başladığı bilinememektedir (Güvenç, 1997, s.: 25).

Oyun ve oyuncaklar, okul öncesi dönem çocuklarının yaşamında da önemli bir yer tutar. Erişkinin gözünde yalnızca eğlenme ve boş zaman geçirmeye yarayan, "iş"in karşıtı, amaçsız bir etkinlik olarak nitelendirilen oyun; yüzyıllar önce Montaigne'in

de belittiği gibi, "çocuk için en önemli uğraş"tır. Oyunun önemi çok eskiden beri bilinmekle birlikte, onun anlamının açıklanması, eğitimde ve tedavide kullanılması oldukça yenidir. Freud ve ardılları, oyunun çocuğu tanımada önemli bir araç olduğunu ve kişilik gelişimine katkıda bulunduğunu ortaya koymuşlar, böylece oyunla tedavinin başlamasına yolaçmışlardır.

Oyun, çocukların en doğal öğrenme ortamı olduğundan, çocuklar oyunda, duyu-hareket ve bilişsel becerilerinin pek çoğunu ortaya çıkarır ve toplumsal davranışlarını sergileyebilirler. Çocuklar için oyun; duyduklarını, gördüklerini sınayıp, öğrendiklerini pekiştirdikleri bir deney odasıdır. Çocuğun, karar verme, bellek, strateji, gözlem, mekansal akıl yürütme, kavram, sorun çözme ve yaratıcı düşünce gibi bilişsel yeteneklerini geliştiren oyun; öte yandan harf, sayı, renk tanıma, heceleme, sayma ve okuma gibi düşünsel yetilerin de kazanılmasına ortam hazırlamaktadır. Oyun, bir ayağı hayal dünyasında, öteki ayağı gerçekler dünyasında olan bir köprüdür; çocuk, oyun aracılığıyla, bu iki dünya arasında anlamlı bir bağ kurmakta ve bilinmezlerle dolu çevresini, oyunun süzgecinden geçirerek kendisi için anlaşılır kılmaktadır (Yörükoğlu, 1986, s.: 46-49). Kimi araştırmacılar ve gözlemlere göre, çocuğun anneyle özdeşimi düş gücünü; babayla özdeşimi gerçek saygısını geliştirmektedir. Bu düşünce, Goethe'nin bir denemesinde şu dizelerde dile getirilmektedir:

Babam sert bir görünüş

verdi ve gerçek saygısı;

Annemse, sevinç ve düş

ile oyun tutkusu! (Güvenç, 1997, s.: 28).

Çocuklar oyun sırasında başkalarıyla etkileşim kurmak, paylaşmak, onlara bir şeyler açıklamak ve onlarla yaşamak durumunda kaldıkları için başkalarının duygularını, bakış açılarını, gereksinimlerini tanımaya çalışmakta; böylece ben merkezli düşüncelerini değiştirmelerine ya da sorgulamalarına yol açmaktadır. Bu da çocuğun toplumsallaşmasını önemli derecede etkilemektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 257-258).

3.4.3. Orta Çocukluk

"Okul yılları" olarak anılan orta çocukluk dönemi, genellikle 6-12 yaşlar arasını kapsar. Fiziksel büyüme ve gelişmenin görece yavaşladığı bu dönem, toplumsal etkileşimlerde belirgin ilerleme ile karakterizedir. Zamanın büyük bölümünü okulda geçiren çocuk, yaşıtlarıyla daha fazla birlikte olmaya başlar ve ana-babadan daha fazla bağımsızlık ister. Okuma-yazma ve matematik öğrenmeleri, onların dil gelişimlerini hızlandırır ve geniş bir sözcük dağarcığı oluşturmalarını sağlar. Bilişsel yetenekleri ve özellikle değer yargılarıyla ilgili kavramları gelişmesini sürdürür. Yaşıtlarla paylaşılan oyunlar ve sporlar hareket becerilerinin gelişmesine neden olur. Tüm bu gelişimsel değişimler çocuğun daha meraklı, daha işbirlikçi ve daha güvenli olmasına yol açar (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 314).

Piaget'ye göre, 6-12 yaş arası çocuklar somut işlem dönemindedir. İşlem yapma yeteneği, somut işlem düşüncesinin işlem öncesi düşünceye oranla en anlamlı genel ilerlemesini oluşturur. Çocuk varolan düşünme yollarıyla yeni durumları, yeni problemleri ve yeni malzemeleri çözümlemeye çalışır (özümleme). Varolan akıl yürütme yeteneğinin yetersiz kaldığı bir sorunla karşılaştığında, dengesizlik yaşar. Bu duygu, onu akıl yürütme biçimini sorunla başa çıktığını düşünmesine yetecek kadar değiştirmesine güdüler (uyma). Duruma uygun görünen bir yanıta ulaştıklarında denge durumları kendilerine doyurucu gelir (dengeleme). Çocuklar bu özümleme, uyma ve dengeleme süreci aracılığıyla, zihinsel işlemlerini daha fazla geliştirmektedirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 316).

Somut işlem düşüncesinin özellikleri:

- Okul çocukları, işlem öncesi dönemden farklı olarak nesnelerin birden fazla boyutu olduğunu ve bunlar arasında bir ilişkinin varolduğunu düşünebilme yeteneğindedir. Aynı anda birden fazla etkeni düşünebilme yeteneği "odaktan uzaklaşma" olarak tanımlanmaktadır.
- 6-12 yaş arasındaki çocuklar, bir davranış ya da değişikliğin ilk durumunu imgeleyebilme yeteneğine sahiptir. Değişmezlik kavramının da temelinde bulunan ve "geriye dönüştürebilme" ya da "tersine çevirebilme" olarak tanımlanan bu özellik, çocuğa bir çok davranış ya da eylemin, tersi davranış ya da eylemin kullanılmasıyla yadsınabileceğini anlama olanağı sağlar.

- Somut işlem düşüncesinin en bilinen özelliği, kitlenin korunumu ya da değişmezliği yeteneğinin gelişmiş olmasıdır. Korunum, eşit miktarlardaki maddelerin (sıvı miktarı, sayı, ağırlık, uzunluk, hacim) farklı görünecek biçimde yeniden düzenlenmiş olsalar bile, aynı kaldıklarını kavrayabilme yeteneğidir. Farklı korunum türleri farklı yaşlarda gelişmekle birlikte, çocuklar aynı gelişim sırasını izlemektedir. 4 yaşındaki bir çocuk tek boyut üzerinde odaklaşmış olduğundan; biri geniş, biri uzun bardakta olan eşit miktardaki sıvılardan, uzun bardakta olanın daha fazla olduğunu söyler ve sıvı miktarı korunumu henüz yoktur. 5 yaşında iken, miktarların aynı olduğunu söylemekle, uzun bardakta olanın daha fazla olduğunu söylemek arasında bocalar. 6 yaşında ise, düşünme yeteneğindeki odaktan uzaklaşma ve tersine çevrilebilirlik özelliklerinin gelişimiyle birlikte, sıvı miktarlarının aynı olduğunu söyleyebilir duruma gelir. Çocuklar madde ve sıvı korunumunu somut işlem döneminin başında, hacim korunumunu ise bu dönemin sonunda kazanırlar (Cüceloğlu, 1994, s.: 349-350).
- Okul çağı çocukları, işlem öncesi dönemden farklı olarak dönüşümsel düşünme yeteneğine sahiptir. İşlem öncesi dönemde eylemin sonuçlarına odaklanan çocuk, somut işlemler döneminde şimdiki duruma ve ona neden olan dönüşüme de dikkat eder. Geçmiş olayları ve durumları zihinsel olarak yeniden kurma konusundaki bu yetenek, çocuğun bir sorunun yanıtını düşünerek bulmasına yardımcı olur.
- İşlem öncesi dönemdeki çocukların nesnelerin o andaki görünümlerinden güçlü biçimde etkilenmelerine karşılık, yalnızca sınırlı algısal bilgilere bağımlı olmayan somut işlem dönemi çocukları, hem şimdiki durumdan hem de geçmişten kaynaklanan kavramsal bilgileri bir araya toplayabilirler. Gerçek gibi görünenin ötesine gidebilir ve elindeki kanıtlardan neyin gerçekten doğru olduğunu çıkarsayabilirler (Gander-Gardiner, 1995, s.: 319-320).
- Somut işlemler döneminin ortasındaki çocuklar, nesneleri belirli ortak özelliklere göre sınıflandırma yeteneğine sahiptirler. Bu dönem çocukları, nesneler somut oldukları ve düşsel olmadıkları sürece kavramsal hiyerarşinin bir çok düzeyine göre sınıflama yapabilirler. Ancak, sınıfın kapsamını ilgilendiren ilişkiyi anlayamaz; toplam sınıfın onu oluşturan alt sınıfların birisinden daha büyük

olduğunu söyleyecek kadar tümdengelimi tasarlayamazlar. Bütün ördeklerin kuş olduğunu, bütün kuşların da ördek olmadığını bilen çocuk, ormanda kuşun mu, yoksa ördeğin mi daha fazla olduğu sorulduğu zaman, bunu bilemeyeceğini, çünkü hiç saymadığını söyleyebilir (Piaget,1984, s.: 25).

- Okul çocukları bir dizi parçayı belirli bir ilişkiye göre düzene koyma, bir başka deyişle sıralama yeteneğine sahiptirler. Farklı uzunluklarda çubuklardan oluşan bir deste verilip, bu çubukları küçükten büyüğe doğru sıralamaları istendiğinde; işlem-öncesi dönemi çocukları soruna yapısal bir çerçeve kullanmadan yaklaştıkları için, sürekli bir büyük bir küçük çubuk alarak ikili ya da üçlü gruplar oluştururlar; ancak bütün çubukları tek bir dizide düzenleyemezler. Somut işlem dönemi çocukları ise, deneme yanılma yoluyla çubukları sıraya dizmeyi başarabilirler; deste içinden önce en küçüğü seçen çocuk, diziyi oluşturana kadar kalan çubuk destesinden en küçüğü seçmeyi sürdürür. Ancak bu işlem dizgesel bir yaklaşım değildir ve fiziksel nesnelerle sınırlıdır (Piaget, 1984, s.: 26).

- Somut işlem döneminde çocuklar, bir çok nesneyi sayabilir ve numaralayabilir; "daha fazla", "daha az" ve "eşit" ilişkilerini anlayabilir. Bu ayrımı, sayılar dışında nesneler açısından da yapabilir ve "daha güzel", "daha eski", "daha sıcak" kavramlarını doğru olarak kullanabilir.

- Somut işlem dönemi çocukları, korunum ve sıralamayla ilgili yetenekleri nedeniyle, önceki parçalar arasındaki ilişkiyi göz önünde bulundurarak yeni bir ilişkiyi çıkarabilme ya da bir başka deyişle, geçişlilik temelinde usa vurma yeteneğine sahiptirler. Örneğin çocuğa 10 cm'lik A çubuğu, 20 cm'lik B çubuğu verilir, daha sonra A çubuğu saklanarak, 50 cm'lik C çubuğu gösterilir, A ve C çubuğundan hangisinin büyük olduğu sorulursa, işlem öncesi dönemdeki çocuk çubukları birarada göremediği için yanıt veremez. Oysa somut işlem döneminde bulunan çocuk, dizgeli bir yapıyı kurgulayarak C'nin B'den büyük, B'nin de A'dan büyük olduğunu ve dolayısıyla C'nin A'dan büyük olduğunu söyleyebilir. Ancak, soyut örnekler söz konusu olduğunda bu dönem çocukları yanıt veremezler (Piaget, 1984, s.: 27).

- Bu dönemdeki çocuklar, bir nesne takımını bir diğer takıma sayısal olarak kolaylıkla eşit kılabilir ve nesnelerin fiziksel olarak düzenlenişi değişse bile, bu eşitliğin korunacağını bilir. Örneğin, birbirine eşit bir takım oluşturmak için ilk takımdaki nesneleri saydıktan sonra, işlem öncesi dönem çocuklarının yaptığı gibi ikinci takımı birer birer birincinin altına dizmek yerine, aynı sayıda nesneyi sayarak ayırır. İki dizinin aynı niceliğe sahip olduğunu, niceliğin değişmesi için ekleme ya da çıkarma yapmak gerektiğini bilir. Ancak, bu akıl yürütme yeteneğini gösterebilmesi için, nesnelerin somut olarak önünde olması gerekir. Bu tür problemlerin soyut olarak verilmesi durumunda ise, sorunla etkin ya da mantıklı biçimde başa çıkamayabilirler (Piaget, 1984, s.: 26-27).
- Somut işlem dönemi çocukları, işlem öncesi dönemi çocuklarından genellikle daha az ben merkezlilik gösterirler. Cowan, ben merkezliliğin azaldığı 3 alan belirlemiştir. Bunlardan ilki "mekansal bakış açısı" denilen, farklı noktadaki birine bir nesne ya da fiziksel düzenlemenin nasıl göründüğünü tasarlayabilme yeteneğidir. Bu yetenek, azalmış bir ben merkezliliği ve incelmiş bir akıl yürütmeyi gerektirir ki, 9-10 yaşına kadar bu yeteneğin kazanılması güçtür. İkincisi, somut işlem dönemi çocuklarının dinleyicilerini de dikkate almalarıdır ki, sözlü iletişimin daha az ben merkezli olmasını gösterir. Üçüncüsü "rol oynama yeteneği" olarak da adlandırılan toplumsal bakış açısıdır ve başkasının düşüncelerini, isteklerini, tutumlarını, gereksinimlerini ve niyetlerini imgeleyebilme yeteneğidir. Bu yetenek, çocukların kendilerini zihinsel olarak bir başkasının yerine koyabilmesiyle ilgilidir, bu bağlamda okul çocukları daha geniş bir toplumsal bakış açısına sahiptirler. Somut işlem dönemi çocukları, başkalarıyla oyunlarında ortak kuralları ve amaçları paylaşarak, sıraya uyarak eşgüdüm ve yarışma davranışı gösterirler, birbirlerini dinlemeye ve yanıtlamaya yeteneklidirler. Ancak oyunlarda ortaya koydukları bu işbirliğini, her zaman ve her durumda göstermeleri beklenemez (Gander veGardiner, 1995, s.: 324).

Orta çocukluk döneminde okul çocukların gelişiminde etkin bir rol oynamaktadır ve çocukların büyük çoğunluğu somut işlem döneminde olmasına karşın, okul başarılarını etkileyen önemli farklılıklar bulunmaktadır. Psikologlar, çocukların okulla ilgili görevlere yaklaşım biçimlerini, onların üslup farklılıkları üzerinde odaklaşarak araştırmışlardır.

3.4.3.1. Bilişsel Üslup

Çocukların, bireysel olarak bilgiyi algılama, işlemleme ve anımsama yolları birbirinden farklıdır. Edimde bulunma yeteneğiyle ilgisi olmayan, daha çok çocukların düşünme yöntemi ve biçimindeki farklılıktan kaynaklanan ve "bilişsel üslup" olarak tanımlanan bu özgüllük, onların bireysel olarak zihinsel bir göreve yaklaşımını oluşturur. Pek çok araştırmaya konu olan bilişsel üsluplardan biri, "kavramsal tempo" olarak da bilinen "bilişsel tempo"dur. Araştırmacılar, bilişsel tempolarına göre çocukları, iç tepisel (impulsive) ve düşünceli (reflective) olarak iki gruba ayırmaktadırlar. İçtepisel çocuklar; bir sorun karşısında yüksek hata olasılığıyla, hızlı tepki gösterme eğiliminde iken, düşünceli çocuklar; çok az hata olasılığıyla, yavaş tepki gösterme eğilimi taşırlar. Okul öncesi dönemde, kızların, erkek çocuklara göre daha erken düşüncelilik özelliği gösterdiğine ilişkin kanıtlar olmakla birlikte, genellikle bütün çocukların büyüdükçe daha çok düşünceli olma eğilimi taşıdığı bilinmektedir. Bilişsel üslubun, bilişsel tempo dışında başka boyutları da vardır. Ausburn ve Ausburn tarafından hazırlanan ve bilişsel üslup boyutlarıyla onların özelliklerini gösteren bir tablo aşağıda verilmiştir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 343).

Bilişsel üslup boyutu		*Boyutun doğası*
Düşüncelilik / içtepisellik		Az hata olasılığıyla yavaş tepki gösterme ya da yüksek hata olasılığıyla hızlı tepki gösterme eğilimi.
Alandan bağımsızlık / alana bağımlılık		Şekilleri zeminlerinden ayrı olarak algılama yeteneği; bilgiyi etkin ve analitik ya da edilgin ve tümel işleme eğilimi.
Tarama / odaklaşma		Parçalar üzerinde yoğunlaşırken geniş ya da dar dikkati kullanma
Kategorileme genişliği		Kavramları kategorilere ayırmada geniş (içerme) ya da dar (dışlama) içerikliliğin yeğlenmesi.
Kavramlaştırma üslupları		Analitik ya da analitik olmayan kategorileme stratejilerini yeğleme.

Bilişsel karmaşıklık / yalınlık		Dünyayı çok boyutlu ya da yalın biçimlerde yorumlama eğilimi.
Düzleştirme / keskinleştirme		Belirgin imgelerin ya da ayrımlaşmamış izlenimlerin bellekte tutulmasında değişkenlik.
Sıkı alan kontrolu / esnek alan kontrolu		Dikkatinin dağılmasına, zihninin başka yöne çekilmesine duyarlı olma.
Gerçekçi olmayan deneyimlere hoşgörü		Doğru olduğu bilinenle, çelişkili algıları kabul etmeye isteklilik.
Riske girme/ ihtiyatlı olma		Yüksek riski- yüksek kazancı ya da düşük riski-düşük kazancı yeğleme.
Görsel algı / duyusal algı		Görsel girdiyle ya da kinetik duyusal girdiyle Uğraşmayı yeğleme.

3.4.3.2. Zeka

Çocuklar arasındaki bilişsel farklılıkları ele almada bir başka yaklaşım, zeka değerlendirmeleridir. Bu değerlendirme, genellikle belirli türde algı, akıl yürütme ya da bellek gerektiren testlerle yapılır. Psikologlar zekanın tanımı üzerinde görüş birliği içinde değildirler. Zekayı "doğuştan belirlenmiş genel bir bilişsel gizilgüç" olarak tanımlayanlar olduğu gibi; onu, "oldukça karmaşık bir bellek, algı, değerlendirici düşünme, yakınsak ve ıraksak düşünme, tanıma vs. bileşimi" olarak tanımlayanlar da vardır. Zekayla ilgili, birbirine bağımlı becerileri ölçme amacıyla geliştirilen testler, geniş evreni temsil edebilen bir çocuk örneklem grubuna uygulanarak standardize edilir ve her yaş düzeyinin "ortalama performansı" bulunur. Bir çocuğun, bu tür bir testten elde ettiği puanın zihinsel gücü göstermesi beklenir ve bu puan, çocuğun aynı genel düzeyde işlev görüp görmediğini belirlemek için aynı yaştaki öteki çocukların puanlarıyla karşılaştırılabilir. Ortalama performans, belirli bir çocuğun yetenek açısından bunun "altında", "üstünde" ya da "ortalama düzeyinde" olduğunu belirlemede kullanılabilir.

Kalıtımın yanı sıra, hangi çevresel etkenlerin zekayla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmaya yönelik pek çok araştırma yapılmaktadır. Bu etkenler arasında ana-babanın; eğitimi, sosyo-ekonomik düzeyi, zeka bölümleri, konuşma ve dilsel iletişimi, disiplin yaklaşımı, evdeki kitap sayısı, akraba ziyaretlerinin sıklığı, oyun çevresinin güvenliği, kardeş sayısı ve yaş açısından çocuğun kardeşler arasındaki konumu sayılmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 345-350).

3.4.4. Ergenlik

Piaget'nin kuramında bilişsel gelişimin 4. evresi olan soyut işlemler evresi 11-12 yaş dolaylarında başlamakta ve 14-15 yaşlarında kararlılık kazanmaktadır. Piaget, soyut işlem düşüncesini "somut olandan, burada olmayana ve geleceğe yönelik ilgi doğrultusunda kurtulma", "büyük düşüncelerin ve kuramların başlama çağı, aynı zamanda şimdiki gerçekliğe uyum sağlama zamanı" ve "somut ve şimdiki gözlemlerden çıkan önermeler hakkında varsayımlar ileri sürmeyi ve akıl yürütmeyi sağlayan bir düşünce dönüşümü" olarak nitelendirmektedir. Somut işlem evresinde olan küçük bir çocuk, şimdiki zamanın "gerçek" sorunlarıyla uğraşmak zorunda iken, soyut işlem evresindeki bir ergen, içinde bulunduğu çevreyi varsayımsal bir geçmişe ya da geleceğe bağlayan "olası" sorunlarla uğraşabilme yeteneğindedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 425).

Bir başka deyişle, çocukluk dönemine özgü olan duyusal-devimsel ve uzamsal-zamansal düşünme biçimi, ergenlik döneminde yerini akıl yürütme ve soyutlamaya dayalı biçimsel-işlevsel ya da varsayımsal-tümevarımcı düşünme biçimine bırakır. Böylece bir ölçüde deneysel düşünceye doğru ilerleyen ergen, bir sorunun çözümü için varsayımlar kurmayı öğrenir, doğru yanıtı bulana kadar bütün olasılıkları sınayabilirler ve yanlış seçenekleri eleyebilirler.Çeşitli olası çözümleri göz önünde bulundurma yeteneğiyle bağlantılı bu mantık "kombinasyon mantığı" olarak tanımlanmaktadır. Sonuçta ergen, yeni düşüncelerin var olduğu dünyada kendi düşüncelerini tanıma çabasına girişir. Kendi ruhsal dünyasına duyduğu bu aşırı ilgi, ergeni genellikle iki ayrı biçimde dışavurulan bir ben merkezciliğe götürür; birey ya kendi değerlerinin ve düşüncelerinin, başkaları için de aynı derecede önemli

olduğunu düşünmeye başlar, ya da kendisini aşırı abartarak başkalarından üstün olduğunu ve değerinin anlaşılamadığını düşünür (A.Britannica 8: 248).

Tutarlı bir kimlik tanımlamasıyla toplumda yer edinme gereğini duyan ergen için temel sorun, "ben kimim?" sorusunu yanıtlamaktır. Bireyin, bu kimlik arayışına girdiği sırada, toplum da ergene, yetişkin olarak hangi rolü üstleneceği, örneğin hangi mesleği seçeceği, toplumca belirlenen davranış kalıplarından hangisini benimseyeceği konusunda sorular sormaya başlar. Bu nedenle ergenlik döneminin en büyük çıkmazı kimliğin belirlenmesi, toplumsal rolün saptanması ve bunlara bağlı olarak kişisel özelliklerin özümsenmesidir. Yetişkinliğe geçişte kimlik bunalımını çözememiş olan ergenler, bu bunalımın izlerini çoğunlukla yaşam boyu taşımaktadırlar. Bazı ergenler karar verme sürecini ve yetişkinliğe geçiş dönemini geciktirerek bu arayışı sürdürürlerken, bazıları da kendi kimliklerine uyan, ancak toplumca onaylanmayan bir seçim yapma ikilemi yaşarlar. Karar verme güçlüğü, boşluk duygusu, doyurucu ilişkiler kuramama, çalışma ve dikkatini yoğunlaştırma güçlüğü ve gelecek kaygısı taşıyan gençte bu süreç ağır bunalıma dönüşebilir.

Ergenlik kültürel açıdan da zorluklar içeren bir süreçtir. Bir çok toplumda bedensel ve bilişsel gelişimlerine uygun sorumlulukların verilmemesi, becerilerini, deneyimlerle sınama ve pekiştirme olanağı sağlanmaması ergenleri, boşluk duygusuna sürükleyebilmektedir. Yeni kavramlar, düşünceler, değerler ve ilişkiler dünyasında kimliğini ve kendi imgesini oluşturma, kendi kendine yetebilme konularında ağır sorumluluk duyması, zaten deneyimsiz olan ergenlerde yetersizlik ve kendine güvensizlik duygusuyla birlikte bunalıma yol açabilmektedir (A.Britannica 8: 248).

Toplumun ergenlere kimi zaman çocuk, kimi zaman erişkin olarak davranması da bunalımı arttırıcı bir etken olmaktadır. Genel olarak toplumun çocuklardan ve erişkinlerden beklediği davranış biçimleri belirlenmiş olmakla birlikte, ergenlerden beklenen davranış kalıpları ötekilerdeki kadar açık değildir. Bu nedenle ergen, çocuk ve erişkin sınırları arasında bocalamaktadır. Öte yandan ergenin bağımsızlık duygularını ve cinsel dürtülerini baskılaması yönünde baskıcı olan toplum, bu tutumuyla bazı ergenlerde saldırgan ve tepkisel davranışların ortaya çıkmasına neden olurken, bazılarında cinselliği yadsımasını sağlayarak bunalıma neden olmaktadır.

Nitekim Piaget,ergenlerin soyut işlem düşüncesine sahip olduğunu dile getirmekle birlikte, yukarıda sözü edilen konularla ilgili olarak şu noktayı vurgulamaktadır: "Özel bir toplumsal çevre bu olasılıkların gerçekleşmesi için vazgeçilmez önemdedir. Bundan çıkan sonuç, bunların gerçekleştirilmesinin kültür ve eğitim koşullarının bir işlevi olarak hızlandırılabileceği ya da geciktirilebileceğidir". Bu görüş, yüksek sosyo-ekonomik gruplardaki ergenlerin soyut işlem düşüncesi kapasitesini, düşük sosyo-ekonomik grup ergenlerinden daha erken geliştirdiklerini gösteren Peel ve Dulit'in çalışmaları tarafından desteklenmiştir. Yudin ise, bütün ergenlerin soyut işlem düşüncesine ulaştıklarını, ancak bunun yaşla zekanın etkileşiminin sonucu olarak değişik yaşlarda gerçekleştiğini ileri sürmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 427).

Yukarıdaki açıklamaya ek olarak Piaget, içinde yetiştiği kültürel ve toplumsal çevrenin çocuğun bilişsel gelişimini şu biçimde etkilediğini açıklamaktadır: Çocuk bir aşamadan ötekine, daha önceki aşamadaki düşünce yapısı yetersiz kaldığı ve çevresine uyum yapmakta zorlandığı için geçer. Bazı toplumlarda çocuk soyut işlemleri kullanmak için zorlanmaz, doğa ve toplumsal çevreye uyumunu somut işlemler aşamasındaki düşünce biçimiyle yapabilir. Belki de bu nedenle, bilim ve teknolojinin baskın olmadığı tarım toplumlarında, tümevarım ve tümdengelim akıl yürütme biçimlerini içeren soyut işlemlerin gelişmesi yetersiz kalmaktadır (Cüceloğlu, 1994, s.: 353).

Ashton'un, Piaget araştırmaları ile ilgili yorumu bu açıklamayı destekler niteliktedir. Ashton, Piaget'nin araştırmalarının dünyanın farklı bölgelerindeki 100'ün üstünde kültür ve alt- kültürde yapıldığını ve sonuçta herkesin soyut işlem evresine ulaşmadığının görüldüğünü belirtmektedir. Araştırmaların çoğu, soyut işlem düşüncesinin sanayileşmiş ülkelerde yaşayan bireyler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Kohlberg ve Gilligan, Türkiye'de kentlerdeki insanların soyut işlem düşüncesine sahip olduklarını, ancak kırsal kesimde bu tür bir sonucun elde edilmediğini dile getirmektedirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 428).

Neimark ve Elkind; ergenlerde soyut işlemlerin evrenselliğinin sorgulanması gerektiğini, Flavell ise; bilişsel evre yükseldikçe, bütün çevrelerden gelen normal bireylerin o evrenin bütün gereklerini yerine getirme olasılığının düştüğünü dile

getirmişlerdir. Soyut işlem düşüncesine ilişkin en kapsamlı araştırmalardan birini gerçekleştiren Martorano, araştırmasında; yaşları 11-18 , zeka bölümleri 100-120 arasında olan 80 orta sınıf kız çocuğuna kombinasyon mantığını içeren sorular yöneltmiş, deneklerden sadece 2'si bütün sorulara soyut işlem evresi yanıtları vermiştir. 17-18 yaşlarındaki ergenlerin 3 ile 19'undan ise, soruya bağlı olarak evreyi gösteren yanıtlar alınmıştır. Martorano, bulgularına dayanarak soyut işlem düşüncesinin, ergenlikte ortaya çıkmakla birlikte, bu gelişim evresinin karakteristik düşünce biçimi olarak kabul edilemeyeceğini vurgulamaktadır. Higgins-Trenk ve Gaithe'nin çalışmaları da benzer biçimde; soyut işlem düşüncesinin, 17 yaşındaki deneklerin % 50 sinden daha azında temsil edildiğini göstermektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 428).

Ergenler, geleceğe bakabilme ve karmaşık sorunlara çözümler üretebilme yetenekleri aracılığıyla sıklıkla aile yaşamı, evlilik, toplum sorunları, ahlak, din gibi konulara yönelmekte ve bir değerler bütünü oluşturmaya çalışmaktadırlar. Gençlerin ilgilendikleri konular hakkında idealist tutum almalarının, artan bir soyut işlem düşüncesine bağlanma yeteneğinden kaynaklandığı öne sürülmektedir

Elkind'e göre ergenler, yaşadıkları bedensel ve cinsel değişimlerin sonucu olarak kendileriyle ilgili saplantı düzeyinde bir aşırı duyarlılığa sahiptirler ve bu nedenle her zaman ilgi odağı olduklarını kabul etmektedirler. Giderek, Elkind'in "düşsel seyirciler" olarak tanımladığı bir seyirci kitlesi yaratırlar. Bu durum onları, yine kendileri tarafından yaratılan ve "başkalarından önemli oldukları" düşüncesinin merkezde yer aldığı bir "kişisel söylence" çerçevesi içinde yaşamaya yöneltebilir. 15-16 yaşlarına kadar süren bu "yaratılmış dünya" anlayışı, yerini, gerçekte herkesten farklı olmadıklarını ve insanların kendilerini seyretmek için var olmadığını fark etmeye bırakır. Düşsel seyircilerin önemi azalır; doğruları ve yanlışları dengeleyen daha gerçekçi bir benlik kavramı, kişisel söylencenin yerini alır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 430).

3.5. Toplumsal Gelişim

"Toplumsal" kavramı, birbirine tepki veren, böylece birbirinin davranışını etkileyen iki ya da daha fazla insan arasındaki ilişkiyi ya da etkileşimi anlatır. Bu tanım

çerçevesinde, "çocuğun toplumsal gelişimi" denildiği zaman; bebeğin, ana-babanın ya da bakıcının, birbirini dinamik ve karşılıklı bir ilişki içinde etkileşimleri ile başlayan bir süreçten söz edilmektedir. Adı geçen gelişim sürecini, değişik boyutlarıyla açıklayan bazı kuramsal yaklaşımlar arasında önde gelenler, Erikson'un psikososyal kuramı ve Havighurst'ün toplumsal gelişim kuramıdır. Bu bölümde, ilk olarak Havighurst'ün gelişimsel görevlerini temel alan bir yaklaşımla toplumsal gelişim incelenecek, ardından Erikson'un kuramı bağlamında çocuğun psikososyal gelişimi ele alınacak ve son olarak toplumsal gelişimle doğrudan ilişkili olduğu düşünülen cinsellik ve "cinsiyet rolü"nün gelişimiyle, korkuların çocuğun gelişimindeki yerinden söz edilecektir.

3.5.1. Gelişim Görevleri

Bireyin, yaşamındaki güçlük ve sorunlarla başarılı bir biçimde uğraşabilmesi için, bebeklikten başlayarak, gelişiminin bütün dönemlerinde özel türde bazı davranışları kazanması, bir başka deyişle "gelişim görevleri"ni yerine getirmesi gereklidir. Havighurst, gelişim görevini "bireyin yaşamının belirli bir döneminde ortaya çıkan, başarılı olmaları mutluluğa ve sonraki görevlerin başarılmasına, başarısız olmaları bireyde mutsuzluğa, toplumca onaylanmamaya ve sonraki görevlerde de güçlüğe yol açan özel bir sorunlar dizisi" olarak tanımlamaktadır. Havighurst'a göre her görev, bireylerin gereksinimlerini, içinde yaşadıkları toplumların istekleriyle harmanlayan biyolojik, psikolojik ve kültürel etkenlerin bir bileşimidir. Bu bağlamda gelişim görevinin, bireyin toplumla kurduğu ilişki ve toplumsallaşma ekseninde anlam kazandığı ve değişik toplumsal sınıflardaki bireyler için önemli ölçüde farklılaştığı öne sürülebilir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 230). Baumrind'e göre "bireylerin, çevreyle karşılıklı etkileşim içinde ne iseler o hale geldikleri, yetişkinlerce başlatılan bir süreç" olarak tanımlanan toplumsallaşma; çocuklar için, "bir grubun işlevsel üyesi olma ve ötekilerin davranışlarını, değerlerini, inançlarını öğrenme süreci" anlamını taşımaktadır.

3.5.1.1. Bebeklik Dönemi

Bebeklik dönemindeki toplumsal gelişimi inceleyebilmek için, doğumdan başlayarak, bebekle ana-baba ve / veya bakıcı arasındaki etkileşimin doğasına bakmakta yarar vardır. "Bağlanma", yeni doğanla ana-baba arasında giderek artan, eşgüdümlü, karşılıklı destekleyici niteliği olan bir etkileşimin kurulmasıdır. Bebeğin doğuştan olan emme, yakalama, ağlama gibi refleksleri ve gülümseme, beden teması ve rastlantısal oyunlarla tepki verme gibi davranışsal eğilimleri bağlanmaya katkıda bulunur. Ana-baba ya da bakıcı ile bebek arasındaki ilk etkileşimler, çocuğun kişilik gelişiminde temel bir işleve sahiptir. Başlangıçtaki etkileşim besleme, gaz çıkartma, alt değiştirme gibi bebeğin sıkıntısını gidermeye yönelik, zorunlu ya da gönüllülüğe dayanmayan durumlarla ilgilidir. Giderek, bu temel bakıma gülümseme, "cıvıldaşma" gibi istekli toplumsal alışverişler eşlik eder. Bebek, bütün bu durumlarda tepki vererek ana-babanın tepkilerini davet eder. Ana-baba, sözü edilen etkileşimler aracılığıyla, bebeğin, uygun zamanlarda gülümseme, ses çıkarma, dikkat etme gibi toplumsal olarak davranma ve başkalarından ip uçları alma yeteneğini uyarır. Bebekteki olağandışı davranış (ne zaman nasıl davranacağının belli olmaması, huysuzluk göstermesi, kucağa alındığında uyuklaması gibi), doğumsal anomalilere bağlı olağandışı görünüm, erken ayrılma, erken doğum, ana-baba tarafından duygusal reddedilme, yavaş gelişim gibi etkenler bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilir. Bebekteki gizil gelişim sorunlarının erken tanınması, bunlara yönelik değişik önlemlerin alınmasına olanak sağlar. Bebeğin yeterli gelişimi, başarılı bağlanma ve erken toplumsal uyarım yaşamsal öneme sahiptir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 220-221).

Bağlanmayla ilgili olarak, çocuğun ilk iki yıl içinde geçirdiği aşamalar üç basamakta toplanabilir.

1. *Doğum- 5 ay :* Bu aşamada bebek henüz kimseye bağlılık geliştirmiş değildir ve çevresinde bulunan herkese gülümser. Ancak, beşinci aya doğru bebek, kendisine bakım veren annesiyle iletişim kurmaya başlar ve bağlılık dereceli olarak gelişir.
2. *5- 10 ay*: Bebeğin kendisine bakan kimseye, çoğunlukla da annesine özel bir bağımlılık geliştirdiği, ona daha çok gülümsediği, yanından ayrıldığı zaman

huzursuz olduğu, onu beklenmedik durumlarda sığınılacak bir kucak olarak gördüğü aşamadır.

3. *10- 24 ay*: Bu dönemde bebek yakın çevresinde bulunan öteki kimselere, annesine olduğu kadar olmasa da bağlılık geliştirmeye başlamaktadır. Baba, bakıcı kadın, büyükanne, abla yavaş yavaş bebeğin bağlandığı kişiler arasına katılmaktadır. Ancak, en güçlü bağ bir öncaki aşamada anneyle kurulduğu için, sözü edilen kişiler annenin yerini alamaz.

Öğrenme psikologlarına göre, anne ve babaya bağlanma "öğrenme sonucu" ortaya çıkan bir olgudur; çünkü bebek, beslenme ya da bakım sonrası kendini iyi hissetme duygusuyla, ana-babasının yanında olması arasında çağrışım kurmaktadır. Bilişsel gelişim psikologları ise, bağlanmanın temelinde çocuğun bilişsel gelişiminin olduğunu öne sürmektedirler. Onlara göre, bebek, nesne sürekliliği kavramını geliştirmeden annenin ya da babanın her zaman aynı kişi olduğunu kavrayamaz (Cüceloğlu, 1994, s.: 355).

3.5.1.2. İlk Çocukluk

Doğumdan hemen sonra başlayıp, bireyin yaşamı boyunca süren toplumsallaşmada, ilk çocukluk dönemi ve özellikle de aile ortamı oldukça önemlidir. İlk çocukluk döneminde, başlıca iki toplumsal gelişim görevinin varlığından söz edilebilir. Bunlardan ilki, öteki insanlarla duygusal olarak ilişki kurmayı öğrenme; ikincisi ise, beden artıklarını çıkarmada denetimi öğrenmedir.

Bilişsel ve dilsel alandaki gelişme, bu dönemde bulunan çocukların, dünyaya başkalarının görüş açısından bakabilmesine, yaşantılarını ve duygularını arkadaşlar ve aile üyeleriyle paylaşabilmesine olanak sağlamaktadır. Ana-baba, kardeşler ve öteki insanlarla kurulan bu iletişim süreci, küçük çocukların kişiliklerini olduğu kadar, erişkin dönemdeki toplumsal etkileşimlerini de büyük ölçüde etkilemektedir.

İlk çocukluk dönemine özgü olan ikinci gelişim görevi ise, tuvalet eğitimi sonucunda başarılabilmektedir. Tuvalet eğitimi, çocuğa toplumsal yönden kabul edilebilir yer ve zamanlarda çişini ve dışkısını yapmayı öğretmek amacıyla sürdürülen biyolojik bir etkinliktir. Disiplini de içeren sistemli bir eğitimi gerektiren bu etkinlik, genellikle 2-

3 yaşlar arasında yürütülür. Anne ve çocuk arasında ciddi bir çatışmanın yaşandığı tuvalet eğitimi sürecinde, aynı zamanda toplumsallaşma ile yakından ilişkisi olan çocuğun bağımlı davranış gösterme eğilimi, disipline gereksinim duyma derecesi, disiplinin türü ve çocuğun buna tepkisi gibi konularda çocuğa ilişkin veriler elde edilebilir. Kuşkusuz, bu dönemde ana-babanın çocuk yetiştirme yaklaşımı (yetkeci, demokratik ya da izin verici ana –babalık), ailenin yapısı (çekirdek aile, geniş aile, tek anababalı aile) ve kültürün ilk çocukluğa ilişkin bakış açısı, çocuğun toplumsallaşmasında belirleyici olmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 273-278).

3.5.1.3. Orta Çocukluk

Orta çocuklukta kavramsal gelişme, sembolleri anlama ve kullanma, mantıksal düşünme gibi bilişsel alanlardaki gelişime koşut olarak, üç temel toplumsal gelişim görevinden söz edilebilir.

1. Kişisel bağımsızlık kazanma sonucu yetişkinin iletişim çevresine girme ve ahlaki değerler geliştirme: Okul yıllarının başında oyun ve spor etkinlikleriyle bedensel gelişimi hızlanan çocuğun, fiziksel bağımsızlık kazanması ile başlayan süreç, orta çocukluğun sonunda da tamamlanmayan, yavaş ilerleyen bir süreçtir. Bu görev, ergenlik boyunca ve bir süre yetişkinlikte de gelişimini sürdürür. İkinci gelişim görevi olan, yaşıtlarla geçinmeyi öğrenme konusunda başarılı olmak, bağımsızlık kazanmayla yakından ilişkilidir ve bunun başarılmasında yaşıt grupları önemli bir destek ve çeşitli olanaklar sağlar. Ana-babalar ve öğretmenlerle, karşılıklı anlayışa dayalı ilişkilerin kurulması da, çocukların kişisel bağımsızlıklarını kazanmalarında yardımcı olur.
2. Toplumsal olarak aile çevresinden çıkıp, yaşıt grubuna girme ve yaşıtlarla geçinmeyi öğrenme: Okul, bu görevin başarılmasında öncelikli ortamdır. Havighurst tarafından "toplumsal kişilik kazanma süreci" olarak tanımlanan bu süreç, genellikle toplumsallaşmanın ilk adımıdır.
3. Uygun bir eril ya da dişil rolü öğrenme: Bebeklik sırasında başlayan bu toplumsal öğrenme, orta çocuklukta çocuğun ana ya da babayla özdeşim

kurmasıyla pekişir. İlgili yaşıt grubuyla ilişkiler ise, bu rolü geliştirir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 363).

Orta çocukluk evresindeki çocuklar, çevreyle başarılı bir uyum sağlayabilmek ve toplumda işlevsel olabilmek için duyguları ve heyecanları üzerinde denetim kurmaya, ahlak kurallarını tanımaya ve onlara saygı göstermeye başlamak zorundadırlar. Çocukların; aile, yaşıt grubu ve okul üyelikleri, onların, toplumsallaşmanın gerektirdiği görevlerdeki başarılarını etkilemektedir. Topluma, aileye, yaşıtlara ve okula ilişkin konularda düşünce üretme ve etkin olmayı sağlayacak bir kavramlar hiyerarşisi oluşturma gerekliliği, çocukların günlük yaşam için pratik kavramları geliştirmesini sağlamaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 315).

İlk çocuklukta olduğu gibi orta çocuklukta da toplumsallaşma, başlangıçta aile ortamı içinde gözlemlenir. Ana-babalık üslubu, bu üslubun denetim ya da özerklik, kabul ya da reddetme boyutları, kardeşlerle etkileşimler çocuğun toplumsallaşması açısından önemlidir ve orta çocuklukta da etkisini sürdürür.

Çocukların okula başlamasıyla birlikte, öğretmenlerin ve yaşıtların etkisi artarken, ailenin etkisi azalmaya başlar. Önceki döneme göre daha bağımsız olan çocuklar; oyun oynama, konuşma, yemek yeme, okuma, televizyon izleme gibi etkinliklerin çoğunu evde sürdürdükleri için, ana-baba etkisi hala güçlüdür. Ana-babaların okul döneminde öğretmenlerle iletişim kurmaları ve çocuklarının eğitimiyle ciddi olarak ilgilenmeleri, çocukların benlik kavramı ve yaşıt ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 365).

Bilişsel gelişimlerinin de etkisiyle 5-6 yaşlarındaki çocuklar, okul öncesi yıllarda arkadaş çevrelerini genişletirler ve okula başlama süreciyle birlikte, yaşıt grubu ilişkileri anlamlı biçimde hızlanır. "Yaşıtlar" kişinin kendi yaş ve konumundaki kişiler olarak tanımlanmaktadır. "Yaşıt grubu" ise ortak amaç ve değerleri paylaşan, etkileşen, davranışları karşılıklı olarak üzerinde uzlaşılmış kurallarla yönetilen, göreli olarak kararlı ya da kalıcı bir bireyler topluluğudur. Erkek ve kız çocuklarda, etkinlik ve ilgi alanlarının farklılığına bağlı olarak aynı cinsiyetten arkadaş grupları oluşturma eğiliminin en yaygın olduğu dönem, 9-11 yaşlar arasıdır.

6-9 yaşlar arasındaki çocukların grup etkileşimleri, az çok kendiliğinden oluşan, sürekli değişen, mahalle ya da oyun alanlarında bulunan ve informel özellik taşıyan yapılardır. 10-12 yaşlar arası çocuk grupları ise, kararlı üyelikleri nedeniyle daha formeldirler; toplanma yer ve zamanları belirlidir, birçok etkinlikte yetişkin liderleri vardır. Bu gruplar, öncekilerden farklı olarak, sadece birlikte oyun oynayan ya da zaman geçiren çocuk toplulukları değildir. Hetherington ve Morris'e göre bunlar, bir çocuğun "benzer ilgileri, sorunları ve becerileri olan, benzer düşüncelere sahip insanlarla birlikte olduğu, onlarla belki evde alışık olduğundan daha demokratik bir atmosferde etkileşebildiği ortamlar"dır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 367).

Yaşıt grubunun bir çok amacı ve işlevi vardır. Öncelikle, okul ve aile gibi bir toplumsallaşma ortamıdır. Çocuklara, aynı anda pek çok yeni deneyimden geçen başkaları ile etkileşme olanakları sağlar. Bu ortamda çocuklar önderlik, izleyicilik, uzlaşmacılık, kışkırtıcılık gibi pek çok rolü deneyebilir ve çevrenin bu rollere nasıl tepki gösterdiğini gözlemleyebilir. Bu gözlemler, dönemin en önemli gelişim görevlerinden biri olan yaşıtlarla geçinmeyi öğrenmede çocuklara yardımcı olur .

İkinci olarak yaşıt grubundaki çocuklar, kendi beceri ve yeteneklerini benzer konudaki başkalarının beceri ve yetenekleriyle karşılaştırma olanağı bulurlar. Daha önce sadece kardeşleri ya da ana-babalarıyla bu tür karşılaştırmalar yapabilen çocuklar için yaşıt grubunun bu işlevi, onların yeni ortaya çıkmakta olan kimlik kavramlarının oluşturulmasına katkı sağlar.

Üçüncü olarak yaşıt grubu, değerlerin ve tutumların tartışıldığı bir ortam olması nedeniyle kişisel bağımsızlığın kazanılmasına yardımcı olur. Grup üyeleri ana-babalar, kardeşler, öğretmenler, okul çalışmaları, cinsiyet rolleri ve uyumla ilgili sorunlarını tartışırlar. Tüm bu etkileşimler, yeni tutum ve davranışların geliştirilmesi, desteklenmesi ve onaylanması için gruba büyük bir bağımlılıkla sonuçlanır. Bu süreç, çocukların özellikle ana-babadan bağımsızlığının kazanılması açısından önemlidir. Gruba uyma davranışının, 10-11 yaşlarında doruk noktasına ulaştığı ve kızlar arasında daha yaygın olduğu dile getirilmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 368).

Asher ve arkadaşlarına göre, yaşıt gruplarına kabul edilmeleri için, çocukların; ötekilerle iş birliği kurmaya ve olumlu etkileşimlerde bulunmaya istekli olmaları,

grubun gereksinim duyduğu özel yetenek ve becerilere sahip olmaları, grup için özverili davranmaya eğilimli olmaları gerekmektedir. Gottman, Gonso ve Rasmussen ise, dili kullanma ve düşünceleri etkili biçimde aktarma yeteneğinin yaşıtlar tarafından kabul edilmeyi kolaylaştırdığını öne sürmektedirler. Ana-babalık üslupları da, gruba alınmada önemli rol oynamaktadır; kabul edici ve demokratik aile ortamında yetişen çocuklar en çok seçilen ve en popüler olarak kabul edilen çocuklardır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 369).

Empati yeteneği, yaşıt gruplarına kabul edilmeyi sağlayan bir başka etkendir. Eisenberg-Berg, empatinin paylaşma, yardım etme ve öteki özgeci davranışlar için önemli bir önkoşul olduğunu öne sürmektedir. Hoffman da, empati konusunda önemli araştırmalar yapmış ve empati gelişimine ilişkin kapsamlı bir kuram önermiştir. Piaget'nin, çocuklarda ben merkezliliğin ve kendini başkasının yerine koyma yetersizliğinin somut işlem düşüncesine geçene kadar kaybolmadığını öne sürmesine karşılık; Hoffman, empatinin köklerinin çok daha erken gözlemlendiğini savunmaktadır. Hoffman'a göre bebekler, ilk yıl kendilerini başkalarından ayırt edemezler ve acı çeken birini gördüklerinde, bunu kendileri yaşıyormuş gibi rahatlatılmak isterler. Küçük çocukların, başka birisinin incinmesine tanık oldukları zaman ağlamaya başlamaları, empatinin ilkel ve basit bir biçimidir ve Hoffman tarafından "empatik acı", olarak adlandırılmaktadır. Büyük ölçüde koşullu, çok az bilişsel öğe taşıyan ve duygusal bir tepki olan empatik acıyı yaşayan çocuklar, o sırada ötekinin hissettiklerini anlama çabası içinde değildirler. Ancak, yine de bir başlangıçtır. Hoffman'a göre, çocukların 2 yaşından önce kişi sürekliliği kavramına sahip olmaları, onların kendi acılarını ötekilerin acılarından ayırt etmelerine olanak sağlamaktadır. Kuşkusuz, bu dönemde de empatik acı yaşanmaktadır ve çocuklar, acı çekeni rahatlatmaya çalışmaktadırlar (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 371).

Orta çocukluğun başlarında, ben merkezliliğin giderek azalmasıyla birlikte, çocuklar rol oynamaya ya da belirli bir durumda ötekinin tepkilerini tasarlamaya yönelebilirler. Ancak, bu düzeydeki empati, somut düşüncenin izin verdiği sınırlılıklar içindedir ve büyük ölçüde anlık-somut olaylar karşısında yaşanır. Orta çocukluğun sonlarına doğru, soyut işlem dönemine geçişle birlikte, kendilerinin ve öteki insanların kimliklerine ilişkin belirsiz bir kavrama sahip olurlar. Bu gelişme,

onların kendileri dışındaki insanlar ve özürlüler, yaşlılar gibi gruplarla empati kurabilmelerine olanak sağlamaktadır.

3.5.1.4. Ergenlik

Ergenlik, genelde bedensel, bilişsel ve toplumsal olgunlaşma dönemi olarak bilinmektedir. Bireyin, bu günün ve geleceğin sorunlarıyla baş edebilmesi için bebeklik, ilk çocukluk ve orta çocuklukta olduğu gibi, ergenlikte de özel davranış türlerini edinmesi gereklidir. Havighurst, bir ergenin başarması gereken yaşam görevlerini şöyle sıralamaktadır:

1. Bedensel özelliklerini kabul etmek ve bedenini etkili biçimde kullanmak.
2. Eril ya da dişil bir toplumsal rolü gerçekleştirmek.
3. Her iki cinsten yaşıtlarıyla yeni ve daha olgun ilişkiler kurmak.
4. Ana-baba ve öteki erişkinlerden duygusal bağımsızlığı gerçekleştirmek.
5. Ekonomik bir mesleğe hazırlanmak.
6. Evliliğe ve aile yaşamına hazırlanmak.
7. Toplumsal bakımdan sorumlu bir davranışı istemek ve gerçekleştirmek.
8. Davranışın rehberi olarak bir dizi değer ve ahlak sistemi kazanmak ve bir ideoloji geliştirmek.

Havighurst'e göre, başarılması gereken ilk gelişim görevlerinden biri, ergenin bedensel özelliklerini kabul etmesidir. Bir insanın, bedenine ya da bedensel görünümüne ilişkin duyguları, o kişinin "beden imgesi"ni oluşturmaktadır. Beden imgesi, kişinin nasıl göründüğüne ilişkin düşünceleri, fantazileri ve yaşıtlarına göre erken ya da geç olgunlaşması gibi, birbirini etkileyen pek çok bileşeni kapsamaktadır. Olumlu beden imgesine sahip ergenlerin, olumlu benlik geliştirme konusunda daha başarılı oldukları dile getirilmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 415).

3.5.2. Erikson'un Kuramı

Çocuğun toplumsal gelişimiyle ilgili en kapsamlı kuram, Erik Erikson tarafından ortaya atılmıştır. Erikson ruhsal-toplumsal gelişmeyle ilgili bütün çalışmalarını 1950'de yayımlanan "Çocukluk ve Toplum" (Childhood and Society) adlı yapıtında toplamıştır. Freud'un psikanaliz kuramını çekirdek aile ve çocukluk yaşamıyla sınırlı olmaktan çıkaran ve kişiliğin, çocukluğun ilk dönemlerinde belirlendiği görüşünü reddeden Erikson'a göre, "Eğer herşey çocukluk dönemiyle açıklanırsa, o zaman herşey bir başkasının kusuru olur ve insanın kendi sorumluluğunu üstlenme gücüne duyulan güven de azımsanmış olur." Erikson, psikanalizin odak noktasını "hastalık" konusundan, "sağlık" konusuna yöneltmiş; dürtü kuramının ötesinde, sağlıklı bireyin benlik gelişimi üzerinde durmuştur. Ona göre, sağlıklı bir kişilik gelişiminde ego işlevleri oldukça önemlidir. Çünkü, dış dünyadan gelen bilgileri düzenleme, algıları değerlendirme, bilinç düzeyinde çağrıştırılacak olan anıları seçme, uyum sağlayıcı davranışları yönetme ve geleceğe yönelik tasarımlarda bulunma gibi görevler ego tarafından gerçekleştirilmektedir. Ego, tüm bunları başarıyla gerçekleştirebilme gücünü zaman içinde sayıları giderek artan yaşam deneyimleriyle geliştirir. Ancak, kazanılan deneyimler, yaşamın belirli dönemlerinde insanın sağladığı bir güveni ya da edindiği üretkenlik düzeyini sürdüreceği anlamına gelmez. Yaşamının herhangi bir evresinde karşılaştığı bir sorunla nasıl başedebileceği, bireyin geliştirmiş olduğu kimlik ile yaşamakta olduğu rol karmaşasının birbirine oranına bağlıdır (Geçtan, 1984, s.: 69).

Erikson, "epigenezis (sıralı oluş) ilkesi" gereği, kişilik gelişimi ve uyumunun, daha önceki gelişim ve uyumdan evrimleştiğini; bu bağlamda ilk yaşantıların, kişinin gelecekteki kimliğini etkilediğini öne sürmüştür. Ona göre, gelişme; bir bölümü Freud'un gelişim dönemlerine koşutluk gösteren sekiz evrede gerçekleşir. Bu evrelerden her birinin kendine özgü gereksinimleri, yerine getirilecek görevleri, çözülecek çatışmaları, kendine özgü bunalımları vardır ve her evre bireyin içinde yaşadığı toplumdan ve kültürden etkilenir. Evrelere eşlik eden "bunalım"lar, bireyin yaralanabilirliği ya da gizilgücünün artması biçiminde sonuçlanabilir (Gander ve Gardiner, s.: 218). Bir evrede yaşanan olumsuz denge, sonraki bir evrede olumlu yöne çevrilebilir; örneğin, çevresine güven duymayan bir bebeğe, sonraki bir dönemde ilgi ve bakım sağlanırsa, çocuk insanlara karşı güven geliştirebilir.

Erikson'un kuramını, Freud'un kuramından ayıran en temel özellik budur (Geçtan, 1984, s.: 70).

Erikson'a göre, doğumdan gençliğe kadar, çocuk, kendine güven, bağımsızlık, karar verme yetisi, başarı ve kimlik bunalımlarıyla karşı karşıyadır. Gençlik, olgunluk ve yaşlılıkta çözülmesi gereken çatışmalar ise, sırasıyla yalnızlık-yakınlık, üretkenlik-durağanlık, benlik bütünlüğü-umutsuzluktur. Görüldüğü gibi bu sıralamada "istekler" ve "olması gerekenler", iki karşıt grup oluşturmaktadır.Bir yandan aşırı ve yıkıcı istekler, öte yandan ana-babanın ve toplumun benlik tarafından özümsenmiş kısıtlamaları ego'yu baskı altında tutmaktadır. Erikson'un tanımladığı süperego, en az id kadar barbardır ve bireyi yıkıcı bir biçimde cezalandırmaktadır.

1970'lerde kimlik konusundaki kuramını geliştiren Erikson'a göre, "kimlik", kişinin sürekli ve değişmez nitelikteki kendi yaşantısıdır; hem kişinin iç dünyasındaki bütünlüğü, hem de dış dünyayla ilişkisini, toplumsal ve kültürel örgütlenişe katılımını belirler. Kimliğin kazanılması, temelde gençlik dönemine özgü bir benlik görevidir. Erikson, "kimlik bunalımı" olarak adlandırdığı bu dönemin, insanın gelişimindeki en çetin evre olduğunu dile getirmektedir (A.Britannica, 8: 255).

Bu tezin konusu, çocukluk dönemine ilişkin olduğu için, Erikson'un kuramının "yaşamın sekiz çağı"ından erişkinlik ve yaşlılığa yönelik bölümlerine değinilmeyecektir. Bu bağlamda, bireyin bebeklik, ilk çocukluk, orta çocukluk ve ergenlik döneminde karşılaştığı bunalımlar şu biçimde gözden geçirilebilir.

3.5.2.1. Bebeklik Dönemi (Güven-Güvensizlik)

Bu evre, Freud'un "oral dönem" olarak tanımladığı dönemin karşılığıdır. Erikson, ilk yılda bebeklerin, ana-babalarına kendilerine ve çevrelerine karşı, "güven ya da güvensizlik duygusundan kaynaklanan bir bunalım" yaşadıklarını öne sürmektedir. Ana-babayla bebek ilişkisi, bebeğin bu bunalımında büyük ölçüde etkili olur. Ancak, temel güven duygusunun oluşmasında asıl belirleyici olan anneliktir. Anneler ve bebeklerin davranışları birbirlerinin mizaçlarına ve gereksinimlerine uygun ve tutarlı olduğu zaman, güven duygusu ortaya çıkmaktadır. Güven sağlanabilmesi, anne ile bebek arasındaki ilişkinin "karşılıklılık" ilkesiyle gerçekleşir. Acıktığı zaman annesi tarafından kucağa alınıp doyurulan bebek annesine, beslediği bebeğin sakinleştiğini

gören anne ise bebeğine karşı güven duyacaktır. Bir başka deyişle, anne sadece kendi "verdiğine" değil, bebeğin "verdiğine" de dikkat edecektir. Bebeğin "benlik" oluşumu henüz başlangıç dönemindedir, ancak bu "karşılıklılık", onun öz değerlerinin oluşması için önemlidir. Anneyle olan ilişkinin "sürekliliği", "tutarlılığı" ve "aynılığı" bebeğin güveni için temel özelliklerdir. Orhan Öztürk'ün deyişiyle, "bebeklik çağında elde edilen güven duygusunun niceliği, bebeğe verilen besinlerin ya da sevgi gösterilerinin niceliğine değil, daha çok anne-çocuk ilişkisinin niteliğine bağlıdır" (Atabek, 1994, s.: 85).

Bebek, onu besleyen, bakımını sürdüren ve korumaya çalışan annesiyle ilişkisinde, gereksinimlerinin sürekli karşılanacağına inanmaya ve annesine güvenmeye başlar. Bu dönemden başlayarak, toplumun beklentileri de yavaş yavaş gündemdeki yerini alacaktır. Her ne kadar anne, bebeğin gereksinimlerini kendi düşünceleri ve inançlarına göre karşılarsa da, içinde yaşadığı toplumun gerçeklik varsayımlarını farkında olmaksızın bebeğe geçirecektir. Ayrıca, annenin içinde bulunduğu koşullar ve dolaylı olarak, toplumun geçirmekte olduğu dönemin özellikleri de bu ilişkiyi etkileyecektir (Geçtan, 1984, s.: 70).

Bebeğin ve annenin davranışlarının eşgüdüme dayanmadığı ve birbirlerinin gereksinimleriyle ilişkisiz olduğu durumlarda ise, karşılıklı olarak güvensizlik ortaya çıkar. İstekleri yerine getirilmeyen, aradığı zaman annesini yanında bulamayan bebek temel güven duygusu geliştiremez. Bu durumda bebek, ilk çocukluğun gelişim görevleri kapsamında, başkalarıyla ilişkilerde güvensizlik ve kişisel değersizlik duygularıyla örselenmiş olarak, bir sonraki evrenin bunalımlarıyla başetmek zorunda kalır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 219).

Hayvanlar üzerinde yapılan gözlemler, Erikson'un kuramını destekler niteliktedir. Doğumdan sonra ilk aylarda, annesinden ve öteki şempanzelerden ayrılarak, yalıtılmış bir ortamda yetiştirilen şempanzelerin, yetersizlik davranışları gösterdikleri, öteki şempanzelerle oynamadıkları, olağan cinsel ilişki kuramadıkları ve kendi yavrularını yetiştiremedikleri saptanmıştır. Çocuğun içinde yetiştiği farklı aile ortamlarını inceleyen Ainsworth, şempanzelerde gözlenen bulgulara son derece benzer süreçlerin insan bebekler için de geçerli olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ana-babaya karşı güven duygusu geliştiremeyen çocukların, ilkokul döneminde

arkadaşlık, oyun ve okul ilişkilerinde zorluk yaşadıkları dile getirilmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 356).

3.5.2.2. İlk Çocukluk (Özerklik-Utanç ve Kuşku)

Psikanalitik kuramdaki "anal dönem"in karşılığı olan ikinci ve üçüncü yıllarda çocuk, kendi başına yemeye, konuşmaya ve yürümeye başlamaktadır. Aynı dönemde anüs kaslarını denetleyebilir duruma gelmektedir. Bu iki alanda kazandığı "bağımsızlık"; aynı zamanda iki önemli gelişme aşamasının da köşe taşlarını oluşturmaktadır. Bunlardan ilki; seçmek ve karar vermek, ikincisi ise; tutmak ve bırakmaktır. Seçme ve karar verme dönemi, çocuğun çevresiyle çatışmalarının da başlangıcıdır; çocuk birey olarak ilk kez toplumun "doğru" ve "yanlış"larıyla ya da "ayıp olan" ve "ayıp olmayan"larıyla tanışacaktır. Deyim yerindeyse, çocuğun "denemek isteyen gücü" ile, büyüklerin "denenmiş gücü" karşı karşıya gelecektir (Atabek, 1994, s.: 86). Benzer biçimde, çocuğun tutmak ya da bırakmak tutumlarından hangisini benimseyeceği, toplumda geçerli olan ödüllendirme ve cezalandırma yöntemlerine göre belirlenmektedir. Tutma ve bırakma olgusu, dışkılama eyleminin içerdiği anlamın dışında anlamlar da taşımaktadır; bedenin içinde tutma ve dışına bırakma ile, "ben" ve "yabancılar" kavramları örtüşmekte, tutma-bırakma tutumlarının ikisi de duruma göre seçilerek kullanılmaktadır (Geçtan, 1984, s.: 71).

Erikson'a göre, 2. ve 3. yıllarda küçük çocuklar ya "bağımsızlık ve kendine güven duygusu" ya da "utanç ve kuşku duygusu"ndan kaynaklanan bir bunalımı yaşamaktadırlar. Pek çok ana-baba, çocuğun yaşamının bu dönemini "korkunç ikiler" olarak nitelemektedir. Bu dönem, hem özerklik gelişimi, hem de bakım ve desteğe olan gereksinimin sürmesi açısından ana-babaları güç durumda bırakmaktadır. Eğer ana-babalar; çocuklarına, yetenekleri çerçevesinde kendi davranışlarını yönetme olanağı vermenin yanısıra, onlara rehberlik yaparlar ve aşırı koruyucu tutumlardan kaçınırlarsa, çocuklar sağlıklı bir özerklik duygusu geliştirebilirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 219). Sınırlı etkinlikler için de olsa, neyi yapıp neyi yapmayacağını seçebilen çocuk, 3 yaşına ulaştığı zaman özerkliği konusunda güven duymaya başlar. Sevginin kızgınlığa, işbirliğinin bencilliğe, kendini dile getirmenin

duygularını içinde tutmaya oranla daha ağır bastığını farkeder. Davranışlarında bağımsızlık ve canlılık ortaya çıkar; yalnızca kendisini değil, çevresini de denetleyebildiğini görmeye başlar (Geçtan, 1984, s.: 71).

Buna karşılık, ana-babaların sürekli olarak karar verenin kendileri olduğunu kanıtlamaya çalışmaları, çocuğun davranışlarını kısıtlamaları ya da çocuğu utandırarak boyun eğmeye zorlamaları, onun kendinden kuşku duymasına ve yetersiz hissetmesine yol açacak ya da kendilerini yıllarca engelleyecek bir utanç duygusu geliştireceklerdir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 220).

İlk çocukluk döneminin ikinci yarısı olan 4-6 yaş arasındaki çocuklar ise, bilişsel gelişimleri ölçüsünde etkinlik alanlarını büyük ölçüde genişletmişlerdir. Dil ve kavram gelişimi, hareket yeteneğindeki artış, eğlenme, oyun ve sorun çözme konularındaki deneyimleri, onların giderek daha fazla toplumsal yönelimli olmalarına yolaçmaktadır. Freud'un kuramında "fallik dönem" olarak adlandırılan bu evrede çocuklar, yaşıtlarıyla ve kardeşleriyle paylaştıkları etkinliklerde, denetimi daha fazla ellerine almaktadırlar. Kendi yapmak istedikleriyle, ana-babasının yapmasını istedikleri arasındaki farklılığı görmeye başlayan çocuk, giderek ana-babasının isteklerini benimsemeye ve onlara aykırı olan davranışlarda bulunduğunda kendisini cezalandırmaya başlamaktadır (Geçtan, 1984, s.: 71). Erikson, tüm bu deneyimlerden, gerçekçi istek ve amaçlara temel oluşturacak bir "girişkenlik duygusu"nun çıkacağını öne sürmektedir. Bu dönemdeki çocukların oldukça meraklı ve enerjik olmaları, girişkenlik duygusunu besleyen özelliklerdir. Çocuk, çevresini araştırma konusundaki girişimlerine çoğunlukla evden başlamaktadır. Ev yaşamı bu davranışları özendiren, deneme ve yanılmalara olanak sağlayan bir ana-babalık üslubu ile nitelikli olarak desteklenmişse, bu girişkenlik duygusu gelişmeyi sürdürmektedir. Eğer ana-babaların yaklaşımı denetleyici, kısıtlayıcı ya da aşırı koruyucu ise, çocuklarda ketlenmelerle birlikte, bir "suçluluk duygusu"nun oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum, çocukların sağlıklı gelişimini geciktirmekte ya da engellemekte ve bir sonraki evre olan orta çocukluk dönemini de olumsuz yönde etkilemektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 295).

3.5.2.3. Orta Çocukluk (Çalışkanlık- Aşağılık Duygusu)

Orta çocukluk döneminde çocuklar, yaşıtlar, okul ve öğretmenlerin bulunduğu ortama girişle birlikte, başka bir psikososyal bunalımla karşılaşırlar. "Çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu" bunalımının, çalışkanlık yönünde çözülmesi bu evrenin başlıca gelişim görevidir. Erikson'a göre, "bu dönemdeki tehlike, bir yetersizlik ve aşağılık duygusunda yatar". Psikanalitik kuramın "gizil dönem"ine karşılık gelen bu evrede çocuk, yaşantılarından bazı sonuçlar çıkarabilecek biçimde düşünmeye başlar. Kendi başına ya da öteki çocuklarla oynadığı oyunlar aracılığıyla dış dünyayı algılamaya ve onun bir bölümünü denetimi altına almaya çalışır. (Geçtan, 1984, s.: 72).

Ancak bu dönem, çocuk için sadece yaşıtlar ve oyunlardan oluşan geniş bir etkileşim ortamı değil, ama aynı zamanda gelecekteki sorumluluklara yönelik toplumsal araçları öğrenme dönemidir. Orta çocukluğun başlangıcında (6-7 yaşlarında) çocuklar kağıtlar, makaslar, boyalı kalemlerden oluşan bir araçlar dünyasına sahiptirler. Bilişsel gelişimleriyle uyumlu olan belirli beceriler ve yetenekleri kullanarak yaratıcılıklarını dile getirebilirler. Yaşantı örnekleri yaratır ve bunlar üzerinde denemelerde bulunurlar. Oyunların yanısıra, yaşıtlarıyla birlikte çeşitli alanlarda çalışmalar yaparlar. Bu dönemin orta ve sonlarına doğru araçlar büyük ölçüde değişir ve çocuklar okuma, yazma, hesaplama yoluyla bilgi dünyasını genişletmeyi öğrenirler. Eğer çocuklar, bu araçları kullanma bağlamında özendirilir ve desteklenirse, çalışkanlık ve başarılı olma duygusu geliştireceklerdir. Bu tür bir duygu onlarda yetişkin sorumluluklarını almaya hazırlık olarak olumlu bir benlik kavramının gelişimini kolaylaştıracaktır. (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 373).

Erikson, çocuğun ilk yaşlarda kazandığı temel güven duygusuyla okuldaki başarısı arasında bir ilişki olduğunu dile getirmektedir. İyi bir ana–baba ilişkisi ortamında yetişen çocuk, temel güven duygusu kazandığı için, okulun kendisine getirdiği yeni öğrenme aşamalarını korkmadan karşılayabilir ve başarılı olur. Temel güven duygusu kazanamamış çocuklar ise tam başarı gösteremezler. Yapılan çok sayıda araştırma, Erikson'un beklentilerini desteklemiştir (Cüceloğlu, 1994, s.: 358).

Buna karşılık çocuklardan beklentinin düzeyi çok düşük ya da çok yüksek olursa ve çabaları desteklenmezse ya da eleştirilirse bir aşağılık duygusu gelişecektir.

Bunalımın olumlu yönde aşılmaması, çocukta kötü çalışma alışkanlıkları, başarısızlık korkusuyla yarışmalardan kaçınma ve daha sonraki gelişim görevleriyle başa çıkmada bir yetersizliğe yol açabilecektir. Orta çocukluk dönemindeki bir çocuğun, beceri kazanması ya da aşağılık duygularına kapılmasının tek nedeni ana-baba tutumundan kaynaklanmayabilir. Erikson, Freud'dan farklı olarak, okul yaşantısının da çocuğu bu bağlamda etkilediğini öne sürmektedir. Ana-babanın sağlayamadığı desteğin, bazı durumlarda okuldan gelebileceği gibi; ana-baba tarafından çalışkanlık yönünde güdülenen çocuğun, okulda kendine olan saygısının azalmasına yolaçabilecek tutumlarla karşılaşması da sözkonusu olabilmektedir (Geçtan, 1984, s.: 72).

3.5.2.4. Ergenlik (Kimlik-Rol Karışıklığı)

Erikson, ergenlik dönemine girişle birlikte bireyin "kimlik" ya da "rol karışıklığı" ile sonuçlanabilecek bir bunalım yaşadığı varsayımını dile getirmektedir. Ona göre, doğru kararları alabilen ergenler, deneyimlerini tanımlanmış bir kimlikle bütünleştirme yeteneğine sahiptirler. Doğru kararları alamayanlar ise, ergenlikten yetişkinliğe geçişte çeşitli kimlikler ve rollere ilişkin sorunlarla bunalıma düşebileceklerdir (Gander ve Gardiner, 1995).

Jones'un şu sözleri, ergenlikte yaşanan kimlik bunalımını açık olarak dile getirmektedir: "Ergen, nadiren anladığı bir dünyada, tanımadığı bir imgeyi amaçlayarak henüz keşfettiği bir bedenle kişi olmanın eşiğinden girer. O, kendi kendine dayanmak isteyen bir birey olmak ile, aynı zamanda yalnızca ailenin verebildiği azıcık güvenliği ve güvenceyi yitirmekten korkan biri olmak arasında karışık bir isteğe sahiptir." (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 452).

"Kimlik kavramı" (identity concept); bir kişinin, yerin, olayın nesnenin ya da ilişkinin zihinsel tasarımıdır. Ergenlik sürecinin betimlenmesinde, kimlik arayışı ve "benlik kavramı" (self concept) temel belirleyicidir. Purkey tarafından "bireyin kendisi hakkında sahip olduğu inançların karmaşık ve dinamik bir sistemi" olarak tanımlanan "benlik kavramı" için Horrocks, "bireyin kendi kendine varsaydığı kimliği" tanımını yapmıştır. Bu tanımlamalar ışığında, "benlik kavramı"nın; "bir bireyin yalnızca ona özgü tutumlardan, duygulardan, algılardan, değerlerden ve

davranışlardan oluşan kendine ilişkin görüşü" olduğunu söylemek olanaklıdır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 453).

Ergenlikte ve ilk yetişkinlikte, öteki insanlarla etkileşimler ve kişinin kendi duygu ve düşünceleri aracılığıyla yaptığı bir iç tartışmanın sonucunda ortaya çıkan benlik kavramı, yaşam boyu süren dinamik bir gelişimdir. Erikson'un kuramını temel alarak çalışmalarını sürdüren Marcia, benlik kavramının; içsel, birey tarafından yapılandırılan, dinamik, bireyin yeteneklerini, inançlarını ve her alandaki yaşantılarını kapsayan boyutlar taşıdığını dile getirmektedir. Ona göre, bu yapı ne kadar iyi gelişirse, birey kendi özelliklerinin ve "bireyselliğinin" o kadar farkında olur ve sonuçta gerçekçi bir benlik anlayışına ulaşır. Bireyin kendi benliğini bulmasını, "özdeşleşme" olarak tanımlayan Marcia, "özdeşleşme statüsü" adını verdiği dört basamaklı bir kuram öne sürmektedir. Marcia, basamakların belirli bir sıra izlediğini, ancak herkesin bu basamakların tümünü geliştiremeyebileceğini ve basamakların birinde takılabileceğini dile getirmektedir. Özdeşleşme statüsünü oluşturan basamaklar, kısaca şunlardır:

1. *Dağınıklık* (moratorium): Birey özdeşleşmesini oluşturmak için varolan seçenekleri henüz gözden geçirmemiş ve bir seçim yapmamıştır.
2. *Körü-körüne bağlılık* (foreclosure): Birey, hiçbir inceleme yapmadan ve konuyla ilgili önemli bir bireysel deneyim geçirmeden, daha önce ana-babadan öğrenmiş olduğu görüş ve değerlere körü-körüne bağlıdır ve bunları kendi görüş ve değerleriymiş gibi sürdürür.
3. *Askıya almak* (diffusion): Özdeşleşme krizini yaşayan birey, daha önce benimsediği bütün değerleri gözden geçirir. Bu aşamada bulunan birey, henüz hiçbir görüş ve değere bağlı olmadığı için, kendisini "havada" hisseder.
4. *Özdeşleşmenin başarılması* (identity achievement): Birey, görüş ve değerleri gözden geçirerek; kendisi için uygun olan, genel yaşam ve mesleksel amaçlarını da kapsayan bir özdeşleşme biçimine bağlanmıştır (Cüceloğlu, 1994, s.: 359).

Yapılan araştırmalardan elde edilen veriler ışığında; kültürün, sosyo ekonomik düzeyin, etnik çoğunluğun üyesi olmanın, cinsiyetin, benlik kavramının oluşumunu değişik düzeylerde etkilediği söylenebilir. Benlik kavramının gelişimi, dinamik bir süreç olduğundan bazı süreçlerden etkilenir, bazılarını da etkiler. Örneğin, disiplin ve

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

sevgi aracılığıyla ana-babalardan, uyum baskısıyla yaşıtlardan, başarı ya da başarısızlıkla okul yaşantısından etkilenir. Öte yandan, insan ilişkilerini, meslek seçimini, beden ve ruh sağlığını ve akademik başarıları etkiler. Ergenlerle yapılan araştırmalara göre "ben kimim?" sorusunu yanıtlayan ergenler; kendisi hakkında beceriklilik, güven duygusu, psikolojik uyum, bütünleşmiş bir kişilik, beden, ahlak, toplumsal yarar konularında olumlu algılar geliştiren ergenlerdir. Elde edilen bulgular, Erikson'un ergenin kimlik bunalımına yönelik görüşünü desteklemektedir; örneğin, olumlu kimlik geliştiren ergenler için bedensel ve cinsel kimlik puanları başlangıçta yüksektir ve yaşla birlikte küçük bir değişim göstermektedir; buna karşılık meslek ve ideoloji puanları yaşla birlikte artmaktadır, en büyük artış lise birinci ve üçüncü sınıf arasında ortaya çıkmıştır. Bir başka deyişle, mesleki kimliğin gelişimi, bedensel ve cinsel kimliğin gelişimini beklemek durumundadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 455). Erikson'un daha erken yaşlarda oluştuğunu ileri sürmesine karşılık, kimlik gelişiminin 18-24 yaşlar arasında gerçekleştiği ve bireyden bireye değişen bir gelişim temposu gösterdiği dile getirilmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 360).

3.5.3. Psikososyal Gelişim Konusunda Bir Araştırma

Erikson'un kuramından sonra, psikososyal gelişimle ilgili olarak Türkiye'de yapılmış bir çalışmadan söz etmek uygun olacaktır. Başaran'ın sosyal gelişimin boyutları ve bu gelişimi ölçme sorunlarına yönelik araştırması, ülkemizdeki çocukların psikososyal gelişimi konusunda önemli ipuçları vermektedir. Araştırmada, 7-11 yaşlar arasında, her yaştan 15 kız ve 15 erkek çocuk olmak üzere toplam 150 denek yer almıştır. Çocuklar; sosyo ekonomik açıdan orta sınıfta bulunan, anne eğitim düzeyinin orta derecede olduğu, büyük kentte (Ankara'da) yaşayan, normal, başarılı öğrencilerdir. Deneklere, şu üç temel konuda sorular yöneltilmiştir.

- Kendi kendini yönetme,
- İlgiler (sosyal yaşam, kitap okuma gibi),
- Bireyler arası ilişkiler (ana-baba ve yaşıtlarla ilişkiler, sosyal uyum).

Her yaştaki erkek ve kız deneklerin, sözü edilen konularda verdikleri yanıtlar şöyle özetlenebilir.

7 Yaş: Evde kendi kendini yönetme bakımından kız çocuklar, dışarıda kendi kendi yönetme bakımından erkek çocuklar gelişmiş görünmektedir. Ev ortamındaki etkinlikler; yemek yeme, giyinme, temizlik yatma davranışı, ev işlerine yardım ve okul çalışmasını, dışarıdaki etkinlikler ise; yer değiştirme, arkadaşlarla görüşme ve sinemaya gitmeyi içermektedir. Kitap okuma, sosyal yaşam gibi ilgiler konusunda erkeklerin; bireyler arası ilişkiler ve özellikle yaşıtlarla ilişkilerde ise, kız çocukların daha başarılı olduğu gözlenmiştir.

8 yaş: Kendi kendini yönetme bakımından; evde kız çocukların, dışarıda erkek çocukların gelişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır. Günlük olaylar, spor ve bilimsel çalışmalarla ilgilenmek ve başta ana-babalarla ilişkiler olmak üzere, bireyler arası ilişkiler konularında, erkek çocukların davranışlarının daha gelişmiş olduğu görülmüştür.

9 yaş: Evde kendi kendini yönetme bakımından kız çocuklar daha gelişmiş, dışarıda ise erkek çocukların açıkça önde olduğu saptanmıştır. İlgiler açısından; okuma ve kitap konusunda kızların, sosyal yaşam konusunda erkek çocukların başarılı oldukları görülmüştür. Bireyler arası ilişkilerde, özellikle de ana-babalarla ilişkilerde, erkek çocuklar büyük oranda daha gelişmiş durumdadır. Bu sonucun, geleneksel olarak aile içinde kız ve erkek çocuklara karşı farklı tutum gösterilmesinden kaynaklanmış olabileceği dile getirilmektedir.

10 yaş: Evde kendi kendini yönetmede kızlar, dışarıda kendi kendini yönetmede ise erkek çocuklar, belirgin olarak gelişmiş durumdadır. Farkın yüksek olması, büyük ölçüde, kızların çocukluktan çıkma ve ergenliğe doğru gelişimlerine bağlanmıştır. İlgiler alanında; kitap ve genel olarak okumada kızlar, sosyal yaşamda erkekler gelişmiş olarak saptanmıştır. Bireyler arası ilişkiler konusunda kızlar ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur; ancak, erkek çocuklar ana-baba ilişkilerinde daha başarılı görülmüştür.

11 yaş: Kendi kendini yönetme konusunda; evde kızlar, dışarıda erkekler başarılı bulunmuştur. Kitap ve okuma konusunda erkek çocukların başarısı artmıştır. Sosyal yaşam konusunda ise, her iki cins arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bireyler arası

ilişkiler bakımından, genel olarak kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Ancak, ana-baba ilişkilerinde kızlar, önceki yaşların tersine, daha başarılı bulunmuştur. Erkek çocukların davranışlarının ergenlik öncesi gelişim doğrultusunda değişmesi ve özgürlük isteklerinin artması, onların, ana-baba ile olan ilişkilerinde gerilime yol açmış olabilir.

Elde edilen veriler, kıza ev-içi, erkeğe ev-dışı davranışlarda, özgür olma ve sorumluluk yüklenme bağlamında daha fazla olanak sağlayan toplumumuzun sosyo kültürel yapısıyla yakından ilgilidir. Kız ve erkek çocuklar arasında, psikososyal gelişim yönünden daha önceki yaşlarda saptanan farklılıkların, 11 yaşında daha belirgin ve anlamlı duruma gelmesi, bunun göstergesi olabilir (Başaran, 1992, s.:57-81).

Konuyla ilgili olarak yapılan başka araştırmalar da vardır:

Varış (1969), ergenin gelişimini konu alan araştırmasında, erkek ve kızlar arasındaki farkları göstermiştir. Örneğin gençlerin sahip oldukları ülküleştirmeler, bunlara ulaşılmasında görülen engeller, karşı cinste aranan nitelikler, ergen ve yaşıtları ile olan ilişkiler, davranışlar ve tutumlar ergenin kız ya da erkek oluşuna göre değişmektedir.

Uğurel (1974), Karadeniz köylerinde 5-12 yaş çocuklar üzerinde yaptığı araştırmasında, kız ve erkek çocuklar arasında bir ayrımın var olduğunu göstermiş, bu ayrımın bireyin ahlaki ve cinsel olgunlaşmasında ortaya çıkardığı güçlüklere dikkat çekmiştir. Bu yaşlar arasındaki sosyal baskının, yaş ilerledikçe özellikle kız çocuklarda arttığı görülmüştür.

Toğrul (1968), "Hipotetik Durumlarda Türk Öğrencileri Tarafından Yeğlenen Amaçlar" konusunda yaptığı araştırmada, Amerika'da olduğundan çok farklı olarak, kızlarda, erkek olmak arzusunun kuvvetli olduğunu görmüştür. Büyük bir çoğunluk, olanaklı olsa idi "dünyaya erkek olarak gelmeyi" seçeceklerini belirtmişlerdir.

Erdentuğ'un (1956-59), Elazığ'ın farklı kültürel nitelik gösteren Hal ve Sün köylerinde yaptığı araştırmada, kız ve erkek çocukların ergenlik döneminde farklı davranışlara yöneltildikleri, bu iki köyde kız ve erkek arasındaki sosyal uzaklığın farklı olduğu ve bu farkın davranışları etkilediği gözlemlenmiştir (Başaran, 1992, s.: 23-25).

3.5.4. Cinselliğin ve "Cinsiyet Rolü"nün Gelişimi

Çocukların, kişiliklerini ve toplumsal davranışlarını geliştirirken karşılaştığı gelişim görevlerinden biri de, uygun kadın ya da erkek rolünü öğrenmektir. "Cinsiyet rolü" kavramı eril ya da dişil olarak etiketlenebilen davranışları, tutumları, değerleri, düşünme ve konuşma biçimlerini, oturma ya da yürüme gibi hareketleri, giyinme ve süslenmeyi kapsamaktadır. Çocuklar, gelişme sürecinde kendilerini erkek ya da dişi olarak kavramayı öğrenirler, iki farklı rolün içerdiği anlamı geliştirirler ve bunlara uygun davranışları benimserler. Bebeğin doğumundan başlayarak ana-babalar, aile çevresi, okullar, dinsel kurumlar ve genel olarak toplum kız ve erkek çocuklara farklı davranarak uygun cinsiyet rollerini geliştirmeleri yönünde etkilemektedir. Bunlar, kız ve erkek çocukların ne olduklarına ve ne olmaları gerektiğine ilişkin kültürden, aileden, yaşantılardan kaynaklanan kavramlara dayanarak cinsiyet tiplemesini belirlemeye çalışmaktır. Doğumdan hemen sonra çocuğa ad verilmesi ve odasının düzenlenmesi ile başlayan cinsiyet tiplemesi, ana-babanın kız ve erkek bebeklerden farklı beklentilere sahip olmaları, farklı tepki vermeleri ve farklı davranmalarıyla belirginleşmektedir. Seavey ve arkadaşlarının konuyla ilgili çalışmaları, yetişkinlerin davranışlarının etiketlere göre değiştiğini, bebeğin gerçek özelliklerinden çok, erkekler ve dişiler konusundaki ön kavramlarına göre tepki verdiklerini göstermiştir. Benzer biçimde ana okulu öğretmenlerinin de erkek çocuklarda atılganlığı ve saldırganlığı, kız çocuklarda edilginliği özendirme eğilimi taşıdıkları saptanmıştır. Oyuncak seçimi, ana-babaların cinsiyete uygun oyunları uyarma yollarından biridir. Rosenfeld, erkek çocukların oyuncaklarının ve oyun malzemelerinin, yeterliliği geliştirme konusunda kız çocuklarınınkinden daha iyi olduğunu bulmuştur. Genel olarak, küçük çocukların oyuncak çeşitleri ve girdikleri hareket etkinlikleri, ileride kazandıkları zihin ve hareket becerilerini etkilemektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 296-298).

İlk okul çağına gelen kız ve erkek çocuklar, oyun araçları ve etkinlikleri ile birlikte, becerilerinde ve zevklerinde belirgin farklılaşma göstermektedirler. Orta çocukluk döneminde kız çocuklarda sözel becerilerin, erkek çocuklarda ise mekan algısı ve mekansal akıl yürütmenin daha iyi geliştiği dile getirilmektedir. Bu farklılıkta doğuştan gelen etkenlerin ve cinsiyet tiplemesinin katkısının neler olduğu; eksiklikleri tamamlayıcı olanakları sağlamanın gerekip gerekmediği

sorgulanmaktadır. Örneğin, erkek çocukların sözel becerilerin gelişimi bakımından kız çocuklardan daha az gelişmiş görünmelerine karşın, eğer erkek öğretmenlerden ders alıyorlarsa durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 374).

Cinsiyet tiplemesine bağımlı pek çok yetişkin, orta çocukluk dönemindeki çocukların, kendi cinslerinden çocuklarla yakınlık kurma ve oynama eğilimini "doğal" bulmakla birlikte, rolleri dar kalıplar içinde değerlendirmeyen ana-babaların çocukları, karşı cinsle daha iyi ilişkiler kurabilmektedirler. Ancak cinsiyet tiplemesi; ana-babalar dışındaki yetişkinler, çocuğun yaşıtları ve öğretmenler tarafından sürdürülmektedir. Yapılan araştırmalardaki veriler yetersiz olmakla birlikte, orta çocukluktaki erkek çocukların, cinsel role uyma konusunda hemcinslerine daha fazla baskı uyguladıkları görülmektedir. Örneğin; kız çocukların, "erkek oyuncaklarıyla" oynayan kız arkadaşlarına çok az karşı çıkmalarına karşılık, erkek çocukların, "kız oyuncaklarıyla" oynayan erkek arkadaşlarını şiddetle eleştirdikleri dile getirilmektedir. Cinsiyet rolüne uygun davranma konusunda benzer bir baskı, ana-babalar tarafından kurulmakta ve bu noktada da bir ayrımcılık göze çarpmaktadır. Ana-babaların, erkek çocuğun erkeklik rolüne uygun davranması üzerinde daha çok odaklandıklarına ilişkin kanıtlar vardır. Sözü edilen etkiler nedeniyle erkek çocuklar, okul öncesi yaşlarda erkeklik rolü için belirgin seçimler yapmakta ve kızlardan daha önce cinsiyete uygun davranışlar geliştirmektedirler. Hetherington ve Parke'ye göre, 4-6 yaşlarındaki kız çocuklar, erkekliğin bazı yönlerini çekici bulabilir, oysa erkek çocuklar, okul öncesi yaşlardan sonra kadınlık rolü için bu duyguyu hiçbir zaman yaşamazlar. Bu durumun, birçok farklı açıklama biçimlerinden bazıları şunlardır:

- Ana-babalar erkekler arasında eşcinselliğin daha yaygın olduğunu düşünüyor olabilirler. Çocuklarının eşcinsel olmasından duydukları kaygı ,onların, erkek çocuklarının cinsiyet rolüne odaklanmalarına yolaçabilir.
- Erkek egemen toplum yapısı nedeniyle erkeklik rolünün, kadınlık rolünden daha çok yeğlenmesine bağlı olabilir.
- 4-5 yaşlarına kadar, genellikle kadınlarla (anne, bakıcı kadın, ana okulu öğretmenleri) etkileşen erkek çocuklar, yakın etkileşimde bulundukları erkek

modeller olmadığı için cinsiyet rolü özdeşleşmesinde karmaşa yaşayabilirler (Gander ve Gardiner, 1995 s.: 375-376).

Çocukların bir cinsiyet rolünü benimsemelerinde, kavram gelişimi oldukça önemlidir. Çocuklar "erkek" ya da "kız" olarak kendi benlik kavramlarına ve "erkeklik" ya da "kadınlık" durumunu nelerin oluşturduğuna kendileri ulaşmaktadırlar. Thompson, çocukların çoğunun 2-3 yaşlar arasında kendi cinsiyetlerini tanıyabildiklerini göstermiştir. Küçük çocuklar, bireyin cinsiyetinin kalıcı olduğunu; örneğin, bir kadının saçlarını kısacık kestirmekle ya da erkek ceketi giymekle erkeğe dönüşmeyeceğini tam olarak kavrayamayabilirler. İlkokul çocukları cinsiyet rollerine ilişkin daha ayrıntılı kavramlara sahip olmakla birlikte, konuyu oldukça dar bir açıdan ele almakta; örneğin, bir erkeğin hemşire olamayacağına inanabilmektedirler. 6-8 yaşlarındaki çocuklar, genellikle uygun erkek ve kadın davranışları konusunda tipik olarak son derece kalıp yargısal ve katı düşünceler taşımaktadırlar. Konuyla ilgili olarak Maccoby, somut işlem dönemindeki çocukların, "cinsiyet rollerinin ne olduğunu" düşüncelerinde açıklığa kavuşturmak için abartıyor olabileceklerini, bunun; onların kendi cinsel kimliklerini doğrulamalarına katkı sağlayabileceğini ileri sürmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 377).

Hetherington ve Parke ise, çocukların biyolojik cinsiyetleri, cinsel kimlikleri ve cinsiyete uygun davranışları arasındaki tutarlılığın, onların benlik saygısını korumalarında yaşamsal öneme sahip olduğunu dile getirmektedirler. Onlara göre, çocukların cinsel kimliklerinin biçimlenmesi, onunla tutarlı davranmaları ve başkalarından tutarlı geri-bildirim almaları, bir tür "kendi kendini toplumsallaştırma süreci" olarak cinsiyet rolü gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 378).

Cinsiyet rolleri ve ilgili tutumlar zaman içinde sürekli bir değişim geçirmektedir. Money ve Ehrhardt, ana-babaların kültürlere ve zamana göre değişen yüzeysel cinsiyet farlılıklarını aşırı vurguladıklarını, ancak gerçek farklılıkları önemsemediklerini öne sürmektedirler. Money'e göre, ana-babalar, küçük çocukların cinsler arasındaki fizyolojik farklılıkları görmelerine izin vermeli, onların somut erkeklik ve kadınlık kavramlarını geliştirmelerine yardımcı olmalıdırlar. Bu

bağlamda, çocukların cinsel kimliklerinin gelişimi ile ilgili olarak "androjeni" kavramına değinmekte yarar vardır. "Androjeni" kavramı, eril ya da dişil olmayan, yalnızca insan olmaya ilişkin özellikleri belirtmek için kullanılmaktadır. Örneğin, sağlıklı erkek ya da kadın, kişilik özelliklerine ve durumun gereklerine göre hırslı ama duyarlı, güçlü ama sevecen, atılgan ama uysal olabilir. Bu demektir ki, "hırslılık", "güçlülük", "atılganlık" ya da "duyarlılık", "sevecenlik", "uysallık" gibi nitelikler, belirli cinsiyetlere özgü karakteristikler olarak değerlendirilmemelidir. Cinsiyet rolleri geniş kapsamlı olarak tanımlandığında ve onaylanabilir davranışların ve özelliklerin büyük bölümünün ortak olduğuna yönelik bir tutum gösterildiğinde, çocuklar kendi gizilgüçlerini geliştirmek bakımından daha özgür olabileceklerdir. Burada vurgulanması gereken en önemli nokta, erişkinlerin,çocukların kendi kimlikleriyle barışık olmalarına ve kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olmalarıdır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 379).

Cinsiyet rolü ve cinsel gelişimin, ergenlik döneminde taşıdığı anlamın boyutları, öteki çocukluk aşamalarına oranla çok daha farklıdır. Ergenlikte oluşan biyokimyasal değişimlerin en önemli etkilerinden biri, cinsel dürtü ve duygulardaki artıştır. Yeni keşfedilen duygular ve dürtüler, ergen için kaygı ve şaşkınlık yaratabilir. Toplumun öteki kesimlerinde de, cinsellik konusundaki egemen duygular kaygı ve rahatsızlıktır. Burada sözü edilen "cinsellik" terimi, cinsel ilişkiden çok daha geniş bir anlama sahiptir. Mc Kinney ve arkadaşlarına göre "cinsellik, bir kültürün ahlaki ve dinsel inançlarıyla, hukuk sistemiyle, çocuk yetiştirme uygulamalarıyla ve aynı zamanda, insanların başka biri ve kendi kendileri karşısında aldıkları tutumla çok yakından ilişkilidir". Buradan anlaşılacağı üzere cinsellik, Havighurst'un daha önce sözü edilen üç gelişim görevini içermektedir, bunlar; her iki cinsten yaşıtlarla yeni ve olgun ilişkiler kurmak, ana-babadan ve öteki yetişkinlerden duygusal bağımsızlık gerçekleştirmek ve evliliğe hazırlanmaktır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 418).

Bir kişinin cinselliği; ergen ya da yetişkin olarak ana-babadan, yaşıtlardan, arkadaşlardan, basın-radyo ve televizyondan, kültürel beklentilerden ve kalıp yargılardan etkilenmektedir. Günümüzde, kültürel çevre; iletişim ortamları, toplumsal dönüşümler ve değer yargılarının değişmesi nedeniyle, önceki kuşakların kültürel çevresinden büyük ölçüde farklılaşmıştır. Ergenler, cinsellikle ilgili bu farklılaşmanın iyi bir yansıtıcısıdırlar ve cinsel davranışı, ahlak ya da yasa konusu

olmaktan çok, kişisel bir seçim konusu olarak görme eğilimindedirler. Sorenson'a göre, Amerika Birleşik Devletlerinde erkek ergenlerin sadece %28'i, kız ergenlerin ise %44'ü, konuyla ilgili tutumlarının ana-babalarının tutumlarıyla aynı olduğunu düşünmektedir. Ergenler, cinselliği; mastürbasyon, eşcinsel deneyimler ve evlilik öncesi cinsel birleşme biçiminde yaşamaktadırlar. Cinselliğin, genellikle en az tartışılan biçimi olan mastürbasyonun, gençler arasında oldukça yaygın olduğu dile getirilmektedir. Kinsey'in araştırmalarına göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde erkek üniversite öğrencilerinin %96'sı, kız öğrencilerin %63'ü mastürbasyon yaptığını bildirmiştir. Cinsellikle ilgili bir başka alan, genellikle karşılıklı mastürbasyonla sınırlı olan eşcinsel deneyimlerdir. Elias ve Gebhord'a göre, ilk ergenlikteki bu tür deneyimler, erkek çocukların %52'si, kızların %35'i tarafından bildirilmiştir. Genellikle deneme niteliğinde olan bu etkinlikler sırasında, ergenler, karşı cinsle olan ilişkilerini geliştirmeyi de sürdürmektedirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 419).

Yapılan araştırmalar, evlilik öncesi cinsel ilişkilerin, 1960'lı yıllardan başlayarak özellikle kadınlar arasında, hızla arttığını ve yaygınlaştığını göstermektedir. Erkek çocukların evlilik öncesi cinsel ilişkilerini olumlu bulan, ancak kızların bakire kalmasını dayatan çifte standart, pek çok kültürde egemenliğini sürdürmekle birlikte, 1960'lardan sonra, bu konudaki tutum ve davranışlarda büyük değişiklikler olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Robinson ve arkadaşları tarafından 1965'de yapılan araştırmada erkeklerin %33'ü, kızların %70'i evlilik öncesi cinsel ilişkileri ahlak dışı bulurken, 1970'de bu sayılar, erkekler için %14, kızlar için %34 olarak saptanmıştır. Genel olarak, evlilik öncesi ilişkiler konusunda, daha izin verici standartlara doğru bir eğilimin giderek güçlendiği, başka araştırmalar tarafından da desteklenmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 421).

3.5.5. Çocukluk Korkuları

"Çocuk korkuları", pedagoji ve çocuk psikolojisinin önemli konularından birisidir. Çocuklarda oluşan korkular incelendiği zaman, bunların büyük ölçüde çocukları yetiştirmekle yükümlü ana-babalar, bakıcılar ve öğretmenler tarafından yaratıldığı ya da geliştirildiği ortaya çıkmaktadır; bu bağlamda da, çocuk ve yetişkinler arasındaki

ilişkinin önemli bir boyutudur. Erişkinlerin, çocuğu tehlikelere karşı uyarırken aşırıya kaçmasının, farkında olmadan kendi korkularını öğretmesinin, disiplin ve ceza yöntemi olarak korkuyu kullanmasının çocukta korku gelişimine yol açtığı dile getirilmektedir (Atabek, 1994, s.: 175).

Çocukların korkuları ile yetişkinlerin korkuları arasında pek çok ortak yan bulunmaktadır; ancak, küçük yaştaki korkuların genellikle, "yakın çevresinden çocuğa yönelik tehlikelerle" ilgili görünmesine karşılık, yetişkinlerde işsizlik, parasızlık, destekten yoksun kalmak, yaşlanmak gibi sosyal korkular ağır basmaktadır. Çocuklar için çoğunlukla, ani ve alışık olunmayan uyarılar, görülmeyen-bilinmeyen yer, durum, nesne ve hareketler korku nedenidir. Korkuların oluşumunda, yoğunluğunda ve süresinde, çocuğun bağımlı ya da bağımsız oluşunun önemli bir etkisi vardır. Bağımlı çocukların daha çok, daha yoğun, daha uzun süreli korkular yaşamalarına karşılık, bağımsız çocukların korku nedenleriyle daha kısa sürede ilişki kurabildiği ve korkularını yenebildiği dile getirilmektedir (Atabek, 1994, s.: 175-181).

Çocukluk sürecinde, en çok korkunun var olduğu dönem ilk çocukluktur. Bunun başlıca nedeni, 2-6 yaş arası çocukların işlem öncesi dönemde olmaları; bilgiyi özümleme ve uyarlama yeteneğinden yoksun olmalarıdır. Bu bağlamda, genellikle hayaletler gibi düşsel yaratıkları içeren korkular yaşamaktadırlar. Okul çocukları, bilişsel yeteneklerinin gelişmesi ve toplumsallaşmaya koşut olarak büyük bir duygusal olgunluk gösterirler. Kıskançlık, bağımlılık, saldırganlık gibi duygularını kontrol altına almaları yönünde ana-babalardan, yaşıtlardan ve öteki çevreden sürekli uyarı almaktadırlar. Sonuç olarak, yaşadıkları korkular değişim geçirmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 380).

1930'lu yıllarda başlayan araştırmalar çocukların korkularını sınıflandırmaya yönelik olmuştur. Zill'in çalışmasında, 7-11 yaşlarındaki 2200 çocuğu içeren ulusal bir örneklemin 2/3'ünde, çocukların, kendilerine yönelik şiddetden korktukları belirtilmiştir. Eme ve Schmidt tarafından yapılan bir araştırmada, 9 yaşındaki çocukların % 40'ından fazlasında varolan korkuların, şu sırayı izlediği ortaya çıkmıştır:

1. Bedensel zarar,

2. Soygunlar, çocuk hırsızları ve ölüm,

3. Hayvanlar.

Bauer'in çalışmasında ise, çocukların korkularındaki gelişimsel değişimler incelenmiştir. Çalışmada 4-6 yaş, 6-8 yaş ve 10-12 yaş olmak üzere üç gruba ayrılan 60 çocukla görüşülmüş ve özgül korkuların görülme sıklığı konusunda şu bulgular saptanmıştır:

Yaşlar	*Korku Türü*				
	Bedensel incinme, fiziksel tehlike	Canavarlar, hayaletler	Hayvanlar	Yatma zamanı korkuları	Rüya
4-6 yaş	11	74	47	53	74
6-8 yaş	53	53	40	67	80
10-12 yaş	55	5	10	35	45

Sonuçlarla ilgili olarak Bauer, "Piaget'nin betimlediği, çocukların gerçeği algılamalarındaki değişimlerin ardışıklığını yansıtan bir ardışıklığın, korkuların gelişiminde de var olduğunu düşündürmektedir" biçiminde bir yorum yapmaktadır. Okul öncesi çocuklarda, en yaygın korku nedeni canavarlar ve hayaletler iken; okul çocuklarında, daha özgül ve gerçekçi olan bedensel zarar ve fiziksel tehlikenin, en çok korku nedeni olması da yukarıdaki yorumu doğrulamaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 382).

Orta çocukluk döneminde, yukarıda sözü edilen korkulara ek olarak iki özel korku ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki, okula başlamayla ilişkili olan "okul fobisi", ikincisi ise, daha yüksek düzeyde bilişsel işlevle ilgili olan "ölüm fobisi"dir.

1. Okul fobisi: Orta çocukluk yıllarında yaygın bir sorun olan okul fobisi, genellikle kız ve erkek çocuklarda eşit sıklıkta görülmektedir. Okul fobisi olan çocuklar, tipik olarak okula gitmeyi reddederler ya da okulda ciddi bir kaygı yaşarlar. Genellikle baş, boğaz ve karın ağrısından yakınırlar. Okul yaşamının 1. ya da 2. yılında, çoğunlukla aşırı koruyucu ana-babaya sahip olanlarda görülen ve ana-babadan ayrılma kaygısından kaynaklanan biçimi, "akut okul fobisi" olarak bilinmektedir. "Kronik okul fobisi" olarak tanımlanan ikinci türü ise, okulda ya da evde güçlükleri ve olumsuz yaşantıları olan daha büyük çocuklarda ortaya çıkmaktadır.
2. Ölüm fobisi: Çocuklar, genellikle 6-7 yaşından önce ölümün anlamı konusunda belirsiz bir düşünce taşırlar. Ölümün kalıcı ve sürekli bir durum olduğunu, ancak somut işlem düşüncesine ulaştıktan sonra anlayabilirler. Bu nedenle ölüm fobisi, " sekizinci yıl kaygısı" olarak da adlandırılmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 383).

Ölümün anlamı, çocuğun zihinsel gelişim aşamalarına bağlı olarak farklıdır. Konuyla ilgili olarak öne sürülen görüşler ve yapılan araştırmalara göre, 3-4 yaşındaki çocuklar için "ölüm"; koruma, güvenlik ve sevgi açısından bağımlı olduğu bir objenin, o anda var olmamasıyla eşanlamlıdır. Yaşamın bu dönemindeki çocuk, ölümü ana-babadan ayrılma ve geçici bir uyku olarak algılamaktadır.

4-7 yaşlarındaki çocukların ölüm hakkındaki düşüncesi, yaşam deneyimlerinin artması ve bilişsel gelişimle birlikte farklılaşmıştır. Ancak, öteki insanların deneyimlerini anlamlı olarak paylaşamadığı ve ben merkezci bir bakış açısına sahip olduğu için, kendi deneyimlerinin sonucuna göre durumları değerlendirmektedir. Ölümle ilgili hiçbir kişisel deneyimi olmadığından, bir başka deyişle kendisi hiç ölmediğinden, ölümü, sürekli bir olgu olarak algılayamaz. Deneyimleri, genellikle ölmüş ya da ezilmiş hayvanlar görmekle sınırlı olduğundan "ölüm" kavramını ezilmek, yaralanmak ya da çevredeki güçlü etkenlerden gelen acı verici bir olay olarak algılar. Ölen kişinin "melek" ya da "hayalet" olacağına inanma yönünde güçlü bir eğilim taşır ve ölümü geriye dönüşü olan bir olay olarak değerlendirir (Yalın, 1979).

7-11 yaşlarına gelen çocukların ölüm konusundaki düşüncelerinde köklü bir değişim olur; ölümü sürekli bir olgu olarak algıladıklarını gösteren yorumlar yapmaya başlarlar. Ancak, ölüm onlara göre doğal sürecin bir parçası değildir ve kaza, boğulma, bıçaklanma gibi belirli-özel nedenlere bağlıdır. 11 yaşın üzerindeki çocuklar ise, ölümün hastalık, yaşlanma gibi doğal nedenlerle oluştuğunu ve kaçınılmaz olduğunu düşünebilirler. Ergenlik döneminde, neredeyse tümüyle kendine yönelik yaşayan ve kimliğini kanıtlama gereksinimi duyan ergen, ölümcül hastalığa yakalanma durumunu, "haksızlığa uğrama" olarak algılamaktadır. Hastalık sürecinde kendisini güçsüz hissetme, tanı ve tedavisi için başkalarına bağımlı olma, onun kendisi hakkındaki olumlu imgeyi korumasını güçleştirmektedir (Yalın, 1979).

3.6. Psikoseksüel Gelişim

Bireyin psikoseksüel gelişimini temel alan ve Sigmund Freud tarafından ortaya atılan yaklaşım "psikanalitik kuram" ya da "psikanalitik öğreti" olarak bilinmektedir. Psikanalitik kuramın, psikoloji ve psikiyatride hiçbir zaman temel bir kuram ve bir "paradigma" düzeyine ulaşamadığı, en güçlü olduğu dönemde bile kuşkuyla karşılandığı dile getirilmiş olsa da, kuramın egemenliğinin dünyanın hemen her yerinde hissedilir derecelere ulaştığı ve 1940'lı yılların ortalarına kadar süren bir "altın dönemi" yaşadığı açıktır (Tura, 1989, s.: 9).

3.6.1. Psikanalitik Öğreti

1800'lerin ikinci yarısı ile 1900'lerin ilk çeyreğinde yaşamış olan Freud, bu yönüyle zaman ve uzam bakımından sınırlı bir "olay"dır, ancak çağımız düşüncesine damgasını vuran kişiliği nedeniyle aynı zamanda bir "süreç"tir. Onun görüşlerinin birden çok kuramı içerdiği göz önüne alındığında "psikanalitik öğreti" olarak tanımlanması uygundur (Göksel, 1996). Psikanalitik öğreti içinde yer alan kuramlar şunlardır:

3.6.1.1. Topografya Kuramı

Başlangıçta "metapsikoloji" olarak adlandırılan, zihinsel olayların ya da süreçlerin bilince uzaklıklarının saptanmasını içeren ve 1923 yılında Freud'un ruhsal aygıta ilişkin yapısal kuramını açıklamasıyla önemini yitiren kuramdır. Buna göre bilinç, dış dünyadan ya da bedenden gelen algıları farkedebilen ve zihnin yüzeyinde bulunan bölgedir. Dikkatin zorlanmasıyla bilinç düzeyine çıkarılabilen zihinsel olaylar, bilinç öncesi denilen ve bilince daha yakın bir bölgede oluşurlar. Bilinç dışı ise bilincin dışında oluşan ve dikkati zorlamakla bilince çıkarılamayan zihinsel etkinlikleri kapsar ve en derin bölgeden kaynaklanmaktadır (Göksel, 1996,Geçtan,1984, s.:17)

3.6.1.2. Yapısal (Strüktürel) Kuram

1923'de yayınladığı "Ego ve İd" adlı yapıtında Freud yapısal bir kişilik modelini açıklamış ve böylece psikanalitik düşüncede yeni bir dönemi başlatmıştır. Freud'un geliştirdiği yapısal kurama göre kişilik; id, ego ve süperego olmak üzere üç ana sistemden oluşmaktadır. İd kalıtsal olarak gelen, içgüdüleri de kapsayan doğuştan var olan psikolojik gizil güçlerin tümüdür ve kişiliğin temel sistemidir. Haz ilkesine göre işler ve id'in isteklerinin doyurulmasına birincil süreçler adı verilir. Ego, gerçeklik ilkesine göre ve ikincil süreçler aracılığıyla, işleyen, id'in isteklerini denetim altına almaya çalışan ve gerçek dünyayla id arasında aracılık işlemi gören kişilik bölümüdür. Kişiliğin üçüncü ve en son gelişen sistemi süperego'dur. Bu sistem çocuğa ana-baba tarafından aktarılır, ödül ve ceza uygulamalarıyla pekiştirilir, geleneksel değerlerin ve toplumsal ülkülerin temsilcisidir. Süperegonun başlıca işlevleri id'den gelen dürtülüri bastırmak ve ketlemek, egoyu gerçekçi amaçlar yerine törel amaçlara yöneltmeye çalışmak ve kusursuz olmayı amaçlamaktır (Geçtan, 1984, s.:29-31; Cüceloğlu, 1994, s.: 407-408).

3.6.1.3. İçgüdüler Kuramı

Freud'un iç güdü kavramı, fizyolojik gereksinimleri içeren içsel uyaranların psikolojik görünümlü temsilcilerinin anlatımıdır. Tanımın biyolojik ve psikolojik

öğeleri içermesi nedeniyle ortaya çıkan kavram karışıklığını aşmak için günümüzde "içgüdü" yerine "içgüdüsel dürtü" deyimi kullanılmaktadır. İçgüdüler, kişinin kullanabileceği ruhsal enerjinin tümünü oluşturur ve insanda iki temel içgüdü vardır: Yaşam içgüdüsü (eros) ve ölüm içgüdüsü (thanatos). Yaşam içgüdüleri açlık, susuzluk, cinsellik gibi bireyin yaşamını ve insan türünün sürekliliğini sağlama işlevini taşır. Yaşam içgüdüsünü çalıştıran enerji ise libidodur. Yaşamın amacının ölüm olduğunu dile getiren ve ilerleyen hastalığı nedeniyle ötanazi isteyebileceğini öneren dostlarına "ne hakla?" yanıtını veren Freud, her insanda bilincinde olmadığı bir ölüm isteğinin var olduğuna inanmıştı (Göksel, 1996). Freud'un ölüm içgüdüsü varsayımını "tüm yaşayan süreçler, sonunda madensel dünyanın sürekliliğine dönüşürler" ilkesi üzerine kurduğu dile getirilmektedir. Ona göre saldırganlık ölüm içgüdüsünün bir türevidir (Geçtan, 1984, s.: 21).

3.6.1.4. Dinamik Kuram

Bir psikoloji ve aynı zamanda patogenez kuramıdır. Freud başlangıçta ruhsal bozuklukların oluşumuyla ilgili olarak anksiyete olgusuna odaklandığı için "nevrozlar kuramı" olarak adlandırılmıştır (Göksel, 1996). Ego sürekli olarak üç ayrı tehlikeyle karşı karşıyadır; engellemeler ve dış dünyadan gelebilecek saldırılar, idin içgüdüsel ve gerçek dışı istemleri, süperegonun cezalandırması. Freud'a göre anksiyete, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur; fakat nevrotik anksiyetede olduğu gibi gerçek dışı ve mantığa aykırı nitelik alırsa uyum sağlamaya yardımcılık işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kökeni olur. Temelinde bebeklik ve çocukluk yıllarındaki olumsuz yaşantıların yer aldığı nevrotik anksiyeteye karşı organizma savunma düzenekleri geliştirir ki, bunlar alışkanlık niteliği kazanır ve sonraki yaşamda anksiyete yaratan durumlarda yeniden ortaya çıkar. Başlıca savunma düzenekleri bastırma, mantığa büründürme, karşıt tepki geliştirme ve yansıtmadır (Geçtan, 1984, s.: 32-34).

3.6.1.5. Psikoseksüel Gelişim Kuramı

Kişiliğin oluşumunu konu edindiği için "genetik kuram" olarak da bilinir. Freud'un 1905 yılında yayınlanan "Cinsiyet Üzerine Üç Deneme" başlıklı yapıtı, on dokuzuncu yüzyılın tutucu değer yargıları ve özellikle de çocukluğun "masumiyeti" üzerine geliştirilen önyargıları kökünden sarsacak nitelikteydi. Yaşadığı dönemin Mefistosu rolünü üstlenen Freud, çocuk cinselliğinin temel belirleyici olduğu kuramını, "kendi küçük ülkesine" yaptığı yolculuklar ve nevrozlarla ilgili klinik gözlemleri üzerine kurmuş, öne sürdüğü Oidipus karmaşası ve enseste ilişkin görüşler kültür tarihinde bir skandal olarak ortaya çıkmıştı (Teber, 1999).

3.6.2. Psikoseksüel Gelişim Dönemleri

Nevrozların oluşumuyla ilgili çalışmaları sırasında çocuklukta geçirilen cinsel içerikli olumsuz yaşantıların belirleyici rolünü farkeden Freud, klinik deneyimlerinde hastalarının çocukluk öykülerinin ve düşlerinin ortak noktalarını saptamaya yönelmişti. Bu veriler ve daha sonra yapılan gözlemler çocuk cinselliğine ilişkin bir gelişim kuramının temelini oluşturmuştur. Bunların yanısıra kendi çocukluğu ile ilgili verilerin de bu kurama önemli katkıları olmuştur. Analizi sırasında Freud küçük yaşta başından geçen dört olayı hiçbir zaman unutamadığını ve kişiliğinin biçimlenmesinde etkili olduğunu saptamıştı. Tümüyle kendisine yönelik olan anne ilgisini erkek kardeşinin doğumuyla paylaşmak zorunda kaldığı, bu yüzden çok kötü duygular beslediği kardeşinin ölümü üzerine sürekli olarak vicdan azabı çektiği dile getirilmektedir. Cinsiyet Üzerine Üç Deneme adlı yapıtında küçükken annesini çıplak görmesinin kendisini etkilediğini aktarmıştır. Anımsadığı bir başka olay, ana-babasının odasına kasıtlı olarak işediği bir gün, babasının "bu çocuk asla adam olmaz" demesidir. Freud bu olayın hep düşlerine girdiğini ve kendisini bir şeyler başarırken gördüğü sahnelerin buna eşlik ettiğini anlatmaktadır. Çocukluğunda onu etkileyen dördüncü olay ise, Yahudi olduğu için hakarete uğramış olan babasının, hiç tepki göstermeksizin söylenileni yapmış olması ve boyun eğmesidir. Bu olay düşüncesinde var olan güçlü baba imgesinin yıkılmasına yol açmıştır (Britannica, 1998, 9: 153). Kendi psikanalizinden elde ettiği bu bulguların ışığında Freud, çocukluk dönemine ilişkin cinsel yaşantıların nevrozların oluşumunda önemli bir etken olduğu ve normal insanların gelişiminde de benzer yaşantıların etkili

olabileceği sonucuna varmıştı. Ona göre çocuk, yaşamının ilk beş yılında pek çok dinamik değişimlerden geçmektedir ve bu sürenin sonunda oldukça biçimlenen kişiliğin daha sonraki gelişimi, temel yapının işlenmesiyle sınırlıdır. Freud, çocuk cinselliğinin ilk belirtilerinin beslenme, mesane ve barsak denetiminin sağlanması gibi özünde cinsel nitelik taşımayan bedensel işlevlerden kaynaklandığını öne sürmüştür. Buna göre çocukta psikoseksüel gelişim, herbiri önceki dönemde kazanılmış olan davranışları özümseyen ve o dönemin üzerine kurulan beş dönemde tamamlanmaktadır (Geçtan, 1984, s.: 22).

3.6.2.1. Oral Dönem

Yaşamın ilk bir ya da bir buçuk yılını kapsayan bu dönem gelişimin ilk basamağıdır. Bebeğin gereksinimleri, algılamaları ve kendini anlatım yolları ağız bölgesinde odaklanmıştır. Ağız yalnız beslenmeye yarayan bir organ değil aynı zamanda bir duyu ve haz alma organıdır, psikanalitik terimiyle ağız boşluğu erotojen bölgedir. Bebek, çevresini ağzı yardımıyla tanır. Yumuşak ve tatlı nesneleri ağzında tutar, katı ve acı nesneleri çıkarır. Emme dürtüsü bu dönemde çok güçlüdür, uykuya geçişi kolaylaştıran bir haz ve gevşeme sağlar. Bebeğin öteki önemli silahı ağlamadır ve bu iki yetenek dışında tam bağımlı ve çaresizdir. İlk aylardaki yaşam döl yatağındaki durumdan pek farklı değildir, günün büyük bölümü uykuda geçer. Acıkınca ağlar, doyurulunca uykuya dalar. Bebeğin sadece kendi içinden gelen dürtü ve uyaranlara duyarlı olduğu, çevreye değil kendi içine dönük olduğu bu dönem "normal otistik evre" olarak adlandırılır (Yörükoğlu, 1981, s.: 68). Bu evredeki bebek kendi dudaklarıyla anne memesini birbirinden ayırdedemez, anne memesini kendisinin bir parçası olarak algılar, bir başka deyişle açlık duygusu ile bu duyguyu gideren dış nesne arasındaki ilişkiyi farkedemez. Ancak açlığının giderilmediği durumların sayısı arttıkça bu ilişkiyi görmeye ve acıkma duygusuna karşılık veren nesneyi aramaya başlar. Böylece yaklaşık olarak ikinci aydan sonra ve açlık duygusu aracılığıyla dış dünyayla ilişki kurmaya zorlanır, uyanıklık dönemleri de giderek uzamaya başlar (Geçtan, 1984, s.: 23)

Bu dönemdeki bebeğin davranışları haz ilkesinin etkisindedir, gereksinimlerinin hemen doyurulmasını ister. İstekleri karşılanmazsa organizmada gerginlik oluşur ve

bu gerginliği, tek anlatım aracı ve yardım çağrısı olan ağlama ya da tepinmeyle dile getirir. Bebeğin ilk aylardaki tepkisi bütünseldir ve farklılaşmamıştır; örneğin ağladığı zaman tüm bedeniyle ağlar, çişini kaçırır ve terler. Engellenme eşiği düşüktür ve gereksinimlerinin doyurulması için beklemeye katlanamaz. Zaman içinde gereksinimlerinin ergeç ya da düzenli aralıklarla karşılandığını deneyerek gören bebek, beklemeyi öğrenir. Gereksinimlerinin yeterli olarak karşılanması, çağrılarının düzenli olarak yanıtlanması bebekte güven duygusu geliştirir. Daha sonra, çocukluk yıllarında ana-babanın koruması, kollaması ve desteği ile pekişecek olan bu duyguya "temel güven" adı verilir. Bu dönemde annenin rolü çok önemlidir. Yukarıda belirtildiği gibi başlangıçta bebek kendini anne bedeninden ayrı düşünemez, bir başka deyişle bebekte beden imgesi yoktur. Öte yandan anne de bebeği ayrı bir canlı olarak değil, kendisinin bir uzantısı olarak görür, onun gülümseyişi anneye haz verir. Bebeğin oral dönemde anneyle olan ilişkisi önceden varsayıldığı gibi tek yanlı değildir, bir bakıma eşyaşam (simbiyoz) ilişkisi söz konusudur. Üçüncü aya doğru annesini tanımaya başlayan bebek için anne ilk sevgi nesnesi olur, kendinden ayrı bir kişidir ancak, onun için en önemli ve vazgeçilmez varlıktır. Yürümeye başlamasıyla birlikte çocuk, bedeni gibi kendisini de ayrı bir varlık olarak algılamaya başlar. Bireyselleşmenin artışıyla eşyaşam ilişkisi azalır, ancak fiziksel ve ruhsal gereksinimleri için uzun süre annesine bağımlı kalır. Yetişkinlikte ise kişiler annelerine bağımlı olmaktan çıkmışlardır, varolan bağ duygusal bağdır. Bağımlılıktan farklı olan bu duruma bağlılık denilmektedir. Altıncı aydan sonra bebekte olan bir değişiklik, anne-bebek ilişkisi açısından önemlidir. İlk aylarda kucak açan herkese giden bebek, tanımadığı kişilere gitmemeye başlar, yabancılara kuşkuyla bakar, ısrar edilirse annesine sarılıp ağlar. Yabancı korkusu ya da ayrılık bunaltısı denilen bu durum bebeğin anneyi tek güvenilir kişi olarak görmesinden kaynaklanır. Bu durum ikinci ve üçüncü yaşlarda da sürer ve çocuk anneden ayrılmaya uzun süre dayanamaz. Bu nedenle ilk yaşlarda anne ayrılığı, çocuk için en örseleyici olaydır (Yörükoğlu, 1981, s.: 69).

Oral dönemde bebeğin gelişimiyle ilgili olarak varolan dürtülerin iki öğesi bulunur. Bunlardan ilki libidoya yönelik "oral erotizm" öğesidir ve daha önce söz edildiği gibi doğumdan sonraki ilk aylarda egemendir. Oral gerginliğin yarattığı duruma son vermeyi amaçlar. Emzirme ile açlığın giderilmesi oral doyum sağlar ve bebek

rahatlar. İkincisi ise "oral sadizm" ya da "saldırgan öğe" olarak tanımlanır. Özellikle dişlerin çıkmasıyla birlikte oral alıcılık yerini ısırma, çiğneme, tükürme gibi oral saldırganlık tepkilerine bırakır. Psikanatik kurama göre bu iki oral etkinlik türü; yani ağıza alma ve ısırma daha sonra gelişecek olan kişilik özelliklerinin prototipidir. Ağızın dolmasından ötürü duyulan haz, daha sonraları bilgi ya da eşya edinmeden sağlanan doyumla, ısırma ve oral saldırganlık ise tartışma eğilimi ve alaycılıkla ilişkilendirilmektedir (Geçtan, 1984, s.: 22; Geçtan, 1984, s.: 67).

Oral gereksinimlerin yeterince karşılanmaması ya da aşırı biçimde doyurulması normal dışı kişilik özelliklerinin oluşumuna yol açabilir. Abartılmış iyimserlik, özseverlik, arada bir yaşanan ağır karamsarlık, diğer insanlardan çok şey bekleme eğilimi, girişkenlikten yoksunluk, zora gelememe gibi kişilik özellikleri bunlar arasında sayılabilir. Bir yetişkinin kişiliğinde, oral döneme özgü sayılan bu özelliklerin belirgin olduğu durumlarda "oral dönemde saplanma"dan ve "oral kişilik"ten söz edilir. Bu karaktere sahip kişiler aşırı bağımlı, sürekli ilgi bekleyen, alıcı ve temel güven duygusundan yoksun kişilerdir. Kendilerine olan saygıları öteki insanların yargılarına bağlıdır, sıklıkla haset ve kıskançlık duyguları taşırlar. Öte yandan oral dönemin başarıyla tamamlandığı durumlarda kişiler kendilerine ve başkalarına güvenli, paylaşmaya ve dayanışmaya eğilimli olma niteliklerine sahip olurlar (Geçtan, 1984, s.: 23).

3.6.2.2. Anal Dönem

Üçüncü yaşın sonuna kadar süren bu dönemde çocuk, anüs bölgesine giden sinirlerin olgunlaşması nedeniyle dışkının tutulması ya da boşaltılması işlevleri üzerinde denetim kurmayı öğrenir. Psikanalitik deyişle anal bölge, erotojenik bölge olarak oral bölgenin yerini almıştır. Kendisinin bir parçası ve değerli bir nesne olarak algıladığı dışkıyı karıştırmaktan duyulan hazza "anal erotizm," güçlü ve yıkıcı bir silahmışçasına sağa sola bulaştırma ve püskürtme eğilimine ise "anal sadizm" adı verilmektedir. Anüs kasları üzerinde denetim kazanma, bir önceki dönemin edilginliğinden etkinliğe doğal bir geçişle birliktedir. Bu dönemde ortaya çıkan tuvalet eğitimi sırasında çocuk ilk kez "ayıp olan ve olmayanlar", bir başka deyişle yasaklar ve kurallar ile karşılaşır. Dışkıyı tutma ya da boşaltma konusunda anne ile

yaşanan çatışmalar sonucu çocuk, bir yandan bağımlılık duyguları, öte yandan ayrılma, bireyleşme ve bağımsızlaşma isteklerini içeren karşıt duyguları bir arada yaşar. Anneye boyun eğmekle başkaldırmak arasında bocalar. Anne denetiminden bağımsızlaşma eğilimlerinin ilk belirtileri, dışkı denetimiyle ilgili olarak anal dönemde gözlenir. Bunlar dışkıyı denetleyebilme ya da denetimi yitirdiği durumlarda utanç duygusuna kapılmadan yaşama ve özerklik kazanma yolunda ilk deneyimlerdir. Tuvalet eğitimi nedeniyle, çocuktan içeride tutulması haz veren dışkının boşaltılması ya da boşaltmanın verdiği hoşlanmanın ertelenmesi istenir. Bu nedenle anal dönem, çocuğun ne zaman, nasıl ve hangi biçimde bu doyumu sağlayabileceği konusunda anne ile çocuk arasında bir güç gösterisine dönüşür. Anal dönemde sadist eğilimlerin iki öğesinin olduğu dile getirilmektedir. Bunlardan ilki, dışkı ile öfkenin eşanlam taşıması ve dışkının çocuğun kızgınlık duygularını anlatımının başlıca aracı olmasıdır. İkincisi ise, çocuğun anüs kaslarının denetimini kazanmasından kaynaklanan güçlülük duygusudur. Ancak bu güçlülük duygusu, tuvalet eğitiminden kaynaklanan programla engellenme riski taşımaktadır. Dışkıyı tutma konusunda inatçı davranması aşırı biçimde cezalandırılır ya da denetimi yitirmesi ayıplanırsa, çocuk anneyle olan ilişkisinde oral dönemin ilkel davranış örüntülerine gerileyebilir (Geçtan, 1984, s.: 24).

Tuvalet eğitimi için en uygun dönemin 12-15 aylar arası olduğu öne sürülmektedir. Bu eğitim sürecinin başarıyla tamamlanmadığı durumlarda çocukta çeşitli uyum zorlukları gelişmektedir. Anne denetiminin yarattığı yalnızlık duygusunu, dışkıyı içeride tutmanın verdiği doygunluk duygusuyla aşmaya çalışan ya da denetimi yitirdiği zaman aşırı cezalandırılma sonucu dışkı boşaltmaya karşı korku geliştiren çocuklarda ilerideki yaşamında aşırı düzenlilik, inatçılık, katı görüşlülük, cimrilik, dik kafalılık eğilimleri gözlemlenir. En uç örneği obsesif kompulsif nevrozlarda görülen "anal tutucu karakter," kızgınlık duygularını tutma çabasının, bir başka deyişle dışkıyı tutma alışkanlığının duygusal tepkileri ketlemesinden kaynaklanmaktadır. Öte yandan annenin ilgisizliğine karşı duyduğu öfkeyi boşaltma davranışı geliştiren çocuklarda sevgi ve nefret gibi karşıt duyguları birlikte yaşama, dağınıklık, öfkeli davranış, başkaldırma, sado-mazoşist eğilimler ve sürekli otorite karşıtlığı gibi "anal tepkici" karakter özellikleri görülmektedir. Anal dönemde anne-çocuk ilişkisinin uyumlu olduğu durumlarda ise çocuk, özerk birey olarak seçim

yapabilme, bağımsızlığını sürdürebilme, suçluluk duymaksızın girişimde bulunabilme, kararsızlığa düşmeksizin eyleme geçebilme ve eylemlerinin sonuçlarına katlanabilme ve öteki insanlarla özerklik temelinde işbirliği yapabilme yetenekleri kazanmaktadır (Geçtan, 1984, s.: 24-25).

3.6.2.3. Fallik Dönem

Çocukluğun en renkli dönemlerinden biri olarak değerlendirilen bu dönem üçüncü yaşın sonlarına doğru başlar ve yaklaşık olarak beşinci yaşın sonuna dek sürer. Cinsel uyanış ve cinselliğe aşırı ilginin en belirgin özellik olduğu fallik dönemde çocuklar, kendi bedenlerine ve özellikle cinsel organlarına dönük olarak yaşarlar. Cinsel bölgelerin uyarılmasından heyecan duyma, kız ve erkek cinsel organlarının farklılığı üzerinde odaklaşma, cinsellikle ve doğumla ilgili sorular sorma ve araştırma davranışlarını doktorculuk, evcilik gibi oyunlarda sergilerler. Bu dönemde penis, her iki cins çocuk için de önemlidir. Erkek çocuklar kızların neden penislerinin olmadığını anlayamaz. Onları eskiden erkek olan, sünnet sonucu penisini yitirmiş erkek çocuk olarak değerlendirir. Kız çocuk da aynı yanlış yorumu yapar ya da büyüyünce bir penise kavuşacağını düşünür (Yörükoğlu, 1981, s.: 82).

Fallik dönemde erotik ilgi ve dürtülerin cinsel organlara ve işlevlere odaklaştırılmasıyla, çocuğun kendi cinsiyetiyle özdeşleşmesi sağlanır. Önceki dönemlerden getirilen cinsel nitelikli öteki dürtülerin de cinsel organlara yöneltilmesiyle yetişkin cinselliğine temel oluşturacak yapının gelişmesi yönünde adım atılmış olur. Daha önceki gelişim basamaklarında anne ve babasıyla bire bir ve benzer ilişkiler içinde olan çocuk bu dönemde, kendisini anne ve babasıyla birlikte üçlü bir ilişki içinde bulur. Oldukça karmaşık bir nitelik taşıyan bu üçlü ilişkide çocuk için, karşı cinsten ebeveyne dönük, çoğunlukla bilinç-dışı cinsel düşler geliştirme ve bunun sonucu olarak öteki ebeveyn tarafından cezalandırılma korkusu asıl belirleyici olandır. Çocukla ana-baba arasında yoğun sevgi, yarışma ve düşmanlık duygularını ve giderek belirginleşen özdeşimleri de içeren bu ilişkiler Freud tarafından "Oedipus karmaşası" olarak adlandırılmıştır (Geçtan, 1984, s.: 25). Adlandırma Yunan mitolojisinin iki trajik kahramanının yaşam öykülerine dayandırılmıştır. Bunlardan ilki, insanın tüyler ürpertici dramını dile getiren ve bu

nedenle adli tıp ve ruh bilimde olduğu gibi insanla ilgili bütün bilim ve sanat dallarında derin izler bırakmış Thebai kralı Oedipus'un öyküsüdür. Tanrıların lanetine uğradığı için bilmeden babasını öldürüp, annesiyle evlenen, gerçeği öğrenince de gözlerini kör eden Oedipus efsanesi fallik dönemdeki erkek çocukların yaşadığı karmaşa için seçilmiştir (Erhat, 1978, s.: 246-247). İkincisi ise, Sophokles, Aiskhylos ve Euripides'in tragedyalarında ilkeller adına eyleme geçmeyi göze alan, kan davasının simgesi Elektra'nın dramıdır. Babasını aldattığı için annesini affetmeyen ve kardeşi Orestes'le birlikte babasının öcünü almak üzere annesini öldüren Elektra, söylenceye göre eyleminden ötürü herhangi bir pişmanlık duymamıştır. Fallik dönemde kız çocukların yaşadığı oldukça karmaşık ana-baba ilişkisi için Elektra karmaşası terimi de kullanılmaktadır (Erhat, 1978, s.: 108).

Fallik dönemdeki çatışma kız ve erkek çocuklarda farklı yaşanmaktadır. Freud bu farklılığı anatomik yapılardaki farklılığa bağlamıştır. Erkek çocuklarda anneye yönelik cinsel dürtülerin hadımlaştırılma korkusuyla sona ermesine karşılık, kız çocuklarda babaya yönelik beklentiler zaten "hadımlaştırılmış" olduğu için ortaya çıkmaktadır. İkinci farklılık, sevgi nesnesi ilişkileri konusunda gelişir. Erkek çocuklarda, ilk sevgi nesnesi olan anne Oedipal dönemde de yerini korur; oysa kız çocuklarda ilk sevgi nesnesi olan annenin yerini, fallik dönemde baba alır (Geçtan, 1984, s.: 26). Erkek çocukta bu süreç, nesnesi değişmediği için daha az örseleyici yaşanır, kızlarda ise libidonun anneden babaya taşınması nedeniyle fallik dönem daha karmaşıktır ve daha güç bir deneyimdir. Bu farklılığın sonucu ana-kız ilişkilerinin, baba-oğul ilişkilerine göre daha ambivalan olarak bazen tüm yaşam boyu sürmesidir. Her iki cins çocuk için fallik dönem karmaşasının olumlu yönde çözümlenmesini engelleyebilen çeşitli etkenler vardır. Erken cinsel deneyimler, özellikle tecavüze uğrama, cinsel ilişkiye tanıklık , yeni bir kardeşin doğması, ana-baba arasındaki kavgalar bunlar arasında sayılabilir (Tura, 1989, s.: 52).

Erkek çocuk Oedipal dönemin başında anneye aşırı düşkünlük gösterir, ona sevgilisiymiş gibi davranır, anne ile babanın yakınlığını kıskanır, anneyle birlikte yatmak ister, evlenme önerisinde bulunabilir. Çok sevdiği annesini kendine ayırmak, babasının yerini alarak ona tümden sahip olmak ister. Babayı, anneye sahip olmak için ortadan kaldırılması gereken güçlü bir rakip olarak görür. Psikanalitik kurama göre çocuk, anneye karşı beslediği yoğun sevgi ile babaya karşı duyduğu hem sevgi

hem nefret arasında bocalar. Baba bir yandan annesiyle kendisi arasına girdiği için ortadan kaldırılması gereken, öte yandan güçlülüğü nedeniyle hayranlık duyulan bir kişidir. Babasına yönelik saldırgan duygularından dolayı onun tarafından cezalandırılacağından korkar (Yörükoğlu, 1981, s.: 82). Bu korku çoğunlukla babanın kendisini cinsel organından yoksun bırakacağı biçiminde yaşanır. Bir başka deyişle Oedipus çatışmasını başka bir çatışma izler; Freud buna "hadımlaştırılma karmaşası" adını vermiştir. Ona göre bu korku, erkek çocuğun annesine yönelik duygularından daha yoğundur ve cinsel organını yitirme kaygısı anneye ilişkin Oedipal bağlantının giderek azalmasına yol açar. Oedipal karmaşanın sona ermesiyle birlikte çocuk, babasıyla özdeşim sürecine girer. Böylece otorite tarafından cezalandırılma korkuları ortadan kalkar, babayı bir rakip olarak değil, desteği ve dostluğu kazanılacak biri olarak görmeye başlar. Kuşkusuz Oedipal eğilimlerin bilinç-dışına itilmesiyle çatışma çözülmüş olmaz, ancak zamanla bu represyonu sürdürmek için gerekli duygusal enerji yatırımı azalır. Bazı durumlarda erkek çocuğun babasına olan sevgisi, annesine olandan daha baskındır ve araya giren kişi olarak gördüğü annesine karşı olumsuz duygular besler. "Karşıt Oedipus Karmaşası" olarak adlandırılan bu durum, çocuğun gelişimi üzerinde ciddi olumsuz etkiler ortaya çıkarır. Babaya karşı giderilemeyen özlem duygusu ve anneyle özdeşleşme biçiminden yaşanan karşıt oedipus çatışmasının sonucu eşcinsel eğilimler gelişebilir (Geçtan, 1984, s.: 26; Yörükoğlu, 1981, s.: 83).

Fallik döneme ulaşan kız çocuğun, erkeklerin kendisinde olmayan bir organa sahip olduklarını farketmesi onda bir düş kırıklığı ve eksiklik duygusu yaratır. Kendi klitorisi ile erkeklerin penisini karşılaştıran kız çocuğu Freud'un "penise imrenme" olarak adlandırdığı bu durumdan annesini sorumlu tutar. Daha önce tek sevgi nesnesi olan annesine karşı, kendisini penissiz olarak doğurduğu için olumsuz duygular geliştirir. Kendisini babaya beğendirmeye çalışır, babasını kendisinden ayırdığını düşündüğü annesinden nefret eder. Annesinin de kendisi gibi penissiz olduğunu farkedince düşmanlık duyguları yoğunlaşır ve eksiklik duygularını ödünlemek için kendisine bir penis ya da yitirilmiş penisin yerine geçecek bir bebek vereceği umuduyla babaya yönelir. Freud'a göre, kız çocukta Oedipus (ya da Elektra) karmaşasının sona ermesi, babaya yönelik cinsel istekleri ile ilgili beklentilerin gerçeklememesinin yarattığı engellenme ve düş kırıklığına bağlıdır. Babaya yönelik

sevgi, yerini bu sevginin gerçek sahibi olan anneyle özdeşime bırakır. Bu dönemdeki kız çocuğun kaygısı, babasının sevgisini yitirmektir. Fallik dönemin sonlarında annesiyle daha güçlü bir özdeşim yapan kız çocuk, babasına yönelik duygularını ergenlik döneminde uygun bir kişiye yöneltmek üzere geçici bir süre ortadan kaldırır (Geçtan, 1984, s.: 26-27).

Freud süperegonun, Oedipal karmaşanın mirasçısı olduğunu düşünür. Erkek çocuk annesine yönelttiği cinsel isteklerinden vazgeçip babası ile özdeşleşme-kimlik kazanma sürecine girdiğinde süperegonun temelleri atılmış olur. Ensest yasağını kabullenmesiyle süperegosu önemli bir aşamaya ulaşır. Kız çocukta ise Elektra karmaşasının çözümü daha uzun zaman alır ve asla tam olarak gerçekleşmez. Bu nedenle kadın süperegosunun "daha az geliştiği" öne sürülmektedir. Kız çocuğu babasıyla ilgili cinsel isteklerden vazgeçmeye yönelten etken, anne sevgisini kaybetme korkusudur. Görüldüğü gibi fallik dönemdeki karmaşanın çözümü nesne ilişkilerine çok önemli bir boyut katmaktadır. Cinsel istek, yasaklanmış nesneden (kız için baba, erkek için anneden) sapar ve kültürün kabul ettiği metaforlarda anlatımını bulur. Bu özdeşleşme sürecinde kişi kendini öncelikle cinsel kimliği olan biri olarak ortaya koyar. Özdeşleşme-kimlik kazanma süreci yalnızca kültürel bir yasanın (ensest yasasının) kabul edilmesi yoluyla değil aynı zamanda anne-babanın içselleştirilmesi yoluyla da süperegoyu ve ahlak yaşamını temellendirir. Çocuk anne babayı idealize ederek kabul ettiği için, gerçekte onların ideal imgeleriyle yani süper egolarıyla özdeşleşmiştir (Tura, 1989, s.: 55-56).

Freud Oedipal karmaşanın fallik dönem içinde çözümlenmemesinin sonraki yıllarda nevrozlara, cinsel yönelim ve karakter bozukluklarına yol açabileceğini ileri sürmüştür. Örneğin, bir çocuğa uygulanan ilk psikanaliz olan "Küçük Hans" olgusunda fallik dönemdeki fobinin Oedipus karmaşası ile hadımlaştırılma korkusundan kaynaklandığını ortaya koymuştur. Sağlıklı koşullarda yaşanılan fallik dönem çocuğun, kendi cinsiyetini benimsemesine, utanç duygusuna kapılmadan meraklarını giderebilmeyi öğrenmesine, çevresiyle olan ilişkilerine ve iç dünyasına bir düzen getirebilmesine katkıda bulunur (Geçtan, 1984, s.: 27).

3.6.2.4. Gizil (Latent) Dönem

Oedipus karmaşasının sona erdiği 5-6 yaşlarından ergenliğin ilk belirtileri olan 11-13 yaşlarına dek süren gizil dönem, çocuğun aileden çıkıp toplumsal çevreye girdiği ve cinsel dürtülerin durgunlaştığı bir dönemdir. İlkokul yıllarını da kapsayan bu dönemde kız ve erkek çocuklar hemcinsleriyle yakın ilişkiler kurup, oyunlarını bu gruplaşmalar doğrultusunda ayırırlar. Cinsel ve saldırgan enerjilerini çevreyi araştırma, öğrenme ve öteki insanlarla etkin ilişkiler kurmaya yöneltirler. Yaşıt ilişkilerinde arkadaşlık ve yarışmacılık egemendir. Fallik dönemin başlıca konusu olan cinsellik geri plana itilmiştir; çocuk cinsel konularda soru sormaz, daha da ötesi bu alanla ilgili konuşmalara tepki gösterir, ruhsal enerjisinin önemli bir bölümünü cinsel eğilimlerini bilinçdışına itmeye harcar. Süperegonun güçlenmesiyle birlikte katı kuralcı bir anlayış oluşturan çocuk, böylece ebeveyniyle yaptığı özdeşimi ve kendi cinsiyetine ilişkin rolünü geliştirmektedir. Ana-baba dışında öğretmenler de özdeşim yapılan erişkin durumuna gelmiştir. Represyon, bastırılan eğilimlerin güçlü oluşu nedeniyle zaman zaman yetersiz kalabilir ya da zıt tepkiler ortaya çıkabilir. Bu çağdaki çocuklarda kuruntular, saplantılar, büyüsel düşünceler, bir davranışından dolayı bir yakınının ölümüne yol açma gbi korkular sıklıkla görülebilir (Yörükoğlu, 1981, S.: 85).

Bu dönemin başarılı bir biçimde yaşanması ise çocuğun yenilgiye uğradığında aşağılık duygusuna kapılmaktan korkmamasına ve özerk bir birey olarak girişimde bulunmayı öğrenmesine katkıda bulunur. Böylece yetişkin yaşamın özü olan sevgi ve çalışmadan doyum sağlamanın temelleri atılmış olur.

3.6.2.5. Genital Dönem

Bu dönem 11-13 yaşlarından genç yetişkinlik çağına kadar sürer. Bu dönemde çocuğun fizyolojik olgunluğa erişmesi ve hormonal etkinliklerin artmasıyla, cinsel nitelikli olanlar başta olmak üzere çeşitli dürtülerin gücü artar. Bu yoğunlaşma nedeniyle önceki dönemlerdeki çatışmalar yeniden canlanır ve yeni çözümler bulunduğunda yetişkin kimliği kazanılmış olur. Bu dönem ergenin ana babasına olan bağımlılığından koparak, karşı cinsten aile dışı kişilerle olgun ilişkiler kurabilmeyi öğrenmesine yöneliktir; ergenlik çağında özseverci eğilimlerin bir bölümü gerçek

nesnelere yönelmeye başlar. Ancak ergen sadece özseverci amaçlarla değil, özgeci nedenlerle de diğer insanlara yaklaşmaya başlar. Cinsel çekicilik, toplumsallaşma, grup etkinlikleri, meslek planlaması ve yuva kurma isteği bu dönemde belirir. Kendisine dönük özseverci çocuk, gerçeklere yönelik toplumsal yetişkine dönüşür (Geçtan, 1984, s.: 27).

Çocukluktan yetişkinliğe geçişle birlikte ergenin bilinç dışındaki ana-baba kavramlarında değişiklik yapmak zorunluluğu doğar. Bu bir anlamda, bağımsızlık dürtüsüyle birlikte davranışlarının temel dayanaklarının önemli ölçüde değiştirilmesi gereğini içerir. Çocuğun güven duygusu, ana babasının herşeyi bilen insanlar oldukları inancından kaynaklanır. Eğer çocuğun yaşantıları ana-babayı bu kavramlarla birlikte algılamasını engeller nitelikteyse, güvensizlik duyguları ortaya çıkar. Ergenlik çağındaki çocuk, "güçlü ana-baba" imgelerini yıkabilmek için, onların yerine geçecek kişiler arar. Ana-baba, ergenin gözünde bir süre için değerlerini yitirebilir ve ergen yalancı önderlere kolayca kapılabilir. Ergenin otorite etkisinden kurtulabilmesi için yineleyen denemeler yapması ve çocukluktan farklı olarak yetişkin yaşamına uygun değer yargıları geliştirebilmesi gerekir. Ergenin bedeni erkek ya da kadın olarak gelişimini sürdürmekte iken, toplumun kendisinden beklediği erkek ya da kadın rolünü benimsemeye çalışır. Ergenlik dönemindeki bireyi bekleyen sorunlardan biri, meslek seçme zorunluluğudur. Freud'a göre sevebilmek ve çalışabilmek olgunluğun iki ölçütüdür. Ergenin uygun bir meslek seçimi yapabilmesi, olgunlaşmasında önemli bir koşulun sağlanması demektir. Gerçekte ergenlik geçici bir kararsızlık dönemidir. Çeşitli roller ve değerler benimsenir, ancak kısa süre sonra değişir. Bazen yıkıcı ölçülerde bağımsızlık, bazen de bebeksi bir bağımlılık gösteren ergenin, bu dönemi başarıyla geçirememesi durumunda yetişkin kişiliğinde ciddi ve kalıcı sorunlar ortaya çıkabilir. Döneme özgü kimlik bunalımının çözümlenememesi de ergenin toplum içindeki konumuyla ilgili şaşkınlık, umutsuzluk ve bir gruba bağımlı kişilik oluşturma gibi sorunlara yol açabilir (Geçtan, 1984, s.: 28).

3.6.2.6. Psikanalitik Kurama Yöneltilen Eleştiriler

Psikanalitik psikolojinin temelini oluşturan ve günümüzde pek çok klinik psikolog tarafından kullanılan psikanalitik kuram bir çok yönden eleştirilmiştir. Başta Jung ve Adler olmak üzere Freud'un ardılları olarak bilinen tanınmış psikologlar, onun temel kavramlarını ve yaklaşım biçimini kabul etmekle birlikte, bazı öncelikler ve vurgulayış biçimlerinde ondan ayrılmışlardır. Jung, cinsel dürtülerden çok bireyin amaçlarına ulaşma çabasına önem vermiş, içedönük ve dışadönük kişilik, ortak bilinçaltı gibi kavramları ortaya atmıştır. Adler ise üstünlük duygusunun cinsel dürtülerden daha güçlü olarak bireyi etkilediğini öne sürmüştür. Kuramsal açıdan Freud gibi düşünen, ancak bireyin sosyal yönüne daha fazla ağırlık veren ve id'den çok egoyu ön plana alan düşünürler arasında Horney, Sullivan ve Fromm sayılabilir (Cüceloğlu, 1994, s.: 415-416).

Psikanalitik kurama getirilen eleştirilerin öteki temel noktalarından biri, cinselliğe aşırı vurgu yaptığı ve kişilik gelişimini tümüyle cinselliğe dayandırdığı biçimindedir. Pek çok psikolog Freud'un, cinsel konuların sıkı kontrol altında tutulduğu Viktorya döneminde yaşadığını, kuramının ise o döneme bir tepki olduğunu dile getirmektedirler. Onlara göre, akıl hastalıklarının cinsel dürtülerin bastırılmasından kaynaklandığı doğru bir yaklaşım değildir, çünkü doğru olsaydı cinsel tabuların daha az görüldüğü modern toplumda akıl hastalıklarının azalması gerekirdi. Oysa, günümüzde bu tür bir azalmanın varlığından söz edilememektedir. Bir kısım psikologlar, kuramı sadece nörotik kişilerin gözlemine dayalı olması nedeni ile eleştirmekte ve tüm insanları kapsayacak biçimde geçerli olabilmesi için, normal insanlar üzerindeki gözlemlerin de varolması gerektiğini dile getirmektedirler (Cüceloğlu, 1994, s.: 414).

Freud'un psikanalitik kuramı, salt psikoloji ve psikiyatri alanına sınırlanamayacak özellikler taşımaktadır. Bu nedenle, psikoloji dünyasından gelen çeşitli eleştirilerin dışında, örneğin, bilim felsefesi açısından da yoğun tartışmalara yol açmıştır. Bilimle bilim-olmayan arasındaki sınırı çizmenin ayracı olarak "yanlışlanabilirlik" koşulunu öneren Popper'a göre "Freud'un ego, süper-ego, id destanının bilimsel olduğu savı Homeros'un Olympos tanrılarına ilişkin öykülerinin bilimsellik savından daha geçerli değildir" ve kuramın her şeyi açıklayabilme yeteneği de sınanamaz oluşundan

kaynaklanmaktadır. Psikanalitik kuramı metafizik bir masal olarak yorumlayan Popper, metafizik önermelerin anlamlı ve doğru olabileceklerini, ancak sınanamadıkları sürece deneysel tanıtlarının olamayacağını, bu nedenle de bilimsel olamayacaklarını dile getirmektedir (Magee, 1982, s.: 40-44). Popper'e göre analistler bütün klinik olguları kendi kuramları çerçevesinde öyle yorumlarlar ki, sonuçta olgunun kurama uymaması söz konusu olamaz, bir başka deyişle kuramın yapısı yanlışlanmaya kapalıdır, içerdiği çok sayıdaki varsayımlar bütün karşıt olgu olanaklarını ortadan kaldırmaktadır (Tura, 1989, s.: 15).

Bütün bu eleştirilere karşın, Freud'un kuramı insanın doğasının ve bireyin davranışının başka bir açıdan görülmesine ve algılanmasına yol açmış, onun etkisi sadece psikoloji ve psikiyatri çevrelerin de değil, felsefe, antropoloji, sanat ve toplumbilim alanlarında da yankılanmıştır.

3.7. Ahlak Gelişimi

Ahlak gelişimi, sosyalleşme sürecinin bir parçasıdır ve bu yönüyle kültürlerarası ölçme ve karşılaştırmalı araştırmalara konu olmuştur. Ahlak gelişimini inceleyen gelişim psikologları ve sosyal psikologlar, genellikle ya duygusal-güdüsel etkenlere ya da bilişsel etkenlere önem vermektedirler. Bu etkenler, Freud'un ve Piaget'nin sosyalleşme kuramlarında ilk kez pek çok yönleri ile incelenmiş ve sonraki çalışmalara temel oluşturmuştur.

3.7.1. Freud'un Ahlak Gelişimine Yaklaşımı

Freud, ahlak ve kişilik gelişimini duygusal-güdüsel bir süreç olarak ele almıştır. Ona göre ahlak gelişimi id, ego ve süperego ilişkilerindeki denge kavramına bağlıdır. İd'in sürekli doyurulmak isteyen cinsellik ve saldırganlık güdüleri, egoya, bir başka deyişle kişiliğin gerçekçi ve ussal öğesine baskı yapmaktadır. Ego ise bilinçlidir ve id'in isteklerinden toplumca kabul edilenlerin bilinç düzeyine çıkmasına izin vermesine karşın, ötekileri, "bastırma" düzeneğini kullanarak bilinç altında tutmaktadır. Ego'nun hangi isteklerin bilinç düzeyine çıkmasına izin vereceğini, hangilerini bilinç altında tutması gerektiğini belirleyen süperego'dur. Süperego,

çocuğun çevresiyle etkileşimi sonucu gelişir ve toplumsal yasakları içermektedir. "Vicdan" ve çocuğun nasıl bir kişi olmak istediği anlamına gelen "ego-ideali" , süperego kapsamındadır. Freud'a göre, her türlü toplumsal-kültürel örüntü, bireyde bir süperego geliştirmeye yöneliktir. Kültürel yapı, insanların biyolojik kaynaklı dürtülerinden vazgeçmesini isterken, onlara, toplumun sağladığı kültürel yüceltmeler, sanat, bilimsel çalışmalar gibi bazı ödünleyici doyumlar sağlamaktadır. Ancak Freud, bu yüceltmeler yolunun toplumun büyük bir bölümü için kapalı olduğunu dile getirmektedir (Tura,1989, s.: 25). Toplumsal kurallar, süperego aracılığıyla kişiliğin bir parçası durumuna gelmekte ve böylece kişi, onu gözleyenlerin olmadığı durumlarda da, kendi kendisinin gözcüsü olarak toplumsal kurallara uymaktadır. Ego, id'den gelen dürtülerle süperego'nun yasaklamaları arasında sağlıklı bir denge kurabilirse, ahlak gelişimi yeterli ve dengeli olmaktadır. Eğer bu denge kurulamaz ve süperego baskın duruma gelirse, kişide suçluluk duyguları gelişmekte; id ağır basarsa, kişi kontrolsuz kalmakta ve "taşkın" davranışlar gösterebilmektedir (Kağıtçıbaşı, 1988, s.:247-249).

Ahlak gelişimi için en önemli dönem fallik dönemdir. Freud'a göre, Oedipus karmaşası yaşayan çocuğun, kendisini suçlu hissetmesi vicdan gelişiminin temelini oluşturmaktadır. Erkek çocuğun baba, kız çocuğun anne ile özdeşleşmesi ve toplumsal olarak belirlenen cinsiyet rollerini öğrenmeleri bu sürecin sonunda gerçekleşmektedir. Süperego'nun "ahlak koruyuculuğu" işlevi, öncelikle ana- baba otoritesinden kaynaklanmaktadır. Otoritenin, cezalandırma yöntemleriyle sağlanması, çocuk tarafından sevginin geri alınması olarak algılanmakta, bu korku gelecekteki "vicdan korkusunun öncüsü" olmakta ve korkunun egemenliğini sürdürmesi durumunda süperego ve vicdan gelişimi sözkonusu olamamaktadır. Freud süperego'nun, ana- babanın dayatmalarını karakterize eden gücü ele geçirerek, onun, yalnız "halefi" değil, aynı zamanda "meşru" ve "doğal mirasçısı" durumuna geldiğini dile getirmekte; bu bağlamda süperego'nun, ana-babanın sertliği, ciddiliği ve şefkatli kaygıları yanısıra, yasaklayıcı ve baskılayıcı işlevlerini de benimsediğini öne sürmektedir (Freud, 1976, s.: 100-102).

Freud, tıpkı kişilik gelişiminde olduğu gibi ahlak gelişiminde de, ana eksenlerin ilk beş yılda tamamlandığını ve altı yaşından sonra kuramsal açıdan önemli bir gelişimin olmadığını öne sürmüştür. Ancak Erikson, Sullivan ve Havighurst'ün de

içinde bulunduğu bazı araştırmacılar ve kuramcılar, ahlak gelişiminin dar bir biyolojik çerçeveye sınırlandırılamayacağını, toplumsal etkenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini dile getirerek Freud'un bu görüşüne katılmamışlar ve altıncı yaştan sonra da ahlak gelişiminin sürdüğünü savunmuşlardır.

Benzer biçimde, Oedipus karmaşasından gelişen süperego'nun ahlak gelişimini denetlediği görüşü de günümüzde desteklenmemekte ve psikanalitik kuram süperego'dan çok, ego gelişimi ve ego'nun gücü üzerinde durmaktadır. Öte yandan, daha sonra ayrıntılı olarak ele alınacak olan çocuk yetiştirme yollarının ve çocuğa uygulanan ceza türünün, vicdan gelişimi üzerindeki etkileri çeşitli araştırmalara konu olmaktadır. Sears, Maccoby ve Levin; Freud'un vicdan gelişimi hipotezini "ana-babanın ve dolayısıyla toplumun standartlarının çocuk tarafından benimsenerek bir iç-denetim sisteminin geliştirilmesi" olarak tanımlamışlardır. Onların araştırmaları, ana-babanın çocuklarına sevgi göstermelerinin ve aile içindeki sağlıklı ilişkilerin, çocukların ahlak gelişimini olumlu yönde etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Hoffman ve Saltzstein tarafından yapılan çalışmalarda da, çocuklar üzerinde uygulanan fiziksel ceza yöntemlerinin, çocukta yetersiz bir iç-denetim ve zayıf vicdan gelişimine yolaçtığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda güç kullanımının; çocukta yaptığı yanlışı düşünme ve olumsuz sonuçlarını onarma olanağı bırakmadığı, aksine ana-babaya karşı kızgınlık duyguları yarattığı ve ana-babayı suçlamaya neden olduğu, tüm bunların sonucunda zayıf vicdan gelişimini ortaya çıkarmasının yanısıra, çocuğa olumsuz model sağlayarak onun saldırgan eğilimler taşıması ve/veya saldırgan davranışlar göstermesine temel oluşturduğu öne sürülmektedir (Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 250).

Hoffman ve Saltzstein, güç kullanımının dışında, fiziksel olmayan disiplin yöntemlerinden söz etmekte ve bunlardan ilkinin sevgiyi esirgeme, ikincisinin ise kanıt göstererek inandırma olduğunu dile getirmektedirler. Sevginin esirgenmesi, çocuğu umursamamak, onunla konuşmamak ya da artık sevilmediğini belirtmek biçiminde dışa vurulan psikolojik bir cezadır ve bu niteliği ile fiziksel olandan farklı değildir. "Ben öleyim annesiz kal", "başka iyi çocukların babası olurum", "seni cadılara veririm", "yemeğini yemezsen parka götürmem", "yaramazlık yaparsan karanlık odaya kapatırım" gibi, çocukta korku, güvensizlik, tehdit edilme duyguları yaratan cezalandırma yöntemleri bu gruptandır (Atabek, 1994, s.: 121).

Kanıt göstererek inandırmada ise; çocuğun, davranışının başkasında yol açtığı zararı öğrenmesine, kendisini zarar görenin yerine koyarak ve onu anlamasına, bir başka deyişle empati yapabilmesine olanak sağlanmakta, böylece pişmanlık duymasına ve bir vicdan geliştirmesine yardımcı olunmaktadır. Temelinde, çocuğun kendisine vereceği ödül ve cezanın en etkili yol olduğu düşüncesinin yer aldığı bu yöntem, çocuğun bilincinin ve değerlendirme yetisinin gelişimine de olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (Atabek, 1994, s.: 123).

Sonuç olarak denilebilir ki; çocuğun yanlış ya da olumsuz davranışı nedeniyle cezalandırılması değil, empati yapabilmesi ve suçluluk duyması vicdan gelişiminde en önemli etkenler olmaktadır. Kanıt göstererek inandırma yönteminin dayanağı olan empati ise, bilişsel öğeleri içeren bir süreçtir. Bu bağlamda, ahlak gelişimi konusunda bilişsel yaklaşımlar önem kazanmaktadır (Kağıtçıbaşı,1988, s.: 251).

Ahlaki akıl yürütmeye ilişkin bilişsel gelişim kuramları arasında önde gelen ikisi, Piaget ve Kohlberg'in kuramlarıdır. Her iki kuramda da, ahlaki akıl yürütme ve karar verme düzenekleri üzerinde durulmuş, çocukların büyümesi ile ahlaki düşünmenin nasıl değiştiği, bu değişimi hangi etkenlerin etkilediği sorgulanmıştır.

3.7.2. Piaget'nin Kuramı

Piaget'nin başlıca çalışmaları, düşüncedeki gelişimsel değişimlerle ilgili olmakla birlikte, araştırmalarından bazıları çocukların "doğru" ve "yanlış" anlayışlarına ve yargılarına yöneliktir. Oyun oynayan çocukları gözlemleyen Piaget, onların ahlaki düşüncelerini anlamak için; kuralların neler olduğu, nereden geldiği, uyma zorunluluğu olup olmadığı, değiştirilip değiştirilemeyecekleri konusunda sorular sormuş ve değişik yaşlardaki çocuklara, ahlaki yargılar oluşturmalarını istediği öyküler geliştirmiştir. Elde ettiği bulguları yorumlayan Piaget; ahlaki akıl yürütmenin, ilk çocuklukla ergenlik arasında giderek anlamlı bir biçimde değiştiği, değişimlerin düzenli ve kestirilebilir olduğu ve düşüncedeki gelişimsel değişimlerle aşağı yukarı eşzamanlı olduğu sonucuna varmıştır (Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 252).

Piaget'nin ahlak gelişimi kuramı iki evrelidir. Bunlardan ilki, "buyruk ahlakı" ya da "dışa bağımlı devre" olarak adlandırılan "ahlaki gerçekçilik evresi"dir. İkincisi ise

"karşılıklılık ahlakı" biçiminde de tanımlanan "özerk ahlak evresi"dir (Yörükoğlu, 1986, s.: 169-170).

3.7.2.1. Ahlaki Gerçekçilik Evresi

Piaget'ye göre, işlem öncesi dönem çocukları bu evrededir. Kuralların değişmez, durağan ve uyulması zorunlu olduğu inancıyla belirginlik kazanan bu evrede; kuralları çiğnemek, karşı gelmek ya da değiştirmek yanlıştır ve kaçınılmaz olarak ceza ile sonuçlanır. Çocukların gözünde "gökten inmişcesine katı ve tartışılmaz" nitelik taşıyan bu kurallara uymak doğrudur. Çünkü kurallar, "her zaman haklı olan" ana-babalar ya da öğretmenler tarafından konulmuştur. 2-7 yaş arası çocuklar, çoğu kez kuralları tam olarak anlayamazlar; uyduklarını düşünüyor olsalar bile, kurallara uymakta yetersiz kalabilirler ve zaman zaman kural-dışı davranabilirler. Gerçekten bu dönemdeki bir çocuk, annesinin izin vermemesine karşın sokağa çıkabilir; ancak düşerek dizi yaralandığı zaman, bu olayı söz dinlememesinin cezası olarak yorumlayacaktır (Yörükoğlu, 1986, s.: 169).

Bu evredeki çocuklar için, "doğru" ve "yanlış" mutlaktır ve birbirlerini karşılıklı olarak dışlarlar; onlara göre bir şey ya "doğru"dur ya da "yanlış". Buna çoğunlukla "ahlaki mutlaklara inanç" adı verilir. Ahlaki gerçekçilik evresinde bulunan çocuklar, bir eylemi ya da davranışı değerlendirirken niyetleri ve gereksinimleri değil, yalnızca gözlenebilir sonucu ve o sonucun büyüklüğünü göz önünde bulundurabilirler. Örneğin, makasla oynarken kaza sonucu elbisesinde büyükçe bir delik açan bir çocuğu, evde kimsenin olmamasını fırsat bilerek masa örtüsünde küçük bir yanık izi oluşturan öteki çocuktan daha kötü olarak yargılayacaklardır. Ayrıca küçük çocuklar, bir eylemin doğruluk ya da yanlışlığına, o eylemin cezalandırılıp cezalandırılmayacağına göre karar verme ve kimse tarafından görülmemiş bile olsa, yanlış davranışlarının cezalandırılacağına inanma eğilimindedirler (Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 253).

Ancak son yapılan araştırmalar, Piaget'nin açıklamaları konusunda kuşkular uyandırmıştır. Nummendal ve Bass; büyük çocuklarla küçükler arasındaki farkların, niyetleri sonuçlardan daha fazla dikkate alma konusundaki gelişimsel eğilimden çok, çocukların karar verirken iki ya da daha fazla bilgi parçasını dikkate alabilme

yeteneklerine bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Konuyla ilgilenen Surber, Taylor ve Ruderman gibi araştırmacılar da, ilk ve orta çocukluk dönemlerindeki çocukların tepkileri üzerinde, benzer yöntembilimsel etkiler gözlemişlerdir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 331).

3.7.2.2. Özerk Ahlak Evresi

Piaget'ye göre, somut işlem döneminin sonuna doğru çocuklar, ikinci evre olan özerk ahlak evresine geçerler. Okul çağında bulunan çocuklarda, henüz yerine oturmamış olsa da bir iç-denetim düzeneği oluşmuştur. Örneğin, yanlış olduğunu bilerek kimi zaman kuralların dışına çıkar ya da görülmediği sürece onaylanmayacak davranışlarda bulunmakta sakınca görmez. Ancak, yine de yakalanma korkusu taşımaktadır. Vicdan gelişimi ile birlikte çocuk giderek, ana-babanın yokluğunda da içten gelen bu dizginleyici sese kulak vermeye başlar. Okulda öğretmenin koyduğu kurallar da, bir süre çocuğun davranışlarına egemen olur. Çocuk, ana-baba ve öğretmen gibi sevdiği kişilerden ödünç aldığı bu yargılama yeteneğini süreç içinde pekiştirir. Başlangıçta dışarıdan gelen ve biçimsel olarak uyulan kurallar, giderek özümsenmeye başlanır. Çocuklar bu evrede ahlakı mutlak terimlerle görmezler, bir eylemin doğru ya da yanlış olduğuna karar verirken, durumsal ve içsel kişisel etkenleri göz önünde bulundururlar. Kuralların anlaşmaya dayandığını, dolayısıyla değişmez olmadığını öğrenirler. İkinci evredeki çocuklar, cezanın kaçınılmaz olmadığına, ancak adil ve suça uygun olması gerektiğine inanırlar. Özerk ahlak döneminde olan çocuklar, abartılmış bir hak ve adalet duygusu taşıyabilirler. Ben merkezlilikleri azaldıkça, ötekilerin haklarının giderek daha fazla farkına varmaya başlarlar. Örneğin, suç ve ceza anlayışının yaşlara ve toplumsal düzeye göre değişimini gösteren bir araştırmada, "arkadaşının oyuncağını bilerek kıran bir çocuğa ne ceza verilmeli?" sorusuna, 6-11 yaş grubundaki yoksul çocukların büyük çoğunluğu "dayak atılmalı!" yanıtını vermiş iken, varlıklı aile çocukları "yeni bir oyuncak alıp versin ya da ödesin" biçiminde yanıtlamışlardır (Yörükoğlu, 1986, s.: 169; Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 253).

3.7.3. Kohlberg'in Kuramı

Kohlberg'in ahlak gelişimi üzerindeki çalışmaları, Piaget'nin çalışmalarından büyük ölçüde etkilenmekle birlikte, onu aşmaktadır. Kohlberg, değişik yaşlardaki çocuklara kısa öyküler biçiminde sunduğu bir dizi varsayımsal ikilem geliştirmiş, onlardan her ikilemde bir eylemin ahlaksallığını değerlendirmelerini istemiştir. Topladığı verilerin altında yatan ahlaki akıl yürütmenin gelişimine göre altı evreli bir kuram öneren Kohlberg, böylece Piaget'nin bu alandaki kuramını genişletmiştir (Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 254).

Kohlberg'in kuramına göre, ahlaki akıl yürütmenin gelişiminde gelenek öncesi, geleneksel ve gelenek sonrası olmak üzere üç genel "düzey" bulunmakta ve bu düzeylerin her biri iki "evre"den oluşmaktadır. Dokuz yaşından küçük çocukların çoğu, bir çok ergen ve yetişkin suçlular, gelenek öncesi düzeydedir. Ergenlerin ve yetişkinlerin çoğu, geleneksel düzeydedir. Gelenek sonrası düzeye genellikle 20 yaşından sonra ve yalnızca küçük bir erişkin grubu ulaşabilmektedir. Bilişsel yetenekler, toplumsal algı yetenekleri ve ahlaki akıl yürütme arasında sıkı bir ilişki vardır. Düşünceleri somut işlem evresinde olan ilkokul çocukları, 1. ve 2. ahlak evreleriyle sınırlıdır. Eğer bu çocuklar, somut işlem düşüncesinin sonu ve soyut işlemlerin başında ise, 3 ve 4. evrelerde yer alırlar. Kohlberg, bilişsel yeteneklerin ahlak gelişimi için gerekli olmakla birlikte, yeterli olmadığını dile getirmektedir. Ona göre, ahlaki akıl yürütmenin yüksek bir düzeyine ulaştıktan sonra son adım, düşünce ve eylemin tutarlılığıdır. Ahlaklılığın yüksek bir düzeyinde akıl yürütme yeteneği, ahlaklı davranmanın ön koşuludur, ancak güvencesi değildir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 266).

Adı geçen düzeyler ve evrelerin özellikleri belirgin olmakla birlikte, çocukta ahlak gelişimi derece derece ilerler ve ahlaki akıl yürütme hiçbir zaman bütünüyle bir evrenin özelliğini taşımaz. Düşüncenin bir bölümü önceki evreleri, bir bölümü de daha sonraki evreyi yansıtır. Bir başka deyişle, evreler arasında keskin sınırlar yoktur ve geçişlilik söz konusudur. Kohlberg, her evrenin bir öncekinden daha iyi bir bilişsel örgütlenmeyi gösterdiğini; yalnızca önceki evrelerin kazanımlarını içermekle kalmadığını, yeni ayrımlar yaparak ve yeni etkenleri değerlendirerek onları daha kapsamlı biçimde yeniden örgütlediğini öne sürmektedir.

Kohlberg'e göre, çocuklar ahlaki ve toplumsal kavramları geliştikçe, günlük yaşamda önceden farkında olmadıkları pek çok sorunun farkına varmaya başlamaktadırlar. Yeni çatışmaların ortaya çıkması ve var olan akıl yürütme biçimlerinin yetmemesi, onları yeni çözüm yolları aramaya itmektedir. Böylece ahlaki akıl yürütme giderek daha fazla gelişmektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 354).

Kohlberg, ahlaki akıl yürütme gelişimini kolaylaştıran üç tümevarım yöntemi tanımlamaktadır. Bunlardan ilki, "rol alma" fırsatıdır. Genel olarak bireyin, içinde bulunduğu toplumsal gruba katılımı ölçüsünde rol alma olanakları doğmaktadır. Buradaki rol alma, kişinin bilinçli olarak kendisini bir başkasının yerine koymasına, bir başka deyişle empati yapmasına temel oluşturabilecektir. Ancak rol alma yeteneği, tek başına ahlaki düşüncede gelişmeyi güvence altına almamaktadır; kişi başkalarını anlamayı sadece özgeci amaçlar için değil, bencil amaçlar için de kullanabilir.

İkinci olarak Kohlberg, çocuğun çevresinin "ahlaki atmosferi"nin önemli olduğunu belirtmektedir. Örneğin, genellikle yetimhaneler ve tutukevleri çocuklara daha yüksek bir gelişim düzeyinde öğrenebilecekleri ya da gözlemleyebilecekleri bir çevre sağlayamamaktadır; çünkü bu kurumların kendileri genellikle 1. ya da 2. evrede işlev görebilirler. Bu bağlamda çocuğun evinin, okulunun, sınıfının hangi ahlaki gelişim evresinde olduğu sorusu anlamlıdır.

Son olarak Kohlberg, çocukların ahlaki akıl yürütmelerinde çelişkilere yol açan durumlarla karşılaşmalarının, bir başka deyişle "bilişsel-ahlaki çatışma deneyimi"nin, ahlaki akıl yürütme yeteneğinde gelişmeye yol açabileceğini vurgulamaktadır. Örneğin, değerler ve ahlaki sorunlar üzerinde konuşan ana-babaların çocuklarının, okullardaki ahlaki tartışma programlarında daha başarılı oldukları görülmüştür (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 341).

3.7.3.1. Gelenek Öncesi Düzey

İlk çocukluk dönemindeki çocukların özellikleri bu düzeye uygundur. Gelenek öncesi düzeyin 1. evresi, "bağımlı ahlak evresi" olarak tanımlanmaktadır. Bu evrede doğru olan davranışlar; buyruklara uyma, kişi ve eşyaya fiziksel zarar vermekten ve cezası belirlenmiş kuralları çiğnemekten kaçınmadır. "İyi" ve "kötü", erişkinlerin

bunu nasıl göreceğine, otoritenin bakış açısına ve olumsuz sonuçlardan kaçınmaya bağlıdır. Çocuklar, bir eylemin ardındaki güdüyü düşünemez ve eylem üzerinde odaklanamazlar. Ben merkezli ve ötekilerin çıkarlarını göz önünde bulundurmayan bir düşünceye sahip olduklarından, iki farklı bakış açısını ilişkilendiremezler. Otoritenin gücünün üstünlüğüne olan inanç ve otoritenin bakış açısıyla kendisininkini karıştırma söz konusudur (Cüceloğlu, 1994, s.: 353).

2. evrede bireycilik, araçsal amaç ve değiş tokuş ya da karşılıklılık özellikleriyle belirlenen bir ahlak anlayışı varolduğundan bu evre, Kohlberg tarafından "pazar yeri ahlakı" olarak tanımlanmıştır. Bu evredeki çocuklar için, çıkarlarına uyduğu sürece kurallara uymak, kendi çıkar ve gereksinimlerini karşılamak için eylemde bulunmak ve başkalarının bu şekilde davranmalarına izin vermek doğru olandır. Doğru olan, aynı zamanda adil olandır ve eşitliğe dayalı bir değiş tokuş anlayışı üzerinde bir anlaşma söz konusudur. Örneğin, küçük bir çocuk dini şöyle yorumlayabilmektedir: "Tanrıya iyi davran, o da sana karşı iyi olacaktır." Bu evredeki ahlaki akıl yürütmede, somut bireyselci bakış açısı egemen olduğundan, herkesin kollamak durumunda kaldığı çıkarlarının var olduğu, bunların çatıştığı, dolayısıyla doğrunun göreli olduğu yargısına ulaşılır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 267).

3.7.3.2. Geleneksel Düzey

Kohlberg'e göre, somut işlem düşüncesini başarabilen 10-13 yaşlarındaki çocuklar, ahlaki akıl yürütmenin geleneksel düzeyine ulaşabilirler. 3. ve 4. evreleri kapsayan geleneksel düzeyde çocuklar, başkalarının standartlarını göz önünde bulundurmaya ve içselleştirmeye başlamışlardır. Hem özdeşleştikleri bireylerin, hem de toplumsal düzenin beklentilerine uyma isteği taşırlar. 3. evrede tipik olarak, karşılıklı kişiler arası beklentilerin, ilişkilerin ve uyumun gerçekleştirilmesine yönelik eğilimler taşıyan bir ahlak anlayışı egemendir. Doğru davranışın nedenleri; kişinin kendisi ve başkalarının gözünde "iyi kişi" olma gereksinimi ile, kalıp yargısal "iyi davranış"ı destekleyen kuralları ve otoriteyi sürdürme isteğidir. Kişi için iyi olma önemlidir; iyi güdülere sahip olma, başkaları için kaygı duyduğunu gösterme, güven, bağlılık, saygı gibi karşılıklı ilişkileri sürdürme değerlerini önemseme anlamına gelir. Bireysel çıkarlardan çok, paylaşımcı duygular önem kazanmıştır. "Role uyma" devresi olarak

da adlandırılan bu evrede çocuklar "iyi oğlan", "cici kız" rolleriyle, "ideal" kabul edilen davranışlara uymaya çalışırlar; yetişkinlerin ve yaşıtlarının onayını almak isterler. Davranışları ahlak açısından değerlendirme etkinliği sırasında, niyetler göz önünde bulundurulmaya başlanır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 334).

4. evre ahlak anlayışında temel olan, otoriteye uymak ve varolan toplumsal sistemi koruyup sürdürmektir. Bu anlayışa göre, yasalar toplumu oluşturan bireylerin iyiliği ve birlikte yaşaması için yapılmıştır; bu nedenle saygı gösterilmelidir. Yasaya uygun davranış, aynı zamanda ahlaksal açıdan doğru davranıştır. Görevleri ve kuralları tanımlayan toplumsal sistemin bakış açısı benimsenmiştir. Bireysel ilişkiler, bu sistem içindeki yeri doğrultusunda ele alınmaktadır. Belirlenen görevi yerine getirmek ve toplumsal düzeni korumayı "gözü kapalı" kabul etmek bu evrenin özelliğidir (Cüceloğlu, 1994, s.: 354; Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 255).

Ergenlerin çoğunluğunun bu evrede olduğunu öne süren Kohlberg, ergenlikle birlikte kişinin cinsel davranış, alkol kullanımı, hırsızlık gibi eylemlerle ilgili olarak giderek artan bir takım ahlaki ikilemlerle karşı karşıya geldiğini savunmaktadır. Bireyin istekleri ya da gereksinimleri ile toplumun kuralları arasındaki çatışmayı içeren bir dizi öyküye verilen yanıtlardan yola çıkan Kohlberg, ergenlerin kendilerinin ve başkalarının davranışını görme biçimlerinde bazı değişiklikler olduğu sonucuna varmıştır.

3.7.3.3. Gelenek Sonrası Düzey (İlkeli Düzey)

Kohlberg'e göre bu düzey, ergenlerin bir kısmında ve erişkinlerde görülen ahlak anlayışıdır. Temelinde toplumsal sözleşme ya da yararlılıkla birlikte bireysel hakların yer aldığı 5. evre, topluma öncelik veren bir bakış açısını yansıtır. "Toplumsal değerler" öncelikli bu bakış açısı anlaşma, sözleşme, nesnel yansızlık ve süreçlere ilişkin resmi düzeneklerle bütünleştirilir. Ahlaksal ve yasal bakış açıları göz önünde bulundurulur ve zaman zaman bunların çatışabileceği kabul edilir. Bu ahlak düzeyindeki bireyler, insanların farklı değerlere ve kanılara sahip olduğunun, değerlerin ve kuralların çoğunun görelilik taşıdığının farkındadır. Ancak, kişi toplumsal sözleşme ile bütünlük sağlayan göreli kurallara uymayı doğru bulur. "Yaşama hakkı" ve "özgürlük" gibi göreli olmayan değerler ise, çoğunluk görüşü ne

olursa olsun her toplumda savunulmalıdır. Yasaya ve toplumsal sözleşmeye karşı yükümlülük duygusunun temelinde, bütün insanların haklarının korunması ve herkesin esenliğinin sağlanması düşüncesi yer almaktadır. Çünkü yasalar ve bunların emrettiği görevler, akılcı bir genel yararlılık amacını taşımaktadır. İlkeli ahlak düzeyinin 5. evresi "en büyük iyi, en fazla kişi için" ilkesinde anlatımını bulmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 434).

6. evre, "evrensel ahlak ilkeleri " olarak bilinen eşitlik, adalet, insan onuruna saygı temelinde oluşmuştur. Kişi, seçtiği ilkeleri izler ve yaşama geçirmek için çaba gösterir. Ona göre, toplumsal anlaşmalar bu ilkelere dayandıkları sürece geçerlidir. Ancak yasalar bu ilkeleri çiğnediği zaman kişi, yasaya değil, ilkeye göre davranır. Bu anlayış, akılcı bireyler olarak evrensel ahlak ilkelerinin geçerli olduğu kanısı ve /veya inancı ile onlara kişisel bağlılık duygusundan kaynaklanmaktadır. Sözü edilen bakış açısı özünde, kişilerin sonlu olduğu, ancak ahlakın doğası gereği her zaman varolacağı ve varlığını akıl aracılığıyla sürdüreceği düşüncesini içermektedir (Cüceloğlu, 1994, s.: 354).

Kohlberg'in ahlak gelişimi evrelerine ilişkin kuramı, çeşitli araştırma sonuçlarıyla desteklenmiştir. Örneğin, Krebs'in 6.sınıf öğrencilerinin kopya çekme davranışı ile ilgili bir gözleminde, ilkeli ahlak düzeyine ulaşmış olan 5 çocuktan sadece birisinin (%20) kopya çekmesine karşılık, geleneksel düzeydeki 63 çocuğun %67'sinin ve gelenek öncesi düzeydeki 55 çocuğun %83'ünün kopya çektiği saptanmıştır.

Araştırmacılar, akıl yürütmedeki gelişimsel değişimler konusunda farklı kültürlerden de veriler toplamışlardır. Kohlberg, Amerika Birleşik Devletleri, Çin, ve Meksika'da orta sosyo-ekonomik düzeyde, kentsel bölgede, 10, 13 ve 16 yaşlarındaki erkek çocukların ahlak evreleri ile Türkiye ve Meksika'da kırsal bölgedeki aynı yaşlarda bulunan erkek çocukların ahlak evreleri konusunda çalışmalar yapmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, her ülkede 10 yaşındaki çocukların ahlak evreleri, evrelerin olgunluk sırasıyla uyumludur. Kentsel gruplarda 13 yaşında bulunan çocukların en büyük bölümü 3. evrededir ve bu bulgu iyi bir gelişimi göstermektedir. 5. evrenin yalnız Amerikalı çocuklar arasında yaygın olması, bu evrenin Amerikan Anayasasının "resmi" ahlakını temsil etmesine bağlanmıştır. Çinli ve Meksikalı çocukların ahlaki gelişimleri, Amerikalı çocukların gelişim durumuna koşut olmakla

birlikte, daha yavaştır. Kırsal yöredeki çocukların ahlak evrelerinin gelişiminde ise benzerlikler gözlemlenmiştir. Geleneksel düzeyde artış olmakla birlikte, 10 yaşındaki sıralamanın 16 yaşta da fazla değişmediği, gelenek öncesi düzeyin yaygın olduğu ve 5 ile 6. evrelerin ortaya çıkmadığı görülmüştür. Benzer biçimde, Obermeyer'in 11- 20 yaşlar arasındaki Amerikalı ve Lübnanlı deneklerle yaptığı çalışmada Kohlberg'in bulgularını destekleyen sonuçlar elde edilmiş; 16 yaşında 3. evrenin, 20 yaşında ise 4. evrenin en yaygın olduğu saptanmıştır (Kağıtçıbaşı, 1988, s.: 258- 260). Kohlberg, bu verilere dayanarak evrelerin evrensel olduğu sonucuna varmıştır. Ona göre gelenek öncesi ve geleneksel düzeylerde ahlak değerleri, kültürler arasında farklılık göstermektedir. Buna karşılık, gelenek sonrası düzeyde farklı kültürlerden bireyler, ahlak değerleri ile ilgili olarak benzer görüşleri taşıyor görünmektedirler (Cüceloğlu, 1994, s.: 354).

3.7.4. Toplumsal Öğrenme Kuramı

Toplumsal öğrenme kuramcıları, çocukların ahlaki davranışlarını etkileyen faktörlerin ve modellerin, ana-baba tarafından belirlenmiş kuralların ve cezaların varlığının ya da yokluğunun, kuralların ve cezaların nedenlerinin, otorite figürlerinin etkilerinin üzerinde yoğunlaşmışlardır. Bir başka deyişle onlar, ahlaki ve ahlak- dışı davranışı etkileyen model alma, pekiştirme, ceza ve izin vericilik gibi toplumsal etkenlerle ilgilenmişler, insanların farklı koşullar altında farklı davrandıklarını ve eylemlerinin duruma bağlı olarak bir evreyi ya da ötekini yansıtabileceğini öne sürerek Kohlberg'in kuramını eleştirmişlerdir (Gander ve Gardiner, 1995, s.:332).

Toplumsal öğrenme bakış açısıyla yürütülmüş pek çok araştırma vardır. Cezanın yasaklanmış davranışı ketlemedeki etkisiyle ilgili olarak çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar göstermiştir ki; cezayı uygulayanın özellikleri, çocuklara yakınlıkları, cezanın sıklığı, bağlamı ve tutarlılığı gibi etkenlerle birlikte, cezanın çabuk ve acı verici olması önemli faktörlerdir. Araştırmalara göre, yumuşak- gecikmiş ceza ile çocuklara yasaklanmış davranışı neden yapmamaları gerektiğinin anlatılması eşit derecede etkili olmaktadır.

Yasak için neden gösterme, "bilişsel yapılandırma" olarak adlandırılmaktadır. Bilişsel yapılandırma çocukların uygun davranışı, uygun olmayandan ayırt

etmelerinde yardımcı olmaktadır. Çünkü ceza, çocuklarda genellenmiş ketlenmeye yol açmakta ve çocuklar cezalandırıldıkları davranışın yanı sıra, öteki yanlış davranışlardan da kaçınmaya başlamaktadırlar. Bilişsel yapılandırmaya eşlik eden yumuşak-gecikmiş cezanın etkili olduğunu gören araştırmacılar, acı veren cezanın çocukların dikkatini çekmeye, neden göstermenin ise davranış üzerinde içsel denetim kurmaya yardım ettiğini varsaymaktadırlar. Örneğin, Parke bilişsel yapılandırmanın, gecikmiş ceza ile davranış arasında bir köprü olduğunu öne sürmektedir (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 336).

Öte yandan bazı araştırmalar, şiddetli ve erken cezanın düşünceyi alt üst edici duygusal etkisinden dolayı, beklendiği kadar etkili olmadığını göstermektedir. Cheyne, tek başına bilişsel yapılandırmanın şiddetli-erken ceza kadar etkili olduğunu, ancak cezanın daha çok duygusal tepkiye yol açtığını öne sürmüştür. Bu bulgu, araştırmacıları bu iki koşulda iki farklı denetim kaynağının bulunduğu düşüncesine götürmüştür; heyecansal denetim ve bilişsel denetim. Dışsal sonuçlardan çok, içsel bir akıl yürütmeye dayandığı için bilişsel denetim, uzun dönemde daha etkili ve istenilir olandır. Bilişsel yaklaşım; çocukları, davranışları üzerinde düşünmeye, tutumlarının ya da davranışlarının haklı olup olmadığını değerlendirmeye, doğru ve yanlışın ne olduğuna kendi kendilerine karar vermeye özendirir. Bu yaklaşımın en önemli yönü, çocukların zihinsel gelişim düzeylerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Bilişsel yaklaşım, neden belirli davranışların yararlı ya da zararlı, ahlaki ya da ahlak dışı olduğunu, bu davranışların iyi ya da kötü yönlerini, seçenekleri ve sonuçları tartışmayı içerir. Böylece, çocukların akıl yürütme yetenekleri ölçüsünde karar verme sürecine katılmaları, onların ahlak gelişimine katkıda bulunmaktadır (Gander ve Gardiner, 1995, s.:337).

Bir grup yazar ve araştırmacı, ahlaki düşüncenin gelişimi için bilişsel yapılandırmanın dışında, "bilişsel disiplin teknikleri" önermişlerdir. Bunlardan Hoffman'ın tümevarım teknikleri, ana-babalar tarafından kullanılan ve çocuklarının neden bazı davranışların doğru, ötekilerin yanlış olduğunu anlamalarına yardımcı olan yöntemleri içermektedir. Mussen ve Eisenberg-Berg, , tümevarım kullanan ana-babaların, çocuklarının yaptıklarının toplumsal sonuçlarını anlamalarına ve başkalarının iyiliğini düşünme konusunda onlara model olarak, çocuklarının empati yeteneğini güçlendirmelerine yardımcı olduklarını göstermektedirler. Onlara göre,

tümevarım teknikleri kullanılarak rehberlik edilen çocuklar arkadaşlarına ilgi gösteren, başkalarının gereksinimlerine duyarlı, yaşıtlarına yardımcı, cömert, paylaşmaya gönüllü bireyler olarak bilinmektedirler (Gander ve Gardiner, 1995, s.: 340).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

4. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALAR VE ÇOCUK SAĞLIĞININ TOPLUMSAL BOYUTLARI

Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmaların etik açısından değerlendirilebilmesi için öncelikle, konunun bilimsel açıdan ele alınması ve ilgili temel kavramların açıklanması gerekmektedir. Öte yandan, çocuk sağlığını farklı düzeylerde etkileyen ve hatta kimi zaman belirleyici olan ve yalnızca tıbbi paradigma içinde değerlendirilemeyecek olan toplumsal etkenler, konuya ilişkin etik yorumlama sürecini de etkilemektedir. Bu bağlamda tez çalışmasının bu bölümünde, araştırmaya ilişkin genel özellikler, çocuklar üzerinde yürütülmekte olan tıbbi araştırmaların uygulama alanı ve amaçları açısından sınıflandırılması, genel anlamda çocuk hakları, bu hakların temel dayanakları ve tarihsel-toplumsal dinamikleri, çocukların sağlık hakkı, hasta çocukların hakları ve farklı yönleriyle çocuk istismarı konuları ele alınmıştır.

4.1. Araştırmaya İlişkin Genel Kavramlar

Çocukların yer aldığı araştırmaların bilimsel boyutu, bütün araştırmalarda olduğu gibi araştırmayla ilgili kavramların tanımlanmasını gerekli kılmaktadır. Bunlar arasında "araştırma projesi", "araştırma girişimi", "araştırma prosedürü", "terapi", "kontrol çalışması", "denenmemiş tedavi" kavramları sayılabilir.

"Araştırma projesi", genelleştirilebilir bilgiye katkıda bulunmak üzere planlanmış sistematik araştırmadır. Planlama ve uygulamada sistematik olması ve elde edilen bütün bilgilerin dürüst ve doğru kaydedilmesi gereği üzerinde durulması önemlidir. Örneğin, yeni bir tedavide spekülatif ve gelişigüzel girişimlerin varlığı söz konusuysa, bir araştırma projesi olarak nitelendirilemez.

"Araştırma girişimi", bir araştırma projesinin yürütülmesi sırasında, araştırma konusunda spesifik bir işlemin yerine getirilmesidir. Bu bağlamda kan örneği alınması, karaciğer fonksiyonlarının ölçülmesi, deneklerin diyetinin düzenlenmesi ya da deneklere bir maddenin verilmesi yanı sıra, konu hakkında yeniden düşünülmesi de araştırma girişimi kapsamında değerlendirilmelidir. Girişim invaziv ya da non-invaziv olabilir. Aslında, deneğin bedenine yönelik olarak herhangi bir "girme" eylemini içeren her aktivitenin invaziv olduğu söylenebilir. Örneğin, idrar

biriktirmek amacıyla, mesanenin normal olarak boşalmasından sonra kesenin bağlanması, bebekte bazı sıkıntılara neden olsa da, non-invaziv bir girişimdir. Oysa aynı amaçla, bir iğne aracılığıyla abdominal duvarın delinerek mesaneden idrar alınması (suprapubik aspirasyon) invaziv bir girişim olarak nitelendirilmektedir. İnvaziv ve non-invaziv arasındaki sınır durumlar, tanımlama güçlüklerine yol açabilmektedir. Deri üzerinde gelişen bir lezyondan bakteri örneği almak non-invaziv bir girişim olmakla birlikte, aynı amaçla tonsiller üzerinden deri ya da zar örneği almak invaziv girişim olarak kabul edilmektedir.

Bazı araştırma projeleri ise hiçbir girişimi içermezler, yalnızca gözleme dayanırlar. "Gözlem" doğada ortaya çıkan görüngülerin nedenleri ve etkileri ya da karşılıklı ilişkilerini öğrenmek amacıyla doğrudan gözetleme yapmak ve göstermektir. Tıbbi araştırmada deneğin deri rengi ya da pupillerinin büyüklüğü doğrudan gözlem için iyi bir örnektir. Oysa el bileğinden nabız alınması, gözlemden çok girişim olarak nitelendirilmektedir. Tam gözlemin en sık örnekleri, psikoloji araştırmalarında deneğin davranışlarının gözlemlenmesinde ortaya çıkmaktadır (Nicholson, 1986, s.: 25).

Bir araştırma projesinde uygulanması gereken yol ve yöntemlerin tümü "araştırma prosedürü" olarak tanımlanmaktadır. Araştırma prosedürü yalnızca gözlem ya da yalnızca girişime dayalı olabileceği gibi, ikisinin bileşiminden de oluşabilir.

"Terapi" kavramı "hastalığın tıbbi olarak sağaltımı" ya da "iyileştirici tıbbi tedavi" biçiminde tanımlanmaktadır. Bu noktada, hekimin hastasının bakımıyla ilgili görevinin, bütün öğeleriyle terapi olduğunun göz önünde bulundurulması gereklidir. Hekimin iyileştirme görevi, tedaviye başlamadan önce tanıya ulaşmayı da içeren bir süreçtir ki; öykü alma, ön tanı, gözlem, çeşitli araştırmalar, tanıya varma ve prognozu değerlendirme gibi tıbbi sürecin tümünü kapsamaktadır. Bu bağlamda Helsinki Bildirgesi'nde yer alan "yaşamı kurtarıcı, sağlığı düzeltici ya da acıyı azaltıcı" biçimindeki "tedavi" tanımı, sınırlarının çok geniş olması nedeniyle bazı sakıncalara yol açabilmektedir (Nicholson, 1986, s.: 26).

Araştırma çerçevesinde, karşılaştırma amacıyla deneklerin kullanıldığı uygulamalar ise, "kontrol çalışmaları" olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, yeni bir ilaç denemesinde rastgele (randomize) yöntemle seçilen deneklere ilaç ya da plasebo

olarak etkisiz madde verilir. Kontrol grubundaki denekler plasebo etkisiyle patolojik, çevresel ve psikolojik bakımdan aynı belirtileri gösterdiğinden, denenen ilacın etkisi ayırt edilebilir. İlaçla ilişkilendirilen özgül etkilerin nesnel olarak değerlendirilebilmesi için, ne denek ne de araştırmacı plasebonun mu, yoksa ilacın mı alındığını bilmemelidir.

Kontrol çalışmaları, anatomik, biyokimyasal, fizyolojik, psikolojik bakımdan normal bir çocukla, herhangi bir hastalığı olan çocuğun karşılaştırılmasında da uygulanmaktadır.

Kontrollü çalışmanın bir başka türü, ilaç rejimlerinin karşılaştırılmasıdır. Örneğin, akut lenfoblastik lösemi tedavisinde kontrol grubu çocuklara sitotoksik ilaç kombinasyonu ya da selektif radyoterapi verilirken, denek çocuklara iyileşme sağlaması beklenen yeni bir ilaç rejimi verilir (Nicholson, 1986, s.: 32).

"Yeni-denenmemiş tedavi" (Innovative therapy) ise, terapötik aktivitenin bir parçası ya da bütününde yeni ya da standart olmayan girişimlerin uygulanmasıdır. Bu nedenle, formel bir araştırma projesinin parçası değildir. Yeni tedavi tümüyle gelişigüzel olabilir ve bazı durumlarda parlak bir düşünceye sahip olan doktorun kendi yeteneğini denemek biçiminde başlayabilir. Denenmemiş tedaviler, çoğunlukla cerrahide uygulanmaktadır ve genellikle araştırma etik kurulu tarafından incelenmeksizin, var olan cerrahi prosedürlerin değiştirilmesi olarak gündeme gelmektedir. Yeni operasyon tekniklerinin ya da yöntemlerinin formel bir araştırma projesinin bir parçası olması ise, daha az görülen bir durumdur. Geleneksel uygulamada yer almayan araç ve gereçlerin kullanılması da, yeni tedavi türlerinden biridir. Benzer biçimde, bir doktorun hastalığın tedavisinde bir ilacın ötekilerden ve elde hazır bulunanlardan daha işe yarar olduğuna karar vererek, profesyonel ustalık sınırları içinde denemeside yeni tedavi olarak nitelendirilebilir. Yeni tedavi denemeleri, tıbbın gelişiminde önemli bir işleve sahiptir ve kimi durumlarda yaşam kurtarıcı olabilir. Bunun yakın zamandaki olumlu bir örneği, üçü potansiyel olarak ölümle sonuçlanabilecek fatal meningokokkal septisemili dört çocuk hastanın tedavileri ile ilgilidir. Norveç'in kuzeyinde meninkokokkal hastalık epidemisi sırasında, hastaneye kabul edilen hastaların yarısı yoğun geleneksel tedavilere karşın, fulminan septisemi gelişmesi nedeniyle ölmüşlerdir. Bakteriler tarafından üretilen

endotoksinin, yaşamı tehdit edici etkilere yol açtığı bilindiğinden, etkilenmiş hastaların kan akımından endotoksinin uzaklaştırılması denemesine karar verilmiştir. Plazmaferez ve lökoferez yapılmış 3 yaşlı hastada kırmızı hücreler kanın geri kalanından ayrılıp, bir donörün taze donmuş plazmasıyla karıştırılarak yeniden hastaya geri verilmiştir. En genç çocukta exchange transfüzyonla 20 ml kan uzaklaştırılmış, aynı miktarda taze kan yerine konulmuş ve bu yöntem çok kere tekrarlanmıştır. Sonuçta dört hastanın tümü, yan etkiler olmaksızın iyileşmiştir. Oysa geleneksel tedavi uygulanması durumunda üç hastanın öldüğü, önceki deneylerle gösterilmişti. Yeni tedavinin çok yararlı olduğu görülmekle birlikte, yazarlar, deneyin sonuçlarını "gelecekte bu tedavinin klinik deneylerle kanıtlanması gerekir" biçiminde duyurmuşlardır (Nicholson, 1986, s.: 36-38).

4.2. Klinik Araştırmalar

Klinik araştırmalar, hastalık bulgularının tanımlanması ve karşılaştırılması ya da yeni tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi amacına yöneliktir. Doğrudan sağlıklı ya da hasta bireyler üzerinde yapılan bu araştırmalar, temel olarak klinik yöntemlere dayanır. Bu bağlamda, yeni tanı (radyolojik, ultrasonografik vs.) ve tedavi (ilaç, cerrahi uygulama) yöntemlerinin denenmesini içeren klinik araştırmalar, günümüzde sıklıkla ilaçların klinik ve farmakolojik etkilerinin saptanması amacıyla yapılmaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 29-30).

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Farmasötik Müstahzarlar Üzerindeki Denemeler İçin İyi Klinik Uygulama Rehber-Kuralları" belgesinde "klinik deneme" ler, "İnsan deneklerde (hastalar ve öteki gönüllüler) farmasötik ürünler hakkında, araştırma ürünlerinin etkilerini ortaya çıkarmak ya da incelemek ve/veya onlara verilen herhangi bir ters tepkiyi belirlemek için ve/veya ürünlerin emilim, dağılım, metabolizma ve atılımını incelemek için, onların etkinliğini ve güvenilirliğini anlamak amacıyla yapılan sistematik çalışma" olarak tanımlanmaktadır (Kayaalp, 1996, s.: 274-275).

4.2.1. Klinik Araştırmaların Genel Özellikleri

Klinik denemeler dönem 1'den 4'e kadar sınıflandırılır ve her bir dönem "faz" olarak da adlandırılır. Farmasötik ürünlerin klinik geliştirilmesi ile ilişkili amaçlar temel alınarak, her bir dönemin kısa bir tanımı aşağıda verilmiştir. Dönemler arasında kesin çizgi çekmek olanaklı değildir, ayrıntılar ve metodoloji hakkında birbirinden farklı görüşler söz konusudur.

Dönem 1: Aktif yeni öğenin/farmasötik ürünün insanlar üzerinde yapılan ilk denemeleridir ve amacı aktif öğenin insanlarda güvenliğinin, farmakokinetik ve olanaklıysa farmakodinamik profilinin ön değerlendirmesini yapmaktır.

Dönem 2: Sınırlı sayıda gönüllüler üzerinde yapılır ve ileri basamağında karşılaştırılmalı (örneğin plasebo-kontrollü) tasarıma dayanırlar. Amaç, etkin öğenin kullanılmasının düşünüldüğü bir hastalığa tutulmuş ya da böyle bir klinik durumu olan hastalarda terapötik etkinliği göstermek ve etkin öğenin kısa erimli güvenliğini değerlendirmektir. Dönem 2, ayrıca geniş ölçekli terapötik denemelerin tasarımı için optimal bir zemin sağlamak için uygun doz aralıklarının ya da doz rejimlerinin saptanmasını ve olanaklıysa doz-yanıt ilişkilerinin açıklığa kavuşturulmasını amaçlar.

Örneğin, antikanser ilaçların Faz I ve Faz II çalışmaları, genellikle yalnızca ilaca dirençli kanserli bireyleri kapsar. Faz I çalışmaları geleneksel tedavi biçimlerine uzun süreli yanıt vermeyen ya da standardize edilemeyen malign hastalığın histolojik olarak saptanmış olduğu deneklerde bir ajanın terapötik etkisinin değerlendirilmesini kapsayabilir. Faz I çalışmalarındaki katılımcılar, bütün çalışmaların terapötik amaç taşımakla birlikte, güncel terapötik yarar olasılığının göreceli olarak uzak olduğunu kavramalıdır (Pratt, 1991).

Dönem 3: Etkin öğenin formülasyonunun kısa ve uzun erimli güvenlik / etkinlik dengesini saptama ve tedavi edici toplam değerini ölçme amacıyla, olabildiğince değişik hasta gruplarında yapılan denemelerdir. Bu denemelerin randomize çift-kör tasarımlı olması yeğlenmelidir ve denemelerin yapıldığı koşullar, normal kullanma koşullarına elverdiğince yakın olmalıdır. Denemelerde herhangi bir sık ters tepkinin kalıbı ve profili araştırılmalı, ürünün özel nitelikleri ortaya çıkarılmalıdır. (Etki farklılıklarına yol açan yaş, anlamlı ilaç etkileşmeleri gibi faktörler).

Dönem 4: Farmasötik ürünün pazarlanmasından sonra yapılan çalışmalardır. Bu denemeler, pazarlama ruhsatının verilmesine neden oluşturan ürün karakteristikleri bazında yapılır ve pazarlama sonrası izleme ya da terapötik değerin ya da tedavi stratejilerinin değerlendirilmesi biçimindedir. Pazarlama öncesi çalışmalara uygulanan bilimsel ve etik standartlar burada da geçerli olmalıdır (Kayaalp, 1996, s.: 274-275).

Bir klinik araştırmanın, sonuçlarının geçerli ve genellenebilir, yönteminin etkin olması gerekir. Buna ek olarak araştırmacının yeterliği ve uygulamasının etik açıdan kabul edilebilir olması temel özelliklerdendir.

Araştırmada kontrol gruplarının oluşturulması, yeterli sayıda denek kullanılması, uygun değerlendirme ölçütlerinin ve istatistik yöntemlerinin uygulanması gibi gerekirlikler, her bilimsel araştırmada olduğu gibi burada da geçerlidir.

Bu bağlamda bir klinik araştırmanın aşağıdaki nitelikleri taşıdığı söylanabilir.

- Klinik araştırmalar kontrollüdür. Deneklerden oluşan ve test edilecek ilaç yerine ya yerleşik tedaviyi ya da plaseboyu (tedavi edici etkisi olmayan, ilaç biçimindeki madde) alan bir kontrol grubu bulunmaktadır. Denemelerde hastaların ilaca verdikleri yanıt, tümüyle (renk, tat, koku vs.) asıl ilaca benzeyen plaseboya verdikleri yanıtla karşılaştırılarak ilacın etkinliği ölçülmektedir.
- Klinik araştırmalarda denekler taraf tutmaksızın randomizasyon (rastgele seçme) yöntemiyle araştırma evreninden seçilmektedir.
- Dış değişkenlerin kontrolü sağlandığından sonuçların geçerliği yüksektir.
- Hekimin önyargısını en aza indirmek için çift kör çalışma yapılır. Burada hasta ve hekim kimin test edilen ilacı, kimin yerleşik tedaviyi ya da plaseboyu aldığını bilmemektedir.

Sözü edilen nitelikleri taşıyan bir klinik araştırma bilimsel açıdan uygun olmakla birlikte kimi değer sorunlarına da yol açmaktadır. Tıbbın tarihsel evriminde "deney" adı altında yapılan kimi insanlık dışı uygulamalar ortaya çıkarıldıktan sonra, özellikle insan denek içeren araştırmaların belirlenen etik ilkeler doğrultusunda yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Belirlenen etik ilkeler, değer sorunlarının ortaya çıkmasını

önlemek ve varolan sorunların çözümlenmesine katkıda bulunmak amacına yöneliktir (Kadıoğlu, 1996, s.: 105).

Bir klinik araştırmada aşağıdaki etik sorunlarla karşılaşılma olasılığı vardır:

1. Araştırmalara katılan deneklerin araştırmanın amacı, yöntemi, olası yarar ve zararları, beklenen sonuçları konusunda bilgilendirilip, aydınlatılmış onamlarının alınmaması.

2 Araştırmaya katılan deneklerin ilacın olumsuz etkisi, plasebo grubunda yer almanın getirdiği bir zarar, gereksiz cerrahi girişim ya da radyasyon uygulaması gibi zararlarla karşılaşması.

3 Hasta deneklerin bir bölümünün randomizasyon sonucu kontrol grubunda yer almaları ve buna bağlı olarak yararlı olma gizil gücüne sahip bir tedaviden yoksun bırakılmaları.

Yukarıda sözü edilen durumlarda denenen yöntem ya da ilaç etkin ve yararlı ise kontrol grubunda yer alan hastaların bu tedaviden yararlanamaması durumu ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda kontrol grubundaki deneklere plasebo verilmesi etik açısından tartışmalı bir konudur. Plasebo ile yapılan çift kör araştırmalarda hastanın sağaltım süresinin ve başarısının riske atılması ve hekimin hastaları üzerinde girişimde bulunmasının engellenmiş olması (özellikle acil durumlarda) önemli birer araştırma etiği sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda "hasta denekler üzerinde yürütülen araştırmaların, randomizasyon yöntemi ile çift kör ve plasebo içeren kontrol gruplu olarak yapılması etik açısından kabul edilebilir mi?" sorusu, haklı olarak gündeme gelmektedir.

4. Araştırmaya katılan deneklere ilişkin kişisel bilgilerin gizliliğine duyarsız kalınması ya da özen gösterilmemesi.

5. Etki altına alınmaya elverişli grupların (zihinsel özürlüler, akıl hastaları, mahkumlar, araştırmacının öğrencileri, hekim araştırmacının hastaları) araştırmalarda denek olarak kullanılması.

6. Araştırmaya katılma konusunda zorlamaya yönelik her tür baskı ve tehdit (hastaların tedavilerinin kesileceği ya da sağlık kurumu olanaklarında yararlandırılmayacakları vs.).

7. Olası fiziksel ya da psikolojik risklerin varlığında toplumdaki yoksul insanların araştırmaya katılımlarını özendirecek yöntemlerin (para, ödül vs.) kullanılması.
8. Araştırma deneklerine özel yaşamlarıyla ilgili sorular sorularak saldırıda bulunulması.
9. Önceden başkaları tarafından yapılmış, dolayısıyla bilimsel bilgi birikimine hiçbir katkısı olmayan araştırmaların salt yayın amacı ile insanlar üzerinde yapılması (Kadıoğlu, 1996, s.: 107).

4.2.2. Çocuklar Üzerindeki Klinik Araştırmalar

Bir çalışmaya çocuğun katılımı konusunda hasta ve ana-babaları ya da vasilerinin isteğinin doğası, bir klinik farmakokinetik araştırmada kaydetme çabalarının başarı ya da başarısızlığının en önemli belirleyicisi olarak görülebilir. Bununla birlikte iki faktör sık sık, araştırmacı ya da ana-babayı denemeye özgür ve gönüllü olarak girmekten caydırır. Bunlardan ilki, erişkin klinik denemelerde bir ilacın farmakokinetik özelliklerini belirlemeye ilişkin araştırmaların genel olarak faz I denemelerde yürütülmekte olması, ancak buna karşın özellikle başlangıç tek doz çalışmalarda, az da olsa dogrudan hasta yararı beklentisinin var olmasıdır. İkincisi ise, farmakokinetik çalışmalarda istenilen bilginin elde edilmesi için, çoklu biyolojik örneklerin (kan, idrar, tükürük gibi) alınmış olması gerekliliğidir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Sıklıkla, bu prosedürler, ağrı ve rahatsızlık (örneğin bir kanül yerleştirilmesi, çok sayıda parmak ucu delinmesi sırasında) ortaya çıkarabildiği için, hasta ve ana-babaları rahatlatacak bir uzlaşma sağlanması gerekebilir (örneğin çoklu idrar örneği toplanmasının denetlenmesi gibi). Böylece, pediyatrik hastalar üzerindeki farmakokinetik araştırmalar hastaya küçük yarar veren ya da doğrudan yarar sağlamayan, ama yalnızca "genelleştirilebilir bilgi"nin artmasına katkıda bulunan çalışmalar olarak anlaşılabilir. Bu tür araştırmalarda, hasta ve onların ana-baba/vasileri, klinik farmakokinetik bir çalışmaya katılmak aracılığıyla dogrudan terapötik yarar elde etmeyecek olsalar da, açıkça bilgilendirilmiş olmalıdırlar. Onların katılımıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen yeni bilgi, yalnızca çocuklarda yeni bir ilacın farmakolojisinin anlaşılmasına eşsiz bir katkı yapmış değil,

ama aynı zamanda ilacın güvenilirliği ve/veya etkinliğinin değerlendirilmesine bağlı olarak gelecekte ilacı alacak olan öteki çocukların yararına olabilecektir. Ayrıca bazı farmakokinetik çalışmalar, protokolde bulunmamakla birlikte, ilacı almasından çocuğun doğrudan yararlanabildiği bir etkililik çalışmasının parçası olarak yürütülmüş olabilir.

Çocukların klinik çalışmalara alınması konusundaki gönülsüzlük büyük ölçüde "çocuklar üzerinde deneysel çalışma yapılmamalıdır" anlayışından kaynaklanmaktadır. Böylece çocuklar, hem bireysel anlamda, hem de bir grup olarak erişkinlerin yararlandığı gelişmelerden ve tıbbi bakım olanaklarından yararlanamamakta, deyim yerindeyse bazı haklardan "mahrum bırakılmakta" ve hatta zarar görmektedirler. Örneğin, yapılan bir araştırmada, çocuklarda kullanımı yasaklanan ya da kullanımı belirli yaş gruplarına sınırlandırılan ilaçların, reçetelerin %81'inde yer aldığı saptanmıştır. Bu durumun etik açısından savunulabilir bir yanı yoktur ve çocuklar üzerinde araştırma yapılması gerektiğinin de açık bir kanıtıdır (Kauffman ve Kearns, 1992).

Çocuklarda klinik deneylerin yürütülmesi sırasında göze çarpan etik sorunların başında aydınlatılmış onam, risk/yarar değerlendirmesi ve özellikle incinebilir bir populasyon olan çocukların özel olarak korunması konuları gelmektedir. Söz edilecek olan araştırma bu saptamayı doğrular niteliktedir.

"Bulletin of Medical Ethics"de 1993'de yayınlanan bir makale özetinde, prematüre bebeklerin anemisinde eritropoietin kullanımının kan transfüzyonu gereksinimini azaltarak yararlı olduğundan söz edilmiş, ancak araştırmada 14 kontrol bebeğinin hiçbirinde ölüm olmamasına karşın, eritropoietin verilen 15 bebeğin üçünde ölüm görüldüğü belirtilmemiştir. Mayıs 1997 'de "Archives of Disease in Childhood"da eritropoietin verilen 21 bebeğin altısı ölmüşken, aynı sayıdaki kontrol bebeğin üçü ölmüştür. Yazarlar, tedavi grubunda ölümlerin daha fazla görülmesinin düş kırıklığı yarattığını dile getirerek, "biz bunu açıklayamayabiliriz, ancak ilgilenen az sayıdaki kişi için, bu bir riziko buluşu olabilecektir" görüşünü öne sürmüşlerdir. 1996'da yayınlanan bir makalede İngiltere'de hormonun β ve α formlarıyla yapılan deneylerden söz edilmiş ve "eritropoietinle tedavi edilen bebeklerde total mortalitenin artması yönünde açık bir eğilim yoktur" denilmiştir. Adı geçen her iki

deneyde, sonuç olarak 35 kontrol bebeğinden üçü ölmüşken, hormon verilen 36 prematüre bebeğin dokuzu ölmüştür. Bu durumda tedavi edilen bebeklerde mortalitenin artması yönünde çok güçlü bir eğilimin olduğu yadsınamaz. Öteki ülkelerde yapılan ve α eritropoietinin kullanıldığı deneylerde 121 kontrol deneğinin yedisi ölmüş iken, tedavi gören 128 bebekten onüçü ölmüştür. Oysa β formunun kullanıldığı deneylerde kontrol grupları arasında daha az ölüm gerçekleşmiştir.

Buradaki soru, yenidoğan araştırmalarında önemli bir son noktanın gerçekten ölüm olup olmadığıdır. Ana-babalar için ölüm, kan transfüzyonunun miktarı ya da oksijen gereksiniminden kaynaklanan güçlüklerle, karşılaştırılamayacak kadar önemli bir darbedir (Bull. Med. Eth, 1997).

Bir çok hekim, temelde bütün tedavilerin deneysel; bütün araştırmaların terapötik olması ve bilimsel titizliğin en yüksek standardının, gereksiz acı çekmekten kaçınılması yönünde uygulanması gerektiğini dile getirebilir. Yine hekimin birey olarak hastaların çıkarlarına davranması biçimindeki geleneksel rol anlayışı ile hekimin bilim adamı olarak genelleştirilebilir bilgiyle ilgilenmesi rolleri arasında bir çatışmanın var olduğu görülmektedir. Journal of Medical Ethics' de yer alan bir yorum yazısında, klinik araştırmalar hakkında şu saptama yapılmaktadır: "Klinik denemelerde gereken özenin bilimsel standartları açık olarak belirtilmektedir, hekimler aldıkları tavırla bunlara katılabilirler. Eğer onlar, yalnızca bireysel olarak hastalarının çıkarlarına davranmayı seçmişlerse, söz konusu standartları kabul etmeyebilirler." (Hall, 1991).

4.3. Laboratuvar Araştırmaları

"Temel bilim araştırmaları" olarak da tanımlanabilen laboratuvar araştırmaları yapay olarak oluşturulan bir çevre ya da ortamda, denetimli koşullar altında, olaylar arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin bulunmasını ve varolan bilgilere yenilerinin eklenmesini amaçlayan araştırmalardır. Araştırmacının, değişkenleri sıkı kontrol edebildiği laboratuvar ortamı, gerçek evreni yansıtmak amacıyla oluşturulmaktadır ve geleneksel olarak deney çalışmaları için en kolay ve en çok kullanılan ortam olagelmiştir.

Bütün araştırmalarda iç ve dış geçerliğin sağlanması oldukça önemlidir. "İç geçerlik" kurulan bir nedensel ilişkide "sonuç"un "bilinen nedenlerle" açıklanabilmesidir. Örneğin, ilaç-iyileşme nedensel ilişkisinde hastanın iyileşmesinin ona verilen ilaçla ilgili olduğunun gösterilmesi. Denetimli koşullarda gerçekleştirilen laboratuvar araştırmalarında değişkenlerin kontrolü olanaklı olduğundan, bulguların deneysel değişkenlerden etkilenme olasılığı yüksektir. Bu nedenle de laboratuvar araştırmalarında iç geçerliğin tam olarak sağlanması söz konusudur (Kadıoğlu, 1996, s.: 27).

"Dış geçerlik" ise, deney koşulları içinde elde edilen sonuçların evrene genelleştirilebilmesini dile getirmektedir. Örneğin; laboratuvar araştırmasıyla etkinliği saptanan bir ilacın, insanlar üzerinde aynı etkinliği sağlaması olasılığı, kurulan nedensel bağıntının dış geçerliğini göstermektedir. Yapay olarak oluşturulan deney ortamları ile gerçek evren arasındaki farklılıklar dış geçerliğin sağlanmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle laboratuvar araştırmalarının dış geçerliği düşük olmaktadır.

Tıbbın patoloji, fizyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, farmakoloji gibi alanlarında uygulanmakta olan laboratuvar araştırmaları, fizik, kimya, biyoloji gibi temel doğa bilimlerinin tekniklerini, araç ve gereçlerini kullanmaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 29).

Tıpta laboratuvar araştırmaları, test maddesi olarak belirlenen bir farmasötik ya da biyolojik ürünün özellikleri, onun insan ve çevre sağlığı açısından etkinliği ve güvenilirliği hakkında veri toplanması amacıyla yapılan in vitro çalışmalarla, in vivo hayvan deneylerini kapsamaktadır.

Başarılı ve sağlam temellere oturan bir laboratuvar araştırması için uygun laboratuar olanakları, gerekli ve yeterli teknik donanım, uyumlu ve uzman bir ekip, yeterli parasal destek gibi zorunlulukların yanı sıra, etik açısından tam donanımlı araştırmacılara gereksinim vardır. Araştırma etiği çerçevesinde geçerli olan "dürüstlük" "zarar vermeme" "yararlılık" "yaşama saygı" ve "adalet" ilkeleri gibi temel ilkeler, laboratuvar araştırmalarında da uyulması beklenen ilkelerdir. Bu tür araştırmalarda araştırma etiğine uygun olmayan tutumlar, sıklıkla varsayımın doğrulanması amacına yönelik eylemlerden kaynaklanmaktadır.

Bunlar arasında araştırmacının;

- Örneklem grubundaki denekleri yanlı olarak seçmesi,
- Deneyi yetersiz sayıda denekle yapması,
- Denekleri özelliklerine göre gruplandırmaması,
- Uygun, standart, duyarlı ölçüm araçları ve değerlendirme ölçütleri kullanmaması,
- Deneysel hata oranını azaltmaya yarayan bir yöntem olarak deneyin tekrarlanması işlemini yapmaması,
- Veri toplanmasında yanlılığı ortadan kaldıracak uygulamaları (kontrol grubu kullanmak, farkına vardırmamak gibi) yerine getirmemesi,
- Hayvan deneylerinde gereksiz yere çok sayıda hayvan kullanması, hayvanda ağrı ve sıkıntıyı en aza indirecek yöntemleri araştırmaması,
- İnsan denek kullanılan araştırmalarda bireyleri yeterince ve açık olarak bilgilendirmemesi ve geçerli aydınlatılmış onamlarını almaması sayılabilir.

Bilimsel sahtekarlık olarak adlandırılan verilerin uydurulması, varsayımı desteklemeyen verilerin ayıklanması, istatistik yöntemlerin yanlış kullanılması, verilerin yanlış yorumlanması gibi etik sorunlara laboratuar araştırmalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde de rastlanmaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 103-104).

Aşağıda verilen örnek olgular, laboratuvar araştırmalarında yaşanan etik sorunları göstermesi açısından seçilmişlerdir.

British Medical Journal'de 1995'de çocuklar ya da ana-babaları tarafından tıbbi bakımın reddedildiği ve yasal işlemlere başvurulduğu üç makale yayınlanmıştır. Bir takım sorunlar ortaya çıkmakla birlikte, ilk iki olgu göreceli olarak daha az tartışma yaratacak niteliktedir. İlkinde akut lenfoblastik lösemi gelişen 10 aylık kız çocuğu için kan ve kan ürünlerinin verilmesini gerektiren bir tedavi yapılacaktır, ancak çocuğun ana-babaları Yehova Şahidi'dir. İkincisinde 16 yaşında kronik abdominal ağrı ve ciddi yeme bozukluğu olan bir kız çocuğu yavaş yavaş kötüleşmiş ve sonunda yeme-içmeyi reddetmiştir. Her iki olguda uygulamalar, izin verilen zorunlu tedavi yöntemlerine uygun olarak ve Çocuklar Yasası'nın koruyuculuğunda Yüksek Mahkeme'nin kararına göre yerine getirilmiştir.

Üçüncü olguda sözü edilen B, yürümede ciddi sorunları olan ve tekerlekli sandalyeye bağlı 12 yaşında bir kızdır. Hastalandıktan bir yıl sonra Çocuk Hastanesine yatırılmış, hastalığının organik nedenli olmadığı saptanmış ve konversiyon tanısı konulmuştur. Tanıyı öğrenen B, psikolojik kökenli bir hastalığa sahip olduğunu başlangıçta kabullenmemekle birlikte, tıbbi tedavisi hakkında karar alabilmek bakımından yeterli anlayışta olduğunu göstermiştir. Çocukların hastalığını kabullenmeye çalıştığı sırada ana-babalar, manyetik rezonans görüntülemesinin (MRI) yapılacağı bir araştırma önerisiyle karşılaşmışlar ve kızlarının bu araştırmaya katılmasını onaylamışlardır. Ancak B, bu öneriyi reddetmiştir. Hastane, Yüksek Mahkemeye başvurmuş, B'nin araştırmaya katılması yönünde karar verilmiş ve karar uyarınca B'ye MRI incelemesi yapılmıştır.

Olgu raporu incelendiğinde Yüksek Mahkemenin, "her neyse onlar en iyisini düşünür" ("whatever they think best") diyerek hekimleri desteklediği anlaşılmakla birlikte, raporun kısalığı nedeniyle yanıtlanmamış pek çok soru kalmıştır. İnceleme sonrasında B'nin bakımını sürdüren ekip içinde araştırmanın gerekliliği konusunda anlaşmazlık çıktığının öğrenilmiş olması bunun bir göstergesidir. Ayrıca, yapılan MRI incelemesiyle B'nin rahatsızlığının temelinin ne olduğu sorusuna yanıt alınamadığı görülmektedir. Araştırmanın amacının "nedenin psikolojik olduğunun daha kesin bir kararla onaylanarak B ve ailesine yardım etmek" olduğu belirtilmiştir. Konversiyon reaksiyonu özellikle çocuklarda çok yaygın olmadığından ve bu nedenle tanıdan kuşkulanmak gerektiğinden bu düşüncenin bir anlamda mantıklı bir gerekçe olduğu söylenebilir. Ancak B, bir nörologdan daha çok öteki araştırmacılar tarafından izlenmektedir ve bulunan organik bir hastalık kanıtı yoktur. Bundan dolayı, önceden keşfedilmemiş bir lezyonun MRI bulgusu verme olasılığı oldukça düşüktür.

Raporda, B'nin katlanmak istemediği bir prosedüre zorlanmış olmasının, ona ne gibi riskler getirdiği tartışılmamıştır. Karar verme konusunda yeterli görülmesine, araştırma ekibinin aylarca güven sağlamaya çalışmasına ve araştırmanın yeterince güvenilir bir uygulama olmasına karşın, B yüksek derecede bir korku taşımıştır. Öteki araştırma ünitelerine göre psikiyatri ekibinin, o ünitedeki birinin neden korktuğunun anlaşılması konusunda en iyi olanaklara sahip olduğu düşünülebilir. Oysa bu olguda, kişinin psikolojik bir hastalığı olduğuna inandırılması için MRI

incelemesi yapılmasına zorlandığı görülmektedir. Kişinin istemediği incelemenin yapılmasına bu tür zorlanması, onun kontrolünün eksilmesini kuvvetlendirici nitelik taşımaktadır. İncelemenin yarar olasılığının sınırda olduğu durumda kişinin gelecekteki iyiliği adına katlandığı riskin büyük olduğu söylenebilir. Mahkemenin araştırmaya gereksinim olup olmadığını göz önünde bulundurmaktan çok, çocuğun araştırmaya katılmaması sonucu ekibin verdiği bakımı kesmesi durumunda onun zarar görme olasılığının fazla olduğuna bakarak araştırmaya katılımına izin verdiği anlaşılmaktadır. Bu yaklaşım hekimlerin çocuk hastalar üzerindeki güçlerinin artmasına katkıda bulunduğu için Mahkeme adına hoş karşılanmayan ve potansiyel tehlike taşıyan bir gelişme olarak yorumlanmıştır (Bull. Med. Eth., 1995).

4.4. Epidemiyolojik Araştırmalar

"Sağlık" ve "hastalık" kavramları, bireysel anlamlar taşımakla birlikte toplumsal boyutları olan olguları dile getirmektedir. Bir toplumda sağlık olgusunun farklı yönlerinin; sağlığı korumaya yönelik eylemlerin toplumsal görünümlerinin ve hastalık olgusuna ilişkin tanı tedavi yaklaşımlarının bilinmesi gerek tıp uygulamalarının yetkinliği, gerekse öncelikli sağlık politikalarının saptanması açısından önemlidir. Hastalıkların insan toplumlarındaki dağılımını ve bu dağılımı belirleyen etkenleri istatistik yöntemleri ile inceleyen tıp dalına epidemiyoloji adı verilmektedir. Modern epidemiyolojinin tanımlayıcı, çözümleyici ve irdeleyici niteliklerini gösteren daha kapsamlı bir tanım ise Schwartz tarafından yapılmıştır. Buna göre epidemiyoloji "sağlık olaylarının toplum içindeki dinamiğini belirleyen etkenleri inceleyen, bu etkenlerin işlevlerini ortaya koyan, uygun düzeltme ölçülerini öneren ve uygulayan bilim"dir. Epidemiyolojinin amacı; toplumların ve bireylerin sağlığını arttırıcı, koruyucu ve düzenleyici olmak; sağlıkla ilişkili durumların etkisini anlaşılır kılmak; toplumun varlığını etkileyen kararlara rehberlik konusunda çözümleyici ve bilgi sağlayıcı olmak; sağlığı koruyucu-düzenleyici-arttırıcı kabul edilen ölçütleri değerlendirmek ve toplumun sağlıkla ilgili meraklarını yanıtlamaktır (Kadıoğlu, 1996, s.: 30, Turaman, 1996, 1: 4).

Epidemiyolojik çalışmalar betimleyici ve çözümleyici olarak sınıflandırılabilir. Betimleyici epidemiyolojide incelenen hastalığın görüldüğü bir topluluğun

özelliklerini belirlemek için hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği ve etnik grubu gibi verileri değerlendiren demografi çalışmalarına başvurulur. Bazı betimleyici çalışmalarda hastalığın görülme sıklığını ya da ölüm oranındaki dalgalanmaları belirlemek amacıyla hastalığın gelişimi yıllarca izlenebilir. Böylece hem yeni hastalıkların tanımlanmasına yardımcı olunur, hem de hastalık ile hazırlayıcı etkenler arasındaki bilinmeyen ilişkiler ortaya çıkarılabilir.

Betimleyici çalışmalardan ve laboratuvar gözlemlerinden alınan sonuçları doğrulamak amacıyla çözümleyici yöntemler kullanılır. Bu çalışmalarda incelenen toplum, hastalıkların nedeni olabilecek etkenlere ve hastalığın görülme sıklığı, ölüm oranı gibi değişkenlere göre seçilmiş iki ya da daha çok gruba ayrılır. Hastalığın görülme sıklığındaki değişiklikleri saptamak amacıyla bireylerin bir süre izlenmesi, hastalığın ileride aynı özellikteki bireylerde görülme olasılığını hesaplama olanağı sağlar. Belirli hastalıklara yakalanma riski yüksek olan bir toplumda, bu hastalıklara yönelik yeni sağlık hizmetlerinin planlanması ve toplumun genel sağlık durumunun değerlendirilmesi için de epidemiyoloji çalışmalarından yararlanılmaktadır (A. Britannica, 1987, 8 : 220,).

Epidemiyolojik araştırmalarda, araştırmacı iki tür temel yanlış ya da yanılgı ile karşılaşılabileceğini öngörmelidir. Bunlardan ilki veri toplayanın, incelenen olgunun, o anda içinde bulunulan koşulların ya da ölçüm araçlarının geçici sapmalarından kaynaklanan rastlantısal yanılgılardır. Seçilen örneklemdeki olgu sayısı küçüldükçe, yanılgı riskinin arttığı bu tür durumlarda, gerçekte olmayan bir ilişkinin var sayılması ya da gerçekte olan bir ilişkinin gösterilmemesi söz konusu olabilir. Bir başka deyişle rastlantısal yanılgılar, gerçekle araştırmacının ulaşacağı sonuç arasındaki çelişkiyi göstermektedir. İncelenen hastalığın risk faktörüne göre ortaya çıkma olasılığını hesaplamak ve toplum içinde yüksek riskli alt grupları belirleyerek, korunma programlarını öncelikle bu gruplara götürmek amacını taşıyan "pragmatik yaklaşım", rastlantısal yanılgının iyi bir örneğidir. Söz konusu yaklaşım, öngörünün niteliğinin değişkenlerin seçimine bağlı olmasından ve yüksek riskli grupla ötekiler arasında kesin bir sınır oluşturmanın güçlüğünden kaynaklanan yanılgılara yol açmaktadır. İkinci temel yanlış ise, yapılan araştırmanın geçerliğini ortadan kaldıran ve araştırmanın farklı aşamalarında ortaya çıkabilen sistematik yanlışlıktır. Bu durum örnek seçimi sırasında (olgu grubunun gönüllülerden, tanıkların hastanede

yatanlardan oluşturulması), ölçme sırasında (ölçümü yapanın yorumlaması ya da deneyim kazanması, ölçüm yapanlar arasındaki beceri farkı, araştırma sırasında ölçme tekniğinin değiştirilmesi), verilerin kodlanması ve kaydı sırasında (aynı ölçüm sonucunun kişilere göre farklı tanımlar alması), hastalığı bildirmeme (korku, yalan, unutma), araştırmanın planlaması ve uygulamasına bağlı nedenlerden ve denek gurubunda yer alan kişilerin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Araştırma etiğine uygun olmayan sistematik yanlışlık, görüşmecilerin iyi eğitimi, ölçme araçlarının kontrolü, araştırma planına uygunluk sağlanması, veri formlarının sürekli izlemi ve doğru yorumlanması gibi önlemlerle en aza indirilebilir (Turaman, 1996, 3.: 1-8).

Öte yandan, insanlarla yürütülen ve onlarla ilgili olan her çalışma gibi epidemiyolojik çalışmalar da araştırmanın yapıldığı toplumun kültürü, gelenek ve görenekleri ile moral değerlerinden etkilenmekte ve onları yansıtmaktadır. Bu nedenle de epidemiyolojik çalışmalarda etik değerlerin göz önünde bulundurulması gereklidir. Araştırma projesinin, toplumun sağlığı açısından öncelikli bir soruna yönelik olması ve etik açısından kabul edilir olması ana amaçlar arasındadır. Bunun yanı sıra, söz konusu araştırmaların sonuçları genellenebilir olmalı, toplumun belirli gruplarını koruyucu özellikler taşıyıp, öteki bazı gruplara zarar verici olmamalıdır.

Epidemiyolojik araştırmalarda topluma ya da kişilere ilişkin bilgi edinilmesinde ya doğrudan deneklerle görüşme ya da tıbbi kayıtların incelenmesi yöntemleri kullanılır. Kayıtlardan elde edilen bilgiler en sık kullanılan kaynaktır. Kişisel kayıtların epidemiyolojik araştırmalarda kullanılması ile ilgili uygulamalar ülkelere ve toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Örneğin Kanada'da kişisel bilgilere ulaşmak ve kullanmak için etik kurul onayı gerekmektedir. İsveç'te ise kayıtların kopyalanması kişisel gizlilik açısından yasal bulunmamaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 108).

Epidemiyolojik çalışmalarda doğrudan toplumun konu edildiği durumlarda ilgili toplumun haklarının korunması için aşağıdaki özelliklerin göz önüne alınması gerekir:

1. 1. Toplumun sağlığı ve esenliğinin korunması, araştırmadan her zaman daha önceliklidir.

2. Güçsüz ve zayıf toplumlar, gereksiz yere araştırma denekleri durumuna getirilmemelidir. Bu bağlamda, ilgili toplumun seçilmesinin mantıklı bir açıklaması olmalıdır.
3. Toplumun kültürel değerlerine saygı duyulması ve zedelenmemesine özen gösterilmesi gereklidir.
4. Toplumun, o araştırmadan elde edeceği bir yarar olmalıdır.
5. Randomizasyon sırasında ırk, renk, din, kültür, sınıf farkı gözetilmemeli, taraf tutulmamalıdır (Kadıoğlu, 1996, s.: 109).

Tüm bilimsel araştırmalarda olduğu gibi epidemiyolojik araştırmalarda da, zarar vermeme, özerklik, dürüstlük, gizliliğe saygı gibi biyomedikal etiğin temel ilkelerine uyulması gerekir. Araştırmanın yapıldığı toplumun bireyleri olan denekler açısından, epidemiyolojik araştırmalarda üzerinde durulması gereken öncelikli konular şu biçimde sıralanabilir:

1. Deneklerle doğrudan bağlantı kurularak elde edilen bilgilerin isimsiz olarak saklanma ve ileride yeniden araştırma amaçlı kullanılma olasılıkları bildirilmelidir.
2. Tüm denekler araştırmanın amacı, yöntemi, olası zarar ve yararları konusunda bilgilendirilmeli ve bu bilgiyi anladıklarından emin olunmalıdır.
3. Araştırmaya katılan tüm deneklerin aydınlatılmış onamları alınmalı, denekler hasta ise tıbbi bakımlarına zarar gelmeksizin araştırmaya katılmayı reddetme haklarının olduğu bildirilmelidir.
4. Onam, bilgi ve materyallerin toplandığı zaman alınmalıdır. Veriler sonraki basamaktaki çözümlemelerle elde ediliyorsa, daha ileri aşamalar için onama genellikle gerek yoktur, yerel etik kurulun onayı yeterlidir.
5. Araştırmada sorulara yanıt vermeyenlerle nasıl ve ne sıklıkta iletişim kurulacağı kararı verilirken bireyin araştırmaya katılmayı reddetme hakkı göz önünde bulundurulmalıdır.
6. Denekler araştırmaya katılmaları konusunda baskı altında tutulmamalıdır. (Kadıoğlu, 1996, s.: 109-110).

Tarama çalışmaları, hem epidemiyolojinin betimleyici ve çözümleyici yönlerini incelemesi, hem de olası etik sorunların tartışılmasına olanak sağlaması açısından örnek oluşturabilmektedir. Bir tarama testi, seçilen yöntem doğru, anormalite sık ve terapötik girişimler elde hazır olduğu zaman yararlıdır. Epidemiyolojik araştırma aktiviteleri doğrudan bireysel hasta yararı sağlamak üzere tasarlanmamıştır. Ancak, toplum yararı adına araştırmaya katılan deneklerin zarar görmesine göz yumulmaması gereklidir. Aşağıda sunulan ve çeşitli boyutlarıyla tartışılan örnek, epidemiyolojik araştırmada bireysel olarak deneğin çıkarları ve toplumun çıkarlarını olduğu kadar, konunun çocuklar açısından taşıdığı önemi göstermesi bakımından söz edilmeye değer bulunmuştur.

Anneleri HIV (+) olan bebeklerin yaklaşık % 15-30'u, gebeliğin geç döneminde ya da doğum sırasında enfekte olmaktadırlar. Tanısal tekniklerde son zamanlardaki ilerlemeler, bebeklerin ilk 3 aylık döneminde ve hatta doğumdan sonraki ilk saatlerde HIV enfeksiyonunun tanısına izin verebilir. HIV einfekte kadınlardan doğan bebeklere doğum sonrası 8-12 saat içinde, AZT (zidovudin) verilmesi, bu tedavinin uzun erimdeki etkileri bilinmiyor olmakla birlikte, 2. trimestrde başlayan enfeksiyon riskinin azaltılması stratejisinin bir parçası olarak önerilmektedir. Enfekte olduğu düşünülen bebekler için önerilenler arasında, pnömosistis carini pnömonisine karşı antibiyotik proflaksisi ve bebek immünizasyon programlarındaki değişiklikler de yer almaktadır.

Maternal testler aracılığıyla HIV enfeksiyonunun antenatal dönemde belirlenmesi ve AZT ile maternal tedavi, gebelik ya da sezaryanla doğum sırasında HIV'in vertikal geçini 2/3 oranda azalttığı için bu tür girişimlerin büyük önemi vardır. Ek olarak HIV enfeksiyonunun anne tarafından bilinmesi; memeyle beslemeden kaçınılması yoluyla yeni doğan HIV geçişini önleyebilir. Bu gerçekler, maternal testin önerilmesi ve fetüs ya da yeni doğan yararı için tedavinin güçlü destekleridir. Söz konusu yararların fazlalığı, zorunlu maternal test hakkında tartışmayı hızlandırmıştır. Tartışmaların odağında annenin özel yaşamının gizliliğine haksız saldırı ve zorunlu testin getireceği güçlüklerden kaynaklanan rahatsızlıkların yanı sıra, "çocuklar ve anneleri için önemli ve hayli etkili imalara sahip olan HIV'in kanıtlanması için, yenidoğanın zorunlu testi etik olarak haklı gösterilebilir mi?" sorusu bulunmaktadır. Epidemiyolojik amaçlarla yenidoğan çocukların anonim biçimde HIV açısından

serolojik olarak taranması yaygındır. Epidemiyolojik çalışmalarda elde edilen bu bilgiler perinatal periyod sırasında HIV'in vertikal geçişini ve HIV'le ilgili morbiditeyi azaltabileceğinden, var olan girişimler dolaysız ve bireysel sonuçlardır. Kör olmayan rutin yenidoğan taramasında amaç, annelerinin HIV statüsünü doğrudan yansıtan HIV antikorları ile doğan bebeğin tanımlanması olduğundan, annenin gizliliğini tehlikeye düşürmektedir. Öte yandan, bebeklerin sağlığı ve esenliği için sosyal sorumluluğun göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Berger ve ark., 1996).

Rutin kan çalışmaları için genellikle varsayılan onam alınmakla birlikte, HIV testi öncelikle ayrımcılık ve iş, sağlık sigortası, yerleşim olanaklarının olası kaybı gibi pozitif testin sosyoekonomik içeriklerine bağlı olarak spesifik onam gerektirir. Bölgesel ve global düzeyde epidemiyolojik amaçlar için yürütülmekte olan kör HIV taramalarında anonimlik olduğundan onam gereksiz görülmektedir; çünkü bireyler tanı almamakta ve hastaya risk getirmeyen kan örneği testleri elde tutulmaktadır. Bu tür HIV testi, araştırma iyi planlanmış olduğu ve bu bilgi birikiminden beklenen sosyal bir yarar olduğu için haklı gösterilmektedir. Bununla birlikte, uygulamada denek olan bireylere saygı gibi temel değerlere ilişkin kaygılar kolayca ortadan kaldırılamamaktadır. Körleştirilmiş taramada, bebeklerinin HIV (+) ligi gizli kalan ana-babalar, kendileri için farklı tutumlar geliştirme, gelecekteki üreme ile ilgili seçimleri hakkında bilgilendirilme ve açıklanmış olmanın riskleri hakkında uyarıcı haberler edinme; bebekleri için de önemli girişimleri izleme olanağından yoksun kalacaklardır (Berger ve ark., 1996).

Bazı görüşler, ana-baba iznine önem verilmeksizin yapılan yenidoğan zorunlu testinde elde edilen bilginin, hastalığı ve ölümü temel olarak önlediğinin henüz doğrulanmadığını öne sürmektedir. Ayrıca, testin halk sağlığı açısından olası yararları, ana-baba özerkliği ve yenidoğana karşı iyicil sorumluluklar gibi anlamlı değerlere verdiği zarar karşısında ağırlıklı öneme sahip değildir. HIV için geniş populasyonların zorunlu test edilmesi, özerklik ve gizlilik hakkı ilkelerini açıkça ihlal etmektedir. Zorunlu testin, özellikle sosyoekonomik olarak mağdur bırakılan kadınlara zararı dokunabilir. Spesifik populasyonlarda rutin ya da zorunlu taramayla ilgili olarak, tüberküloz için sağlık çalışanları ve tutukluların taraması örneği verilebilir. Birleşik Devletlerde 24 eyalette sağlık otoriteleri tüberküloz tarama ve

tedavisini empoze etmek için yetkilerini kullanmışlardır. Ancak, bir halk sağlığı riski olarak tüberküloz, HIV'e benzememektedir; çünkü tüberkülozun enfektif ajanı rastgele solunum yoluyla geçer ve bireyler kendilerini etkenle karşı karşıya kalmaktan çok az koruyabilirler. Oysa HIV'in vertikal ve horizontal geçişi, memeden beslemenin kaçınılması ve kondomların kullanılması gibi basit yöntemler aracılığıyla azaltılabilir. Ayrıca, şu anda HIV için varolan tedaviler, tüberküloz tedavisinde olduğu kadar başarılı ve etkin değildir.

Eğer yenidoğanın zarar görme riski doğrudan ve yaşamsal önemde ise, bu konuya yönelik kaygının, annenin özerklik ve gizlilik kaygılarına üstün gelmesi etik açısından uygun görülebilir ve bu nedenle zorunlu tarama testleri savunulabilir. Ayrıca, Tıp, Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında Etik Sorunların Çalışılması İçin Başkanlık Komisyonu (The Presidents' Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research), "gönüllü testin, taramanın yerine getirilmesinden kaçınılan çocuklarda olduğu gibi korunmasızlarda da ciddi zararı önleme konusunda yetersizliği kanıtlandığı zaman" zorunlu testin kabul edilebilir olduğunu dile getirmektedir. (Berger ve ark., 1996).

Ana-babalar, çocuklarının özenle bakımı için moral ve yasal sorumluluklara sahiptir, ancak her zaman bu görevlerini sürdürmezler ve/veya sürdüremezler. Gebe kadınlar, bu bilgi henüz doğmamış çocukları için çok büyük öneme sahip olsa bile, HIV durumlarını öğrenmek için bazı elverişli olanakları reddedebilirler. Kadınlar aynı zamanda bebeklerinin HIV testi için onam vermeyi de reddedebilirler, çünkü kendi HIV statülerinin açığa çıkabileceğinden, HIV seropozitifliği nedeniyle bebeklerinin bakımından uzaklaştırılabileceğinden, medikal tedavide ayrımcılık, önyargı, iş ve sigorta üzerinde negatif etkilerle birlikte sosyal damgalanmadan endişelenebilirler.

Yenidoğanın zorunlu HIV taramasının savunucuları, ana-babaya ilişkin sosyal sorumlulukların, çocukların önemli tıbbi testleri ve terapötik girişimleri almalarını emrettiğini öne sürmektedirler. Ayrıca, gönüllü testler, etkilenen populasyonların önemli bölümünü belirlemeye yetmemektedir. Tedaviye yönelik araştırmalar, gelecekteki hastaların yararını amaçlamakla birlikte, HIV seropozitif olduğu bilinen hastaların yararına sonuçlar içerebilir. Perinatal dönemde test yapılarak HIV(+)'liginin saptanması, hem çocuk hem de annenin medikal bakımının

araştırılmasına olanak sağlar. Örneğin, tıbbi tedavi planları, HIV(+) bebeklerde normal bebeklerde olandan farklıdır. Benzer biçimde HIV infekte anneden meme sütü alınması bebek için önlenebilirliği olan postnatal bir risktir, HIV'le ilişkili enfeksiyonlar için proflaktik antibiyotikler verilmesi ya da HIV seropozitif bebekler için bağışıklama rejimleri düzenlenmesi gerekebilir. Ayrıca, HIV hastalığının tanısı, sonuç olarak herhangi bir biçimde konulabileceğinden testten kaçınılması enfekte bireyleri ayrımcılıktan koruyamadığı gibi, bebek ve anne için yararlı girişimlerin kullanılmasını da geciktirebilir. Böylece, sosyal damgalanma korkuları nedeniyle yenidoğanın HIV taramasına katılımını reddetmek, var olan haksızlıklara yenilerinin eklenmesine, bebek ve annenin önyargı ve taraflılık sonucu sağlık bakımından yeterince ve zamanında yararlanamamalarına yol açabilir.

Zorunlu yenidoğan taramasına karşı çıkanlar, bu yaklaşımın, HIV'le enfekte olma bakımından yüksek riski olan ve tıbbi araştırmadan kaçınan anneler tarafından tıp toplumuna ilişkin zaten var olan kuşku ve endişeleri şiddetlendirebileceğini öne sürmektedirler. Bilindiği kadarıyla en çok einfekte olan kadınlar Afrika kökenli Amerikan ve İspanyol kadınlardır ve HIV tarama kararlarında ırk faktörü önemli bir rol oynayabilir. Karşı olanların bir grubu ise, bireysel yaşamın gizliliği ve özerkliğin ihlal edilmesi ile HIV hastalığının geçerli tedavi girişimlerinin etkinliği arasında yeterli bir dengenin olmadığını öne sürmektedirler. Ayrıca, zorunlu tarama potansiyel olarak yanlış (+) testler riskini de taşımaktadır. Zorunlu testi onaylamayanlar, aynı zamanda danışmanlık, psikososyal destek, kimyasal bağımlılığın tedavisi, barınma, çocuk bakımı ve medikal tedavi gibi temel destekler için çok büyük bedel ve sosyal sorumluluğa dikkat çekmektedirler. Zorunlu test aracılığıyla yakın zamanda tanı almış HIV (+) bireyler için sunulan hizmetler, eğer aile test edilmeye karşı çıkmışsa yeterince destekleyici olamayabilecektir. Zorunlu test, enfekte olmamış ve sonradan seronegatif olan HIV antikor (+) yenidoğanları gösterecektir. Bu çocukların bir çoğu, AIDS bebekleri gibi hastanenin "pansiyoner bebekleri" olarak, şimdi "istenilmeyen", daha sonra da geri dönülmez biçimde "damgalanmış" olmak durumunda kalabileceklerdir (Berger ve ark., 1996).

HIV tarama testleri konusunda Dena S. Davis'in önerisi ise, rutin ancak zorunlu olmayan testlerin gebe kadın ve yenidoğanda yapılması biçimindedir. Gebe kadına zorunlu test yapılmasının, kadını, kendisi hakkında sağlıkla ilgili kararları veren

özerk erişkinler sınıfının dışına ittiğini ve hakları fetüsünkilere göre ikincil olan bir "fetüs taşıyıcısı" (fetal container) konumuna getirdiğini ileri süren Davis, bu durumun onlara karşı adaletsizlik olacağından ve hatta istismara varan tutumlara yol açabileceğinden endişelendiğini dile getirmektedir. Ona göre, moral açıdan gebeliği sonuna kadar sürdürmeyi amaçlayan bir gebe kadının sağlıklı bir bebek elde etmek için ağır sorumlulukları vardır ve çeşitli olumsuzluklara katlanmaktadır. Örneğin; ilaç bağımlısı kadınlar doğumları sırasında yataklarına zincirlenebilmektedirler. Ayrıca hekimler girişimlerinin pek çoğunu (+) bir teste dayandırmak isteyeceklerinden kadının onamı gerekli olacaktır. Oysa hukuksal yaklaşım zorunlu testi, zidovudine kullanımını ve sezeryana zorlama gibi uygulamaları desteklememekte, HIV (+) annelerden doğan bebeklerin çoğunluğu einfekte olmamakta ve zidovudine'in fetüs üzerindeki etkileri bilinmemektedir. Bu yönden kadının zorunlu testi reddetmesi sanıldığı kadar mantıkdışı olmayabilir. Örneğin test sonucu (+) olan bir kadın işinden ya da evinden atılabilir ve bu durumda doğan bir bebek için sağlıklı bir ortamdan söz edilemez. Bununla birlikte maternal test, çocukların yaşamlarını kurtarmak bakımından güçlü bir potansiyele sahip olduğu için, gebe kadınların zorunlu programlar konusunda cesaretlendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu danışmanlık hizmetinin rutin olduğu, kadının etnisite, medeni durum ya da yoksulluğunu kışkırtmadığı, düşük gelirli insanlara bakım veren kliniklere hapsedilmediği durumlarda önemli işlevi olacaktır.

Yenidoğanların testi, sorunun çözümlenmesi ya da bebeğin yaşamını uzatma girişimlerine yol gösterici olacaksa, ana-babaların yasal ve etik açıdan testi reddetmelerine izin verilmemelidir. Yenidoğanda test pozitifliğinin, kendisi hakkında bilgi edinmek istemeyen anne için olayın tek anlatıcısı olması gerçeği, annenin çocuğun yararı için umut verici girişimleri reddetmesine izin verilmesi için yeterli değildir. Öte yandan HIV (+) olarak bilinmenin gerçek sosyal ve ekonomik risklerine duyarlılık, gizlilik sözlerinin içtenlikten uzak olabileceğinin farkında olmak ve annenin özerkliğine saygı varsa, yenidoğanın yararlarının öncelikli olması mantıklıdır. Ancak yenidoğan rutin körleştirilmiş testi için ana-baba onamı zorunlu olmalıdır (Davis, 1996).

Dr. G. Scott, klinik hastalığın başlaması öncesinde antiviral tedavi ve öteki etkin proflaktik önlemlerin uygulanabilmesi için kısa bir dönem olması nedeniyle,

çocuklarda HIV enfeksiyonunun etkili tedavisi için erken tanının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Erken tanının en içten savunucuları arasında yer alan Dr. M. C. Heagarty ise soruna başka bir noktadan yaklaşmakta ve şunları dile getirmektedir: "Potansiyel olarak einfekte gösterilen, antikor (+) yenidoğanlar, doğumda teşhis edilmiş olmalıdır, çünkü onların tıbbi bakımı normal çocuğa sağlanandan farklıdır. Örneğin, nedeni bilinmeyen ateşle başvuran normal 6 aylık bebeğe göre, antikor (+) olduğu bilinen bebeğe yaklaşımın çok daha agresif olması gerekir." (Bayer 1996).

Yukarıda ele alınan örnekte de görüldüğü gibi, çocuk sağlığı konusunda yapılacak olan gönüllü ya da zorunlu tarama testleri tıbbi, etik, politik ve sosyal boyutları olan araştırmalardır. Bu nedenle araştırma planında, bireysel yaşam çıkarları, ana-baba sorumluluğu, çocuğun iyiliği, toplumun çıkarları ve sorumlulukları dengelenmiş, testin potansiyel ve güncel yararları ile potansiyel ve gerçek zararları ayrıntılı olarak değerlendirilmiş olmalıdır.

4.5. Tıbbi Araştırmaların Amaçlarına Göre Sınıflandırılması

Bireyin yararına yönelik araştırma ile bilimsel bilgide artışı amaçlayan araştırma arasındaki farkı göstermek için sıklıkla "terapötik araştırma" ve "non- terapötik araştırma" terimleri kullanılmaktadır. Bu tez bağlamında kullanılması özellikle yeğlenmemekle birlikte, söz konusu terimlerin yaygın olarak bilinen, anlaşılan ve üzerinde uzlaşılan terimler olması nedeniyle gerektiğinde kullanılmalarında bir sakınca görülmemiştir. Aynı gerekçe ile yerine göre "terapötik araştırma" anlamında "tedaviye yönelik araştırma", "non-terapötik araştırma" anlamında ise "tedaviye yönelik olmayan araştırma" terimleri kullanılmıştır.

Çocuklar üzerinde yürütülen araştırmalarda etik kodlar ve ilkelerin formulasyonu açısından, yukarıda sözü edilen ayrımın önemli bir kılgısal değeri vardır. Her araştırma projesi için kesin olarak tanımlayıcı ve kullanılabilir terimler bulma konusunda yetersiz kalındığı ve bu kavramsal çerçeve içinde uygulama yapmanın aşırı derecede güçlükler içerdiği, ayırımın sezgisel olarak anlaşılmasının görece kolay olduğu yorumcular ve ilke belirleyiciler tarafından dile getirilmektedir. Bu bağlamda temel ve basit olarak, non-terapötik araştırmada başkalarının yararı söz

konusu iken, terapötik araştırmada deneğin, kendi yararı için araştırma riski aldığından söz edilebilir.

İnsan üzerindeki araştırmaların terapötik ve non-terapötik olarak ayrımı konusundaki tartışmaların başlangıcı, gerçekte eski dönemlere kadar uzanmaktadır. Örneğin, non-terapötik araştırmanın en erken tanımının, belki de Hipokrat tarafından gerçekleştirilen kafatası kırılmış bir adamın gözlemine dayandığını öne sürenler vardır. Söz konusu olguda, kırılan kemiği kaldıran Hipokrat, beyin tabanındaki darbeyi ve buna bağlı olarak bedenin karşı yarısında ortaya çıkan konvülsif hareketleri gözlemlemiştir. Daha yakın dönemlerde ise, deneysel tıbbın öncüsü olan Bernard deneğin yararına olabilen araştırmalarla, onun zararına olabilen araştırmaların ayırt edilmesi gerektiğini ve yalnızca birincilerin hoş görülebileceğini belirtmiştir. Benzer biçimde konuyla ilgili olarak 1931'de kabul edilen Alman genelgelerinde (Circular of the Ministry of the Interior on Directives Concerning New Medical Treatments and Scientific Experiments on Man) terapötik ve non-terapötik araştırmalar, "yeni tedavi" ve "bilimsel araştırma" terimleri ile farklı kategoriler olarak dile getirilmiştir. Bu ayrımın varlığı, geçmişten günümüze kadar çeşitli biçimlerde kabul edilmekle birlikte, tartışmalarda hangi araştırmanın "hoş görülebilir" olduğu konusu önemli bir rol oynamıyordu. Konunun, bu biçimde moral değerler açısından ele alınması için, İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda ortaya çıkan insanlık dışı denemelerin öğrenilmesi gerekiyordu. Nuremberg Askeri Mahkemesinin sonuçları, Nazilerin emri altında çalışan bilim adamları (!) ve doktorlar (!) tarafından konsantrasyon kamplarındaki tutuklu ve akıl hastaları üzerinde yapılan zalimce araştırmaları tüm bilim toplumuna ve dünya kamuoyuna göstermişti. Konuyla ilgili deneysel raporları inceleyen Amerikan Hükümetinin bulgularını dile getiren Ivy şu çarpıcı nitelemeyi yapmıştı: "Onların deneylerinden biri, özellikle iğrenç ve gaddarcaydı; tifüs deneyleri". Buchenwald konsantrasyon kampındaki tutuklulara ilk önce çeşitli deneysel aşılarla enjeksiyon yapılıyor, birkaç hafta sonra tekrar tifüslü hastadan alınan kanlar veriliyordu. Tutuklular 3-4 gün içinde ölüyorlardı (Nicholson, 1986, s.:27- 28).

Nuremberg Kodunun düzenlenmesi, açığa çıkarılanların bir sonucu olarak bilim etiği tarihindeki yerini aldı. Bu gelişme, bir araştırma projesinin toplum için potansiyel değerine bakılmaksızın, araştırma deneği olan her bireyin haklarının korunması

gerekliliği açısından büyük bir öneme sahipti. Nuremberg kodunun belirlenmesiyle birlikte insan deneğin gönüllü onamının kesinlikle temel olduğu vurgulanmaya başlandı ve bu temel ilke herhangi bir araştırma projesinde olası risk ve yararların özenle değerlendirilmesi gerektiği dile getirilerek desteklendi. Böylece, hem evrensel düzeyde, hem de başta tıp dünyası olmak üzere bütün bilim çevrelerinde deneğin yararına yürütülmeyen bütün araştırmaların sorgulanması gerektiği anlayışı gelişti.

Nuremberg Kodu ile düzenlenen ilkeler, özellikle çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar için özenle gözden geçirildi. Örneğin, konu İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi'nin 1962-1963 raporunun giriş bölümünde seçkin bir Amerikan moral teoloğu olan Ramsey tarafından kaleme alındı. Ne yazık ki, karşıt tavır aynı zamanda ve "çocuklar ya da yetişkinlerdeki her araştırma, terapötik araştırma olarak adlandırıldığı sürece kabul edilebilirdir" biçiminde bir savla ortaya çıktı. Bunun uç bir örneği, Mayıs 1983'de Avrupa Pediyatrik Kardiyologlar Birliğine bildirilen bir projede gösterildi. Bir grup pediyatrik kardiyolog, büyük arterlerin transpozisyonu olarak bilinen kalp damarlarının konjenital anatomik defektinin düzeltilmesi için Paris'te yeni bir prosedürü denediler. Uygulanmakta olan yöntem ise, büyük bir kardiyoloji merkezinde mortalite oranı %0'dan %10'a kadar değişen Senning ve Mustard adlı iki standart prosedür idi. Yeni Paris prosedürü iki aşamada yürütüldü. İlk aşamada 30 çocuktan 6'sı öldü ve daha fazla kurtarıcı olan standart Senning acil olarak yapıldı. İkinci aşamada ayrıca 7 çocuk öldü ve böylece mortalite oranı % 43'e ulaştı. Sonuçta 9 çocuğun asemptomatik olduğu; ancak bunların 5'inin anormal kardiyak fonksiyonlar, yüksek mortalite ve morbidite riski taşıdığı bildirildi. Araştırmacıların yanıtı ise, iki aşamalı prosedüre kendilerini kaptırmadıkları, ancak deneme kararını çok küçük çocuklar üzerinde uyguladıkları için, araştırmanın olumsuz sonuçlandığı biçimindeydi (Nicholson, 1986, s.: 28).

Bir başka sorun, terapötik ve non-terapötik araştırma arasındaki ayrımın uygulamada onamın iki ayrı standardına etki edebileceği konusunda ortaya çıktı. Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi'nce hazırlanan İnsan Araştırmaları Üzerine Çalışma Grubu Raporunda konuya ilişkin açıklama şu sözlerle dile getirildi: "Her ne kadar bu ayrım risk ve yarar değerlendirmesine sıklıkla uygun ise de, bazı yanlış anlayışlara yol açabilecek nitelikte olması önemlidir. Çünkü ayrım, terapötik araştırmanın hastanın

doğrudan yararına olacağını ima etmektedir. Sonuç olarak tam ve özenli bir onam gereksiniminin non-terapötik araştırmada son derece önemli olduğu dikkate alınmalıdır; çünkü sıklıkla açıklandı ki, terapötik araştırma tedavi ya da bakımla karmakarışık hale getirilmiştir."

Daha sonra Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında İnsan Deneklerin Korunması İçin Birleşik Devletler Ulusal Komisyonu aynı güçlüklerle karşı karşıya geldi ve araştırma kategorilerinin daha açık olarak ancak aşağıdaki biçimde tanımlanabileceğine karar verdi.

a. Terapötik araştırma: Deneklere doğrudan yarar beklentisi vaat eden bir girişim ya da deneklerin iyiliği için izlenmesi gereken bir prosedür.

b. Non-terapötik araştırma: Deneklere doğrudan yarar beklentisi vaat etmeyen bir girişim ya da deneklerin iyiliği için izlenmesi gerekli olmayan bir prosedür (Nicholson, 1986, s.: 30).

4.5.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalar

"Terapötik araştırma" terimi, konusu ile ilgili çekincelere karşın, ilk kez 1977'de Amerikan raporlarında kullanıldı ve kapsamı çocuklar üzerinde izin verilen araştırma tiplerine kadar genişletildi. Bazı öldürücü girişimlerin listesi hazırlandıktan sonra, raporda kullanılan "terapötik araştırma" terimine, araştırmacılar tarafından da sahip çıkıldı ve "araştırma, terapötik amacı da taşısa, ancak bir araştırmanın amacı kadar deneklere yönelik bir aktiviteden oluşmaktadır" nitelendirmesi yapıldı.

Araştırma deneklerinin ve araştırmacıların çıkarları arasında ve çocukların ortak çıkarlarıyla bireysel çıkarları arasındaki pek çok karışıklık "terapötik araştırma" teriminden kaynaklanmaktadır. Araştırma bağlamında kullanılan "terapötik" terimi, son derece karışık ve bilimsel olmayan bir terimdir; sürdürülen araştırmanın amacı karıştırıldığı için şimdiki gerçekler, gelecek için belki de temelsiz umutlar olacaktır. Ayrıca, terimin geniş ve belirsiz kapsamı, araştırmacıların iyi niyetli isteklerine izin vermektedir. Bununla birlikte, zaman içinde araştırmayı değerlendirmedeki ölçütün bilimsel dikkat, etkinlik ve yeterlik olacağı açıktır. Konuyla ilgili daha doyurucu ve

mantıklı bir görüş, bütün tıbbi girişimlerin, tedavi edici olmasını istemekten çok, zararı azaltmak açısından değerlendirilmesi gerektiğidir.

Bütün tıbbi girişimlerde, temel olarak şu dört niteliğin var olduğu söylenebilir:

- Sağlıksız ya da kötü sonuçları azaltıcı olmak
- Ümit verici görünmek, ancak denenmemiş olmak.
- Kullanılan, ancak sonuçları bilinmeyen olmak
- Elde edilen veriler ışığında terk edilebilir olmak.

Araştırılmakta olan tedavide, er geç araştırma bulguları gelecekte büyük yararlar getiriyor olsa da "sistematik inceleme" anlamında araştırma, doğrudan araştırma deneklerinin yararına değildir. "Terapötik" terimi araştırmanın kesinlikle yarar vereceği konusunda sahte imada bulunur, oysa iyi bir araştırmanın yapısı "kuşku" üzerine kurgulanır. Plasebo ya da tedavi almayan kontrol grupları, çoğunlukla "terapötik araştırmaya katılma" biçiminde yanlış sınıflandırılmaktadır. Bir tedavinin, örneğin bir ilacın yararlı olduğu konusunda görüş birliği varsa ve bu ilaç daha sonra rutin tedavide kullanılmaya aday görünüyorsa, herhangi bir çocuk sözü edilen ilaca ulaşmak için deneye katılmamalıdır ve bu nedenle "terapiye ulaşmanın tek yolu olması" anlamında araştırmanın terapötik sayılmaması gerekir. (Alderson, 1992).

Araştırmada ilaçların kullanılması uygun bulunduğu zaman, araştırma sorusu genellikle onların karşılaştırmalı etkilerini merkeze alır. Uygulanmakta olan bir araştırmanın getireceği yarar henüz bilinmediği için, araştırma sona ermeden onun terapötik olduğunu öne sürmek akılcı değildir. Ayrıca kullanılan "terapötik" terimi denemeye katılan hastaları şaşırtabilir ve araştırmanın etik temellerinden biri olan "sonuçların belirsizliği"nin yadsınması anlamına gelebilir. Test edilmekte olan yeni bir ilaç, onun yararları ve riskleri bilinene kadar tam anlamıyla "terapötik" olarak betimlenemez. Bu nedenlerle bütün araştırmalar, gerçekte "non-terapötik" sayılmalıdır (Alderson, 1992).

Yukarıda sözü edilen yanıltıcı nitelendirmelerden kaçınılması açısından tedaviyle birlikte yürütülen araştırma ile tedaviyle birlikte olmayan araştırma arasındaki ayrım önemlidir. Böylece "araştırma" ile "araştırılmakta olan tedavi" arasındaki ayrımda da açıklık sağlanmış olacaktır. "Terapötik araştırma" teriminin yürürlükten kaldırılması,

araştırma projeleri içinden yalnızca geçerli ve yararlı olan az sayıdaki tedavilerin, yararlılık ve sorumluluk açısından yeniden betimlenerek açıklanmasına yardımcı olacaktır. Bunun yanı sıra araştırmacılar da, elde edilen kavramsal açıklıktan yarar göreceklerdir. Çünkü araştırmacılar da, veri toplayarak hastalara yardımcı olmaktadırlar ve toplanan veriler çocukların gelecekteki yararı için kullanılabilecektir. Öte yandan, bazı doktorlar araştırmada yer alan hastaların daha iyi tedaviye ulaşacaklarını öne sürmektedirler. Araştırma bulgularının, belki de çocuklara büyük yararları olabilecektir ve bu istenilen bir sonuçtur; ancak araştırma aşamasında kimse sonuçlardan ya da araştırmada yer alıp almamanın çocuğun yararına olacağından emin olamaz. Kaldı ki yönergelerin hemen hepsi, hastalara araştırmada yer almasalar ya da araştırmaya katılmayı reddetseler de olanaklı en iyi bakımın sürdürüleceği konusunda güvence verilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar.

4.5.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalar

1980'de yayınlanan İngiliz yönergeleri, araştırmaların çocuklara yararları ve yararların risklerden fazla olacağı umudu varolduğu sürece, belirli non-terapötik araştırmalara hukukçular tarafından izin verilebileceği üzerinde önemle durmaktadır. İhmal edilebilir riskin birkaç örneği, daha sonra tartışılan bazı risk-yarar analizleriyle saptanmıştır. Rapor, yeni prosedürlerin ilk olarak erişkin gönüllülerde, daha sonra araştırmaya gönüllü olarak katılma konusunda yeterli büyük çocuklarda, daha sonra da küçük çocuklarda test edilmesi, ancak çok küçük çocukların dışarıda tutulması gerektiğini öne sürmüştür (Alderson, 1992).

Sonraki yıllarda hazırlanan İngiliz raporları ise, çocukların görüşlerine olan ilgiyi yaygınlaştırmıştır. 1990'daki raporda çocuklara danışılması, anlayabilecekleri sürece açıklama yapılması ve çocukların reddetme yetkisine her zaman saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Eğer çocuk, non-terapötik araştırmaya katılmayı reddediyorsa, araştırmacı prosedürün uygun olup olmadığını yeniden gözden geçirmelidir. Ayrıca, "araştırma, erişkinlerde de aynı derecede uygun olarak yapılabilecekse, çocuklarda asla yapılmamalıdır" biçimindeki yasak, bütün yönergelerde tekrarlanmıştır.

Öte yandan, İngiliz Pediyatri Birliği (British Paediatric Association) non-terapötik araştırmanın "mutlaka etik dışı ya da yasa dışı olmadığını"; bununla birlikte çocuğun karşılaşabileceği riskin, minimalden daha fazla olmaması gerektiğini ileri sürmektedir. İhmal edilebilir risk "günlük yaşamda karşılaşılandan daha az risk" olarak, minimal risk ise "ihmal edilebilire göre büyüklüğü şüpheli risk" biçiminde tanımlanmıştır. Araştırmanın kabul edilebilirlik ölçütü olarak, olası risk düzeyinin alınması, uygulamada pek çok sorunu gündeme getirmektedir. Çünkü, çeşitli non-terapötik araştırma prosedürlerinin risk kestirimi konusunda eldeki bilgiler son derece yetersizdir. Çocuklarda yaygın olarak yürütülen ve invaziv bir prosedür olan ven ponksiyonu benzeri uygulamaların, çocuk deneğe getireceği riskin düzeyini kestirmek oldukça güçtür. Konuyla ilgili olarak yapılan ve burada sunulacak olan prospektif çalışmanın amacı, okul öncesi sağlıklı çocuklar grubu üzerinde ven ponksiyonunun etkilerini ve ven ponksiyonunun İngiliz Pediyatri Birliği kurallarına etik açıdan uygun olup olmadığını belirlemektir. Çalışma Üniversite Etik Komitesi tarafından kabul edilmiştir.

Bir ana okulunda 800 okul öncesi çocuğun ana-babalarından, Çinli çocuklarda serum immunglobulinlerinin dağılımlarını ilgilendiren bir çalışmaya katılmaları istenmiş ve onlara çalışma hakkında yazılı açıklama yapılmıştır. 800 ana- babanın 461'i (% 57) çocuklarının katılımı için yazılı onam vermiştir. Yazılı onam alınan çocukların 459'u 3.6 - 6.6 yaşları arasındadır ve 220'si erkek, 241'i kız çocuktur. Ancak çocukların 425'inden kan almak olanaklı olmuş, kalan 36 çocuktan, çoğunluğu ven ponksiyonu yapılan günde okulda yoktur ve yalnızca birkaç çocuk ven ponksiyonu için işbirliğini reddetmiştir.

Pediyatristler tarafından 23 numara kelebek iğne ve 5 ml.lik şırınga kullanılarak el ya da antekubital fossadan 3 ml. kan örnekleri alınmış ve lokal anestezi kullanılmamıştır. Çocuklara, öğretmenleri işlemin başından sonuna kadar ana okulu kütüphanesinde eşlik etmişler ve çocukların ilgisini başka tarafa çekmek için onların önündeki bir masada sergilenen renkli resimler ve şekerler kolleksiyonundan ödüller seçmeleri istenmiştir. 425 çocuğun kanları alındıktan bir ay sonra ana- babalarına, ven ponksiyonunun psikolojik ve fiziksel etkileri hakkında birkaç soruyu kapsayan bir anket gönderilmiş, ankette öteki komplikasyonların bildirilmesi için de bir bölüm ayrılmıştır.

Gönderilen 425 anketten 391'i (%92) geri dönmüştür. Birkaç anket tam olarak tamamlanmadığından her bir sorunun yanıtlarının toplam sayısı farklıdır. Ven ponksiyonuna gösterilen tepkilerde ve major komplikasyonlarda cinsiyet ayrımı yoktur. 33 çocuk (%8.4) kan örneklemi sırasında orta derecede ya da şiddetli ağrıdan, 7'si (%1.8) prosedür sonrası orta derecede rahatsızlıktan yakınmıştır. 14 çocukta (%3.6) orta ya da şiddetli derecede ekimoz görülmüştür. Bununla birlikte büyük bir çoğunluğu (%78), gelecekte kan alınırsa bu deneyimin çocuk için yararlı olacağını ve önemli bir bölümü (%40) daha sonra doktor ya da diş hekimine görünmek için gittiği zaman daha emin olacağını belirtmiştir. Ven ponksiyonu öncesi birkaç gün içinde ortalama ya da şiddetli derecede korku ya da sinirlilik yaşayan 8 çocuktan 5'i gelecekte ven ponksiyonuna gerek olursa, bu deneyimin onlar için yararlı olduğunu, 4'ü daha sonra doktora görünme gereksinimi olursa daha emin olacağını ve yalnızca biri deneyimin yararlı olmadığını ve doktora gittiğinde daha çok endişeleneceğini bildirmiştir (Lau ve Yeung, 1992).

İngiliz Pediyatri Birliği tarafından "İhmal edilebilirden daha fazla olduğu şüpheli olan risk" biçiminde tanımlanan "minimal risk" terimi, oldukça bulanık ve yorumlanmaya açıktır. Bu çalışmadaki çocukların bir grubu, ven ponksiyonundan orta/şiddetli ağrı (%8.4) ve daha sonra orta/şiddetli ekimoz (%3.6) nedeniyle ıstırap çekmiştir; %3.6 ortalama şiddette ekimoz bir dereceye kadar yüksek görülebilir, ancak yalnızca %1.8 ven ponksiyonu sonrasında ortalama rahatsızlık hissetmiştir. Bundan dolayı, ven ponksiyonu riskinin günlük yaşamda karşılaşılandan daha büyük olduğu ve bu yüzden minimalden daha fazla olduğu tartışılabilir. Ancak, söz konusu edilen olumsuz etkiler genellikle geçicidir ve büyük çoğunluğundaki (%78) olumlu etkiler gelecekteki ven ponksiyonu için daha temel niteliktedir. Denilebilir ki, ven ponksiyonu riski, İngiliz Pediyatri Birliği'nin minimal risk tanımına uygun olarak kabul edilebilir düzeydedir. Bununla birlikte, pediyatristler tarafından yerine getirilmiş olan ven ponksiyonu işlemi, öğretmenlerinin eşlik ettiği, ödüller aracılığıyla dikkatlerin başka tarafa çekilmiş olduğu tanıdık bir çevrede bile çocuklar için stres yaratmaktadır. Bütün bunlar riski ve stresi, öteki bütün koşullardan, örneğin hastanede hastalık sırasında olandan daha aşağı düzeye indirmek içindir (Lau ve Yeung, 1992).

Smith tarafından yapılmış olan ve daha büyük yaşlardaki (6.5-7.5 yaşlar) 77 İngiliz çocuğunun yer aldığı küçük bir örneklemde, benzer bir çalışma vardır. Bunda kan örnekleminden uzun bir süre sonra (18 ay) anketler verildiğinden eleştirilmiştir. Ancak, çalışmanın sonucu yukarıdaki sonuçlara benzer niteliktedir; Smith'in çalışmasındaki çocukların %92'si ven ponksiyonundan sonra kaygı duymadıklarını; %38'i kan alınmasının az miktarda zarar verdiğini ya da hiç zarar vermediğini dile getirmişlerdir.Ven ponksiyonuna ilişkin reaksiyonlar, tümüyle farklı kültürün çok farklı iki etnik grubunda aynıdır. Çinli çocukların yer aldığı araştırmada, 8 çocuktan 5'i pozitif etkileri bildirmekte iken; yalnızca birinin, prosedür sonrasında negatif etki olarak ven ponksiyonu öncesi birkaç günde orta/şiddetli derecede korku duyduğunu dile getirmesi ilginçtir. Bundan dolayı, Smith tarafından önerildiği gibi, çocuğun prosedür öncesi birkaç gün içindeki reaksiyonuna bakılarak ven ponksiyonunun dışında bırakılması gerektiği biçimindeki önlem mantıklı görünmemektedir (Lau ve Yeung, 1992).

Sonuç olarak, ven ponksiyonundan sonra okul öncesi çocuklar arasında ciddi komplikasyonlar ve minimalin üstünde değerlendirilebilecek minör komplikasyon riskinin olmadığı, ana-babaların algıladıklarına göre bazı pozitif etkilerinin bile olabileceği ve bu nedenle non-terapötik bir araştırma projesinde ven ponksiyonu yapılmasının etik açıdan uygun olduğu söylenebilir.

4.6. Çocuk Hakları

Geleneksel olarak süregelen, aile ilişkilerinde ve aile içi düzenin sağlanmasında babanın tek otorite olduğu, çocuğun eğitiminde sıkı disiplin ve eza-cefanın gerekli görüldüğü anlayış yüzyıllar boyunca egemenliğini sürdürmüştür. Sosyolojik bir gerçeklik olarak bu durum, gerek Doğu uygarlıkları, gerekse Helenistik, Klasik Roma ve Alman hukuk sistemleri tarafından kabul edilmiş bir otorite biçimidir. Söz konusu döneme ilişkin hukuksal düzenlemelerde ve yazın yapıtlarında babacı otoritenin yansımalarını bulmak olanaklıdır. Örneğin, Cicero'nun eserlerinde, bir babanın, çocuklarından neredeyse bir tanrıya benzer saygıyı gördüğünden söz edilmekte, aynı olgu Shakespeare'in ünlü "Bir Yaz Gecesi Rüyası"nda ise şu sözlerle dile getirilmektedir:

"Ne diyorsun Hermia? Sana, baban bir tanrı gibi olmalıdır..." (Rivero, 1992).

Babacı otoriteye ek olarak (ve onun sonucunda), çocukların görevlerinin, onların haklarından önce tanımlanmış olduğu bilinmektedir. Rousseau'ya "bırakın çocukların görevlerinin daha az ve haklarının daha fazla olmasını konuşalım" dedirten bu anlayış, endüstri devrimiyle birlikte çocukların insafsız ve şiddetli sömürüden ıstırap çektiği bir dönemin yaşanmasına yol açan etkenlerden biri olmuştur.

Günümüzde ise, söz konusu anlayışın yerine, odağında "çocuğa saygı", "çocuk hakları" kavramlarının bulunduğu yaklaşım evrensel düzeyde kabul edilmektedir. Toplumsal-siyasal evrimin sonucu olarak gelişen çocuk haklarının temelinde "insan hakları" kavramı yer almaktadır. Çocukların, "kişi" olarak tanınması ve haklarına saygı gösterilmesi gerektiği düşüncesi, göreceli olarak yavaş ilerleyen bir süreç içinde gelişmiş, ancak kısa sürede farklı kültürler, gelenekler ve toplumlar tarafından benimsenmiştir. Kuşkusuz bu gelişimde çocuk istismarı ve çocuk emeği sömürüsünün yaygınlaşmasına karşı gösterilen tepkiyle birlikte, çocukları koruyucu yasaların oluşturulması, pedagojinin insancıllaşması, psikolojinin gelişimi gibi etkenlerin de büyük katkısı olmuştur.

Çocuğun bazı haklara sahip olduğu gerçeği, genel olarak kabul edilmekle ve yazının ilerleyen bölümünde ele alındığı gibi kavramsal açıdan iyi tanımlanmış olmakla birlikte, bu düşüncenin yaşama geçirildiğini söylemek oldukça güçtür. Erişkinler için temel insan hakları olarak görülen haklar, yaşlarından dolayı çocuklardan esirgenmektedir. Özgürlükleri ve özerklikleri görece olandan son derece önemli olana kadar uzayan bir dizi yöntemle sınırlandırılmıştır: giyilecek elbiseyi, görülecek filmi, yatılacak zamanı seçme hakkından eğitim sisteminde yer alma hakkına kadar uzayan yadsımalar görülmektedir. Çocuklar, toplumda "medeni haklarından yoksun kalabalık bir grup" olmalarına karşın,aynı zamanda da "sesiz ve temsilcisiz bir azınlık" tırlar. Bir anlamda, tarihteki öteki azınlık gruplarının Martin Luther King'in "hiç kimse olmama" olarak adlandırdığı unutulmuşluk ve dışlanmışlık konumunu paylaşmaktadırlar. Çocuk olmanın, sanılanın tersine pek çok dezavantajları vardır. Bunlardan ilki, çocukların oy verme haklarının olmaması, bir başka deyişle politik haklardan yoksun bırakılmış olmalarıdır. İkincisi, ekonomik açıdan güçsüz olmaları

ve çok az olan bağımsız parasal kaynaklarını denetleme olanaklarından yoksun olmalarıdır. Üçüncüsü, yasal konumlarının temel olarak pasif olması ve ana-babalarının mülkü olarak görülmeleridir. Dördüncüsü, öğretmenlerin ve eğitim sisteminin keyfi otoritesine bırakılacakları, fiziksel ya da psikolojik cezalar alabilecekleri, ulaşamayacakları gizli bir dosyalamanın konusu olabilecekleri eğitim kurumlarında zorunlu eğitimi sürdürmek durumunda olmalarıdır. Beşincisi ise, davranışlarının kontrolü ve disiplin sağlamak için yasal olarak ceza verebilen ana-babanın sürekli gözetimi altında olmalarıdır (Franklin, 1993, s.: 15).

Çocuklar kız, erkek, siyah, beyaz, zengin, yoksul vb. özellikler açısından sonsuz çeşitlilikte olmalarına karşın, bütün çocuklar yalnızca "çocuk olma konumu" gibi bir ortak nokta nedeniyle yukarıda dile getirilen kısıtlamalarla karşı karşıya gelmektedirler. Ayrıca bazı çocuklar ırk , cinsiyet , sınıf, fiziksel ya da zihinsel engeller gibi, yaşa bağlı haksızlıkları açıkça şiddetlendiren etkenler nedeniyle daha faza acı çekmektedirler. Yoksul çocukların yaşamın ilk yılında hayatta kalma, sağlıklı beslenme ve barınma olanaklarından yararlanma, iyi bir eğitim görme, sevgi ve anlayış ortamında yaşama olasılıkları daha düşüktür; buna karşılık hastalanma, önlenebilir bazı hastalıklardan ölme ya da terk edilme ve sürekli koruyuculuk altına alınma olasılıkları daha yüksektir. Benzer biçimde fiziksel ve zihinsel özürlü çocuklar haklarını elde etme konusunda özel güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bütün bu olumsuzluklara ek olarak erişkin ve çocuk ilişkileri konusundaki toplumsal algı, tıpkı erişkin-yaşlı ilişkilerinde olduğu gibi şizofrenik bir görünüm sergilemektedir. Toplumun her iki gruba karşı tutumu hem sert ve ihmalkar, hem de paternalist ve koruyucudur. Toplumsal algıdaki bu parçalanmışlık ve ikilik, çocuk hakları konusundaki yaklaşımlara da bir ölçüde yansımakta ve çocuklarla ilgili iki farklı savunma stratejisinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır.

4.6.1. Haklar ve Hakların Kaynağı

Çocuk hakları konusunun tartışılabilmesi için öncelikle "hak" kavramının ve hakların temel dayanaklarının ele alınması gerekmektedir. Hukukçular ve felsefeciler, hakların nereden kaynaklandığı sorusuna farklı yanıtlar vermekle birlikte, insan yaşamının doğası gereği çatışmaya açık olduğu görüşünde uzlaşmaktadırlar. Hume'a

göre, adaletin kökeni, doğanın onların gereksinimlerini son derece kıt ölçüde karşılamasının yanı sıra insanların bencil olması ve cömertliklerinin sınırlı olmasıdır. Kant ise, hakların kaynağına ilişkin şunları söylemektedir: "Kendilerini korumaları açısından genel yasalara gerek duyan, ancak her biri birer birey olarak gizliden gizliye bu kısıtlamadan kendilerini soyutlamaya eğilimi taşıyan çok sayıda rasyonel varlık düşünüldüğünde; onların durumunu nasıl düzenler ve onlara kişisel eğilimleri uzlaşmaz nitelikte olmasına karşın; yinede birbirleri üzerinde bir denetleyici güç olarak hareket edebilecekleri, kamusal ilişkilerde bu tür kötü duyguları hiç yokmuş gibi davranabilecekleri bir anayasa nasıl getiririz ?". Rawls'ın konuya yaklaşımında adalet koşulları, insanın işbirliğini hem olanaklı hem de zorunlu kılan koşullar olarak belirlenmekte ve bu koşulların birbiriyle ilgisiz olan insanların sınırlı kıtlık ortamında toplumsal avantajların paylaşılması konusunda birbiriyle çatışan isteklerle ortaya çıkmalarına yol açtığı dile getirilmektedir. Yukarıda sözü edilen görüşler ışığında, hakların neden gerekli olduğuna ilişkin üç temel koşul saptanabilir. Doğadaki maddi olanakların sınırlı olması ve bencillik.(ya da en azından koşulsuz özgeciliğin bulunmaması) bir biriyle çelişkili istekler doğurmaktadır. Hangi isteklerin geçerli olduğu ve bunlardan hangilerinin öncelikli olduğuna karar verilmesi gerekliliği buradan kaynaklanmaktadır. Bu iki koşuldan başka ve onlardan daha temelde ise, farklı bireylerin ve grupların "iyi" anlayışlarının farklı olması ve uzlaşmaz nitelik taşımasından kaynaklanan çıkar çatışması bulunmaktadır. Bu tür kararların verilmesini gerektiren ve hakların sağladığı güvenceleri zorunlu kılan bu çıkarlardır. İlk iki koşulun olmadığı, bir başka deyişle insanların iş birliğine bağlı bir bolluk ve özgecilik ortamında bulunduğu durumlarda da, "iyi" kavrayışları bir birleriyle çatışan birey ya da gruplar var olduğu sürece, kazanımların ve yüklerin hakça paylaşımı ve hakların korunması gerekecektir. Çünkü her "iyi" kavrayışı, belirli toplumsal ilişkiler ve yaşam biçimleriyle bireylerin çıkarlarını belirlemenin, rolleri ve işlevlerinden kaynaklanan çeşitli çıkarları kavrayıp ortaya koymanın belirlenmiş yollarından yanadır ve başka seçeneklere de karşıdır. Bu durumda özgeci insanlar kendi "iyi" anlayışlarını bilinçli ve içtenlikli olarak izlemekte iken, adaletsizliğe yol açabilirler. Söz konusu kavrayışın tümüyle gerçekleşmediği ya da evrensel kabul görmediği bir dünyada, herhangi bir anlayışın bencil olmayan

savunucuları da başka anlayışların yandaşlarını tehdit etmektedirler (Lukes, 1998, s.: 53-56).

Bu bağlamda hakların , bireylerin kendilerine belirli biçimlerde davranılması isteğinin temeli olduğu söylenebilir. Haklar bu bireylerin çıkarlarını, bir başkasını ya da başkalarını kendilerine belirli biçimlerde davranma yükümlülüğü altında bırakmanın yeterli gerekçeleri olarak göstermektedir (Lukes, 1998, s.: 93).

Evrensel ilkeler ve herhangi bir hukuk sisteminden bağımsız oldukları kabul edilen ve doğal haklar olarak tanımlanan bu hakların önde gelenleri arasında yaşama hakkı, düşünceleri özgürce dile getirme hakkı, dini inanç hakkı, özel yaşama saygı hakkı gibi temel insan hakları sayılabilir. Bu hakların kullanılmadığı durumlarda da, söz konusu haklar "hak olma" niteliğini kaybetmezler. Başkalarına hükümlülük doğuran bu hakları bir örnek üzerinde göstermek mümkündür. A bir X hakkına sahip ise, "A' nın bir X hakkı var" demek, "başkalarının A' ya X borcu var" demektir. Bunun için iki durum söz konusudur. İlkinde A' nın X' i elde etmek için çaba göstermesi gerekmektedir. Düşüncelerin özgürce dile getirilmesi hakkı bu durum için iyi bir örnektir; bir kişinin bu hakka sahip olduğunu söylemek, başkalarının onun bu hakkını kullanmasını engellememekle yükümlü olduklarını söylemektir. İkincisinde ise, A' nın X' i elde etmesi için kendisine yardım edilmesi gereklidir. Örneğin kişinin, hekimden tıbbi yardım alma hakkının olduğunu söylemek, hekimin, o kişiye tıbbi bakım sağlamakla yükümlü olduğunu dile getirmektir (Nuttall, 1979, s.: 206). İlk durumda örneklenen ve toplumun öteki üyelerinin yalnızca engellememelerini gerektiren haklar "negatif haklar" olarak tanımlanırken; ikinci durumda dile getirilen ve toplumun öteki bireylerinin katılımını ve çabasını zorunlu kılan haklar "pozitif haklar" tanımlanmaktadır (O'Neill, 1991, s.: 19). Bu bağlamda günümüzde sürdürülen temel insan hakları savaşımının, hakların her iki türünün yaşama geçirilmesini sağlamaya yönelik olduğu söylenebilir.

4.6.2. Genel Anlamda Çocuk Hakları

"Hak" kavramının içerdiği çok boyutluluk, "çocuk hakları" kavramı için de geçerlidir ve toplumsal, felsefi, moral ve yasal soruları beraberinde getirmektedir. Çocuklar için dile getirilen hakların çeşitliliği aynı zamanda bir karmaşıklığın ve

önceliklendirme sorununun ortaya çıkmasına da yol açmaktadır. Örneğin, Holt'un çocuklar adına savunduğu haklar listesi oy kullanma, mülk sahibi olma, seyahat etme, koruyucusunu seçme, güvenilir bir gelir elde etme, yasal ve parasal sorumluluklar üstlenme, öğrenimini denetleme, araba kullanma gibi erişkinlere ilişkin pek çok hakları içermektedir. Pinchbeck ve Hewitt ise, çocukların yeterli beslenme, giyim, tıbbi bakım, uygun eğitim ve öğretim, sömürü, zulüm ve ihmale karşı korunma haklarını vurgulamaktadırlar. Konuyla ilgili olarak Vesayet Altındaki Gençlerin Ulusal Birliği (İngiltere), daha genel, ancak aynı ölçüde temel bir takım hakları dile getirmektedir; insana saygı, kişisel dokunulmazlık, özerklik, damgalanmama hakları. Bu bağlamda, çocuk hakları konusunun, savunulması istenilen hakların çeşitliliği, bunları uygulamaya geçirmenin güçlükleri, gerekli kaynaklar ve hakları tanımanın getireceği sosyo-politik sonuçlar açısından sorunlar taşıdığı söylenebilir. Söz konusu güçlüklerin bir bölümü, hakların sınıflandırılması aracılığıyla çözümlenebilir.

Haklar tartışmasında öncelikli ve temel olarak yasal hakların, doğal (manevi) haklardan ayrılması gerekmektedir (Franklin, 1993, s.: 28). Yasal bir hak, ülke yasası tarafından verilen ve uygulanan bir yetkidir. Örneğin, bir ülkenin yurttaşı olarak oy kullanma hakkı, o ülkedeki hukuk tarafından tanımlanan ve kutsal sayılan bir haktır. Ancak aynı kişi, bu hakkını başka bir ülkede kullanamaz. Bir başka deyişle bu tür haklar, ilgili ülkenin yasası tarafından yalnızca o ülkenin yurttaşlarına tanınan haklardır (Nuttall, 1997, s.: 205). Doğal hak ise, var olan hiçbir yasada onay ya da kabul görmeyen bir haktır. Örneğin, isteyen herkesin yaşa bağlı olmaksızın oy kullanma hakkı olduğunu ileri sürmek, doğal bir hakkı kullanmaktır. Çünkü bu savın yasalarda yeri yoktur ve hiçbir şekilde bir sosyal olguyu göstermez. Ancak böylece, bir toplum üyesi olan herkesin toplumu yöneten karar alma süreçlerine katılma hakkı olduğu ilkesi savunulmuş olmaktadır. Bu durumda "yasal bir hakkın, var olan yetkiyi tanımlamasına karşılık; doğal bir hakkın doğrulanabilir bir yetkiyi salık verdiği" söylenebilir. Yasal haklar, uygulanabilirlik ve kanıtlanabilirlik açısından da doğal haklardan ayrılırlar. Yasal bir hakkın hukukun adalet sistemi aracılığıyla uygulanabilir olması zorunludur, oysa doğal bir hak her zaman uygulanamaz. Birinin doğal olarak çalışma hakkının olduğunu söylemek, o kişinin bir işi olduğunu söylemek değildir. Tam tersine, bu hakkı en çok dile getirme ve isteme olasılığı

olanlar işsiz insanlardır. Bu demektir ki bir doğal hakkın, en çok, verilmediği zaman farkına varılmaktadır. Ayrıca yasal hakların varlığı hukuk kitapları ve yasaların incelenmesi ya da hukukçularla yapılan görüşmelerde kanıtlanabilir. Buna karşılık, doğal bir hakkın varlığı öne sürülebilir, ancak kanıtlanamaz; bir başkası bu tür doğal hakkı yok sayabilir ve her iki sav kendi dayanaklarını oluşturmaya çalışabilir.

Yasal ve doğal haklar belirgin farklılıklar içermekle birlikte, aralarında yakın bir ilişkinin varlığı da söz konusudur. Örneğin, her ülkeye göre değişebilen zorunlu eğitim hakkı, yasal bir haktır; ama aynı zamanda doğal olarak çocukların eğitim hakkının savunulması durumunda bu iki hak kategorisi çakışmış olmaktadır. Doğal haklar, büyük ölçüde ve zorunlu olarak yasal hakları desteklemekte ve biçimlendirmektedir. Doğal haklara denk düşen yasal düzenlemelerin olmadığı durumlarda (örneğin, çocukların öğrenimi denetleme, adolesanların oy kullanma haklarında olduğu gibi), doğal haklar yasaları eleştirmenin bir nedeni olduğundan değişimin itici gücü işlevini üslenmektedir. Bu nedenle çocuk hakları savunucuları çocuklar için yasal ve doğal hakların tanınması ve geliştirilmesi gerektiğini öne sürmekle birlikte, asıl vurguyu doğal haklar konusunda yapmaktadırlar (Franklin, 1993, s.: 30; Polat,1997, s.: 25).

Çocuk haklarının bir başka sınıflandırılmasında; refah hakları, koruyucu haklar, yetişkin hakları ve ana-babalara kaşı haklar olmak üzere 4 ayrı hak kategorisi tanımlanmaktadır.

1. Refah hakları: Bütün çocukların beslenme , tıbbi hizmet, barınma ve eğitim gereksinimlerini sağlayan bu haklar en açık biçimde Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinde tanımlanmıştır. Çocukların iyiliğinin can damarını oluşturan ve onlara verilebilecek en önemli haklar olarak yorumlanan bu hakların kazanılması her zaman ve her yerde olanaklı görülmemekte ve çocukların erişkinler karşısındaki toplumsal ve yasal konumlarını değiştirmemektedir.
2. Korumacı haklar: Çocukları yetersiz ilgiden , ev içindeki ihmal, fiziksel ya da duygusal kötü davranıştan ya da herhangi bir başka tehlikeden koruyacak haklarla ilgilidir. Çocuklar için sağlanması zorunlu olan korumaların kapsamı oldukça geniş ve tartışmalıdır. Örneğin, herkes çocukların fiziksel ve cinsel istismardan korunması gerektiğini kabul etmekle birlikte, çocukların yarım

günlük işlerin olası tehlikelerinden korunması gerektiği üzerinde görüş birliği sağlanamamaktadır. Çünkü bazı insanlar bu tür çalışmaların çocukların yararına olduğunu düşünmektedir. Refah haklarında olduğu gibi korumacı haklar da çocukların erişkinlere olan bağımlı konumunu değiştirmemekte ve hatta kimi zaman artırmaktadır. Çocuklara kötü davranış konusundaki İngiltere deneyimi, devletin korumacı yöntemlere başvurma gereksiniminde büyük ölçüde çocuğun çıkarlarının erişkinler tarafından algılanışının belirleyici olduğunu; çocuklar üzerindeki otorite ve karar alma yetkisinin bir grup erişkinden (ana-babalar) bir başka grup erişkine devredildiğini ve paternalizmin sürdüğünü ve çocukların özerkliklerinin kısıtlandığını göstermiştir. Bu nedenle kimi çocuk hakları savunucuları korumacı hakların tanımlanması ve uygulanmasında özenli ve duyarlı olunması gerektiğini öne sürmektedirler.

3. Yetişkin hakları: Günümüzde yetişkinlerin sahip oldukları haklara çocukların da sahip olması gerektiğini öne süren bu yaklaşım; yaşın, ayrıcalık vermek ya da yadsımak için keyfi ve akıldışı bir ölçüt olduğu yargısına dayanmaktadır. Buna göre yetişkinlerin tam ve özgür bir yaşam için vazgeçilmez gördükleri hakların (oy kullanma, çalışma, araba kullanma, bağımsız yaşama gibi) çocuklara tanınması onların bu konulardaki özerkliklerini ve bağımsızlıklarını geliştirecektir. Yaş sınırlarına ve kısıtlamalara ilişkin keyfilik, insanın gelişim ve olgunlaşma sürecinin eşitsizliğinin kaçınılmaz bir sonucudur; aynı yaştaki herkes gelişme ve olgunlaşma açısından aynı değildir. Örneğin 21 yaşın altındakilerin X'i yapmalarını yasaklayan bir yasa, X'i yapma kapasitesine sahip bir çok kişiyi dışladığı gibi, kapasitelerine ve yeteneklerine bakılmaksızın 21 yaşın üstünde olan herkesin X'i yapmasına izin verecektir. Bu güç durumun çözümü için Freeman, üç seçenek sunmaktadır. Birincisi, belirli yaş sınırlarının kaçınılmaz olduğu kabul edilebilir, ancak belirlenen yaşın en az sayıda insanı dışarıda bırakacak ölçüde küçük olması sağlanarak adaletsizlik azaltılabilir. İkincisi, yaşla ilgili bütün sınırlamalar ortadan kaldırılabilir. Üçüncüsü, tikel durumlar üzerinden değerlendirme yapılarak, yasaların kendilerine tanımadığı hakları kullanabilecek kadar olgunlaşmış olan 20 yaşındakiler tanımlanabilir. Bu son seçenek de bazı güçlükler içermektedir; bireyin hakları kullanma yeterliğini belirleyecek nesnel bir ölçütün olmaması ve tek tek durumları incelemenin

ayrımcılığa ve keyfiliğe yol açma olasılığı bunlardan başlıcalarıdır. Yaş sınırlamaları ile ilgili yasaların yeniden ele alınması ve düzeltilmesi, çocukların yetişkin haklarına giderek daha fazla sahip olmalarına yol açmaktadır. Oy verme yaşının 18'e düşürülmesi bunun bir örneğidir.

4. Ana-babalara karşı haklar: Çocukların reşitlik yaşına ulaşmadan önce, ana-babaları karşısında daha fazla bağımsızlık sahibi olmaları gerektiğini dile getirmektedir. Bu hakların amacı da çocukları korumak değil, özerkliklerini arttırmaktır. Söz konusu hakların spektrumu günlük yaşamın sıradan etkinliklerinden (yemek seçimi, uyuma zamanı, izlenecek film gibi) evi terketmek ya da abortus kararı vermeye kadar bir dizi konuda çocuklara özerklik tanımış olacaktır. Ana-babalara karşı hakların iki önemli sınırlılığı olduğu dile getirilmektedir. Bunlardan ilki, bu tür haklar her durumda karar yetkisinin ana-babalardan çocuklara devredilmesi anlamına gelmemektedir. Çocuklar seçimlerinin kabul edilmesi için mahkemelere başvurmak zorunda kalabilirler. Örneğin Amerika'da bazı eyaletlerde çocuklara, ana-baba onayı olmadan abortus kararı verme hakkı tanınmakla birlikte, bazı eyaletlerde çocuk bu konuda ana-baba ile uzlaşamadığı zaman, abortus yaptırmak için mahkemeye başvurmak zorundadır. İkinci olarak, aile yaşamı küçük bir topluluk yaşamı olduğu için ana-babanınki kadar çocukların da özerkliği sınırlıdır. Topluluk yaşamı, herkesin her istediğini her durumda yapabileceği bir ortam değil, uzlaşmanın herkes için bir gereklilik olduğu işbirliği ortamıdır (Polat, 1997, s.: 26; Franklin, 1993, s.: 30-33).

Yapılan sınıflandırma, çocuk hakları konusunda korumacı ve özgürleştirici olmak üzere iki temel yaklaşımın varolduğunu göstermektedir. Gerçekte bu ayrım, çocukların korunması ile çocuk haklarının korunması arasındaki ayrımla eş anlamlıdır. Çocukların korunması anlayışı, onların ilgi ve koruma gerektiren özel gereksinimlerinin olduğunu öne sürmekte ve bu nedenle onlar için özel haklar istemektedir. Buna karşıt görüş ise, çocukların yetişkinlerle aynı haklara sahip olması gerektiğini, çocuk haklarının ötekilerden ne daha az, ne de daha çok olduğunu dile getirmektedir. Ancak iki yaklaşım arasındaki karşıtlığın gerçek olmaktan çok görünüşte olduğunu; çocukların her iki tür hakkın tanınmasına ve geliştirilmesine gereksinim duyduklarını savunanların sayısı giderek artmaktadır. Çocukların

korunması ve çocuk haklarının korunması zorunlu olarak birbirlerine karşıt değil, birbirlerini tamamlayıcı hedefler olabilirler. Korumacı yasalar, özgürleştirici yaklaşımın çocuklara genişletmeyi istediği yetişkin haklarının yerine geçmemeli, onlara ek olmalıdır. Çocuk haklarının elde edilmesi ve geliştirilmesi için okulların, sosyal kurumların, mahkemelerin, çocuklarla ilgili mesleklerin yeniden gözden geçirilmesi ve yapısal düzenlemelerin yapılması gereklidir. Bu hak arayışı, çocukların doğal haklarının kabul edilmesini, yasalarda yer almasını ve sürekli olarak yeniden değerlendirilmesini gerektirecektir. Bunların yanı sıra ve belki daha önemli olarak erişkinlerin çocuklara karşı tutumlarının değişmesini gerektirecektir. Hakların yasalarda varolması sınırlı bir değer taşımaktadır ve onların kullanıldığı anlamına gelmemektedir. Bu nedenle çocuklarla ilgili tutum değişikliği, çocukların haklarını kazanması ve geliştirmelerinde büyük ölçüde belirleyici olacaktır (Franklin, 1993, s.: 34-35).

4.6.3. Çocukların Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı, temel insan haklarının en yenilerinden biridir ve sağlığın korunup geliştirilmesine yönelik hakları dile getirmektedir. Sosyal devlet ve sosyal adalet ilkelerinin gelişimiyle birlikte ortaya çıkan sağlık hakkı, devletten bu alandaki hizmetlerin yapılmasını istemeyi içerdiğinden "isteme hakları" niteliğindedir ve şöyle tanımlanmaktadır: "Sağlık hakkı, kişinin toplumdan ya da devletten sağlığının korunması ve hastalık durumunda tedavi edilmesini istemesi ve böyle bir durumda toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanmasıdır (Öztürk, 1997, s.: 156; Terzioğlu, 1983, s.: 54). Bireyin, salt insan olmak dolayısıyla sahip olduğu haklar tarihsel süreç içinde başlıca üç aşamadan geçerek günümüze gelmiştir. İlk aşama 17. ve 18. yüzyıllarda yaşanan İngiliz, Amerikan ve Fransız devrimlerinin klasik hak ve özgürlükleridir. Daha çok bireysel nitelik taşıyan bu "birinci kuşak" haklar arasında eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği, siyasal haklar ve mülkiyet hakları en önemlileridir. 19. yüzyılın ikinci yarısına doğru kitle hareketlerinin yükselmesiyle birlikte haklar alanında daha çok toplumsal eşitlik eksenine doğru bir yönelim gerçekleşmiş ve insan hakları listesi genişletilmiştir. Ancak 20. yüzyılda yasalar, anayasalar ve uluslarası belgelerde yerini alabilen bu "ikinci kuşak" insan hakları ekonomik, sosyal

ve kültürel niteliktedir. Genişleyen liste çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, sendika ve grev, sağlık ve eğitim gibi hakları kapsamaktadır. 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan "üçüncü kuşak" insan hakları ise, bir ölçüde Üçüncü Dünya ülkelerinin varlığını kabul eden ve onların gereksinimlerini yansıtan yeni bir haklar kuşağını oluşturmaktadır. Ulusların siyasal, sosyal ve kültürel geleceklerini belirleyebilme hakkı, sosyal gelişme ve kalkınma hakkı, doğal kaynaklardan yararlanabilme hakkı bu aşamada dile getirilmektedir. Barış hakkı, sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı gibi bütün insanları ilgilendiren haklar da üçüncü kuşak haklar arasında sayılmaktadır. Yeni tanımlanan hakların kolektif niteliğinin ağırlıklı olması, bunların "dayanışma hakları" olarak adlandırılmasına yol açmaktır (Köküöz, 1995).

Yukarıda sözü edilen edildiği gibi "ikinci kuşak" insan hakları içinde yer alan sağlık hakkı aynı zamanda uluslararası hukuk belgelerinin yanı sıra, bazı devletlerin anayasalarında da düzenlenmiş sosyal bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. maddesinde bu hak, "herkesin sağlığını korumaya ve bu nedenle yeterli bir yaşam düzeyine ve hastalık durumunda gerekli güvenliğe hakkı vardır" biçiminde dile getirilmektedir. Sağlık hakkı Türkiye'de de anayasal güvence altına alınmıştır. 1961 Anayasanın 49. maddesine göre devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür. 1982 Anayasasının 56. maddesinde de bu hakkın sağlanması, devletin bir görevi olarak belirlenmiştir (Terzioğlu, 1983, s.:55).

Ancak sağlık hakkının tanımlanmış olması ve yasalarda "yazılmış" olması, bu hakkın yaşama geçirildiği anlamına gelmemektedir. Bunun için uygun politikaların, sistemlerin ve örgütlenmelerin oluşturulmasına gereksinim vardır. Söz konusu toplumsal düzenekler toplumun sağlık konusunda elde ettiği kazanımlardan, bireylerin adil biçimde yararlanmasının güvencesi olmaktadır.

Sağlık hakkı, birbiriyle ilişkili üç temel öğenin karşılıklı etkileşimi sonucu gerçekleşmektedir. Bunlardan ilki sağlıklı çevre, yeterli ve iyi nitelikte su ve besin, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanma, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi sağlığın desteklenmesi, sağlıkta toplum katılımının sağlanması gibi temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygulamada güvenceye alınması alınmasıdır. İkincisi, gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması,

ulaşılabilirliği, nitelikli ve adil bir biçimde sunulmasıdır. Üçüncüsü ise, toplumsal sağlık güvencesi sistemlerinin geliştirilmesi ve tüm toplumu kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmasıdır (Kalaça, 1996).

Çocukların sağlık hakkı ise, Birinci Dünya Savaşını izleyen yıllarda çocuk hakları konusunun uluslararası toplumun gündemine girmesiyle birlikte dile getirilmeye başlamıştır. Savaştan zarar gören ülkelerdeki binlerce çocuğun ivedi gereksinimlerini karşılamayı temel amaçları arasına alan Milletlerarası Çocuklara Yardım Örgütü 1920 yılında kurulmuş ve yapılan çalışmaların bir sonucu olarak 1924 yılında Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi kabul edilmiştir. Ancak çocuklar açısından, ilkinden çok daha fazla yıkım, ıstırap, ana-baba kaybı, açlık, sefalet, hastalık ve ölüm getiren 2. Dünya Savaşı sonrasında çocuk hakları, yeniden ele alınmıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde çocuğun sağlık, bakım ve eğitim hakkından söz edilmekle birlikte, konuya yeterince geniş kapsamlı ve ayrıntılı olarak yer verilmediği için çocuklara özgü bir bildirge hazırlanması gereği doğmuştur. 1959'da kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, sağlık hakkı da içinde olmak üzere çocukların hak alanlarını belirleyen 10 maddeyle, kendisinden sonraki sözleşmeye sağlam bir kuramsal temel oluşturmuştur.

20 Kasım 1989 tarihinde onaylanan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ise, 1924'de Cenevre Bildirgesi ile başlayan sürecin son aşamasıdır ve yasal olarak bağlayıcı nitelikteki ilk uluslararası belgedir. Uluslararası yasal düzenlemeler arasında en kısa sürede yürürlüğe giren ve en çok ilgi gören bu sözleşme, çocukların ihmal, kötü davranış ve sömürüden korunması amacıyla uluslararası hukuksal standartlar getirmiş; çocuklara yaşama, gelişme, bireysel konumlarını pekiştirme açısından gerekli toplumsal, kültürel, eğitsel vb. her türden etkinliğe tam anlamıyla katılabilmek de içinde olmak üzere, temel insan haklarını tanımıştır (Polat, 1997, s.: 47).

Sözleşmenin 24. maddesi, çocukların sağlığa ilişkin haklarını ve taraf devletlerin konuyla ilgili yükümlülüklerini açık ve ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda doğum öncesi dönemde anneye ugun bakımın sağlanması, bebeklik ve çocukluk döneminde gerekli olan temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı çocukların korunması, hastalık durumunda tıbbi bakım ve

rehabilitasyon hizmetlerinden en yüksek düzeyde ve ayrımsız olarak yararlanması, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, çocuk sağlığını olumsuz etkileyen geleneksel uygulamaların ortadan kaldırılması, çocuk sağlığına yönelik ana-baba eğitimi ve gerektiğinde uluslararası işbirliğinin sağlanması konuları dile getirilmiştir (27 Ocak 1995 tarih ve22184 sayılı Resmi Gazete).

Çocukların sağlık hakkının gerçekleşmesinin, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik tanınmasıyla sağlanabileceğini vurgulayan bu anlayış, Dünya Sağlık Örgütü'nün son yıllarda yaygınlaştırmaya çalıştığı "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" projesinin ana ekseni ve UNICEF'in "çocukların olabilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması" temel amacıyla uyum içindedir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi, sağlık hakkı ile ilgili olarak yukarıda dile getirilen bütün olumluluklarına karşın, içerdiği bir takım eksiklikler ve anlatımlar nedeniyle tartışmaya konu olmuştur.

UNICEF Türkiye eski temsilcisi Sepulveda'nın da vurguladığı gibi; sözleşme metninde yer alan "olabilecek en iyi sağlık düzeyi" ve "... bu maddede tanınan hakkın tam olarak gerçekleşmesini tedricen sağlamak ..." biçimindeki anlatımlar, sağlık hakkını tanımlayan 24. maddenin genel felsefesine uymamakta ve taraf devletlere sorumluluktan uzaklaşma konusunda gerekçe yaratmaktadır. Özelleştirme ve serbest pazar ekonomisi koşullarında sağlık hizmetlerine ve çocuklara ayrılan kaynakların kolayca "tasarruf önlemleri" içine alındığı günümüzde, bu uyarının önemi gözden ırak tutulmamalıdır.

Bu metinde yeterince vurgulanmayan bir konu, ülke içindeki eşitsizliklerin çocuk sağlığı için yarattığı handikaplardır. Çocukların sağlık hakkı bakımından yetersiz olan pek çok ülkede, derin toplumsal ve/veya bölgesel eşitsizliklerin varolduğu bir gerçektir. Bu tür ülkelerde sağlık hakkına yönelik bir önceliklendirmenin yapılması gerekmektedir. Sözleşmede, bütün çocuklara gerekli tıbbi bakımın ve yardımın sağlanması belirtilmekle birlikte, bazı ülkelerde yaş grupları gözetilerek yapılan önceliklendirmelerin dönemsel olarak başarılı olduğu görülmektedir. Ancak bu tür uygulamaların etik yönü tartışmalıdır.

Çocukların sağlık haklarının gerçekleştirilmesiyle ilgili sorunların en önemlilerinden biri, sağlık hizmetlerinin özelleştirme dayatmacı piyasa ekonomileri tarafından

yönlendirilmesidir. Bu tür ekonomilerde çocuk sağlığı, düşük ya da sıfır kazanç sağlayan bir yatırım alanı olarak görüldüğü için, sağlık yatırımları içindeki payı son derece düşük tutulmaktadır. Sözü edilen koşullarda çocukların sağlık hakkının gerçekleşmesi için öncelikle toplumsal bir istek durumuna getirilebilmesi gereklidir (Hatun, 1997).

Yukarıda dile getirilen tartışma konularının varlığına karşın, sözleşmenin yürürlüğe girmesiyle birlikte ulusal ve uluslararası ölçekte, sorunlara çocuklar açısından bakılmasına yol açan bir sürecin başladığı söylenebilir. 1990'da yapılan "Çocuklar İçin Dünya Zirvesi" ve 1992'de yayınlanan "Rio Bildirgesi" çocukların yaşaması, korunması ve geliştirilmesi ile ilgili konuların, bölgesel ve genel kalkınma programlarında öncelikli olması gerektiğini vurgulamaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerin ve gelişmekte olan ülkelerin gündeminde yer alan temel konuların duyarlı olarak ele alındığını gösteren Rio Bildirgesi'nin ana eksenini yoksulluğun yok edilmesi, doğayla uyumlu bir yaşam, çevre sağlığı, gelişmekte olan ülkelerin özel gereksinimlerinin tanınması düşüncesi ve tüm bunların gerçekleşmesi için eylem planı oluşturmaktadır.

2000'li yıllara dönük hedeflerin ayrıntılı olarak belirlendiği bu gelişmeler, başlangıçta pek çok kimseyi heyecanlandırmış ve geleceğe yönelik umutları güçlendirmiştir. Ancak bu umut ortamı günümüzde yerini, gerçekleşmesi gün geçtikçe ertelenen boş vaatlerin yarattığı umutsuzluğa bırakmak üzeredir (Hatun, 1997). Görünen o ki; çocukların sağlık haklarının gerçekleşmesi, sağlık sistemi ve tıp uygulamalarının ötesinde (ve bunları da içine alan); eşitlik, adalet ve sorumluluğa dayalı dünya için savaşmayı zorunlu kılmaktadır.

Gelecekte dünyanın sorumluluğunu üstlenecek olan ve dünya nüfusunun neredeyse yarısını oluşturan çocukların yılda en az 15 milyonu solunum yolu enfeksiyonları, ishal, bulaşıcı hastalıklar, kötü beslenme, doğum sonrası bakımın yetersizliği ve neonatal enfeksiyonlar nedeniyle ölmektedir. Çocukların sağlığı yoksulluk, eşitsizlik, beslenme bozukluğu, uygun olmayan çevre faktörleri ve bölgesel savaşlardan öteki nüfus gruplarına göre daha fazla etkilenmektedir. Bu ortamda çocuk sağlığı alanında yapılması gereken ilk iş, çocukların sağlığa ulaşma haklarının savunulması ve onların sağlık hizmetlerinden ayrımsız olarak yararlanmalarının sağlanması olsa gerektir.

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

4.6.4. Çocukların Hasta Hakları

1970'li yıllarda ortaya atılan "hasta hakları" kavramı, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını dile getirmekle ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını ve geleceğini belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama saygı gösterme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda hasta haklarından söz edildiğinde, gerçekte bireyin (hastanın), otorite (hekim) karşısındaki hakları dile getirilmiş olmaktadır. Kavramın gelişimindeki bir başka boyut, geleneksel tıp kurumunun eleştirel çözümlemesi ile ilişkilidir. Söz konusu çözümlemede, geleneksel hekim-hasta ilişkisinin büyük ölçüde paternalist bir ilişki olduğu öne sürülmekte ve bu ilişkinin eşitlik ve özerklik temelinde yeniden tanımlanması ve yapılandırılması önerilmektedir (Hatun, 1995; Köküöz, 1995).

Hasta haklarının ortaya çıkması ve gelişmesinin hangi koşullarda gerçekleştiği önemli bir noktadır. Son zamanlarda tıpta teknoloji kullanımının baş döndürücü hızla artması, sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, sağlık hizmetlerinin serbest pazar ekonomisine terkedilmesi, mekanikleşen tıp uğraşı ve tüm bunların sonucunda güvene dayalı olmaktan uzaklaşan hekim-hasta ilişkisi, hem hekimleri, hem de hastaları zor bir konuma sürüklemiş; temel insan haklarını güvence altına alma çabası hasta hakları kavramında somutlaşmıştır (Kalaça, 1996).

Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit düzeyde ulaşılabilir ve sürekli kılınması hasta haklarının en temel amacını oluşturmaktadır. Bu temel amacın yanı sıra hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardımcı olmak ve sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların olumsuz etkisini azaltmak; hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi desteklemek ve dayanışma yönünde geliştirmek; hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımı konusunda çaba göstermek; temel insan haklarının korunmasını sağlamak; öncelikle çocuklar, yaşlılar, psikiyatrik hastalar ve ağır hastalar olmak üzere tüm hastalara verilen hizmetin insancıllaştırılmasını geliştirmek amacına yönelik olarak çabalar sürdürülmektedir (Hatun, 1995).

Hasta haklarının kapsamı, ilk kez Dünya Hekimler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği "Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi"nde belirlenmiştir. Bu bildirgeye göre hasta; hekimini özgürce seçme, hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen hekim tarafından bakılabilme, yeterince bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme, kendisiyle ilgili bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesini bekleme, onurlu olarak ölme, ruhsal ya da moral desteği kabul ya da reddetme haklarına sahiptir. 1994'de Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nca düzenlenen toplantıda yukarıda sözü edilen hasta hakları ayrıntılı olarak tanımlanmış ve "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" adıyla dünya kamuoyuna açıklanmıştır. Benzer biçimde Dünya Hekimler Birliği'nin 1995'te Bali'de yaptığı toplantıda Lizbon Bildirgesi gözden geçirilerek ayrıntılandırılmış; varolan haklara nitelikli sağlık bakım hakkı, kendi geleceğini belirleme hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı eklenmiş, bilinç kaybı olan ve yeterliği olmayan hastaların durumu ele alınmış, hastanın isteğine karşı olan prosedürlere ilişkin ilkeler belirlenmiştir.

Ekim 1993'te Avusturya'nın Graz kentinde toplanan Hastanedeki Çocuklar İçin Avrupa Birliği (European Association for Children in Hospital) tarafından hazırlanan Hastanedeki Çocuklar İçin Avrupa Sözleşmesi (European Charter for Children İn Hospital) çocuk hasta hakları açısından bir dönüm noktası niteliğindedir. Sözleşme, başlangıç noktası olarak Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin çocuk sağlığı ve bakımı hakkındaki maddelerini almıştır. Belirlenen on ilke, hastanede yatan çocukların bakımı konusundaki etik temeli oluşturmaktadır. "Olanaklı en iyi tıbbi tedavi hakkı, özellikle çocuklar için temel bir haktır" belirlemesiyle başlayan sözleşmenin maddeleri şunlardır:

1.Çocuklar, ancak onlara gerekli olan bakımın evde sağlanamayacağı durumlarda hastaneye kabul edilmelidir.

2.Hastanedeki çocuklar, hastanede kaldıkları süre içinde, ana-babaları ya da vasileri ile birlikte olduklarında sahip oldukları hakların aynılarına sahip olmalıdır.

3.Bütün ana-babalara yatacak yer verilmeli ve hastanede kalmalarına yardımcı olunmalıdır. Ana-babaların daha fazla acı çekmelerine, örselenmelerine ve gelir

kaybına uğramalarına gerek olmamalıdır. Ana-babalar, çocukların bakımını paylaşmaları için hastane koğuşunun işleyişi hakkında bilgilendirilmeli ve onların sürece etkin katılımları desteklenmelidir.

4.Çocuklar ve ana-babalar, yaşlarına ve anlayışlarına uygun bir biçimde bilgilendirilme hakkına sahip olmalı ve kendi sağlıklarıyla ilgili bütün kararlara bilgilendirilmiş olarak katılmaları sağlanmalıdır.

5.Atılan bütün adımlar fiziksel ya da duygusal gerilimi azaltmaya yönelik olmalıdır.

6.Çocuklar, aynı gelişimsel gereksinimlere sahip çocuklarla birlikte olmalı ve erişkin koğuşlarına yerleştirilmemelidir. Hastanedeki çocukları ziyaret edenler için yaş sınırlaması olmamalıdır.

7.Çocuklar, yaşlarına ve durumlarına uygun oyun, eğlence ve eğitim olanaklarına sahip olmalı; onların gereksinimlerinin karşılanması amacıyla planlanmış, donatılmış ve yeterli çalışanı olan bir ortamda bulunmalıdırlar.

8.Çocuklar, onların ve ana-babalarının fiziksel, duygusal ve gelişimsel gereksinimlerini yanıtlamaya olanak verecek eğitim ve beceriye sahip sağlık çalışanları tarafından bakılmalıdır.

9.Çocuklara sağlık bakımı veren ekibin sürekliliği sağlanmalıdır.

10. Çocuklara özenli, duyarlı ve anlayışlı davranılmalı, özel yaşamlarının gizliliğine her zaman saygı gösterilmelidir (Alderson, 1993).

Yukarıda sıralanan ilkelerin temelinde yer alan ve öncelikle zarar vermeme, olanaklı en çok yararı sağlama, gereksiz tıbbi girişimlerden sakınma, çocuğu ve ana-babasını olumsuz etkileyebilecek her tür etkenden koruma, hastalık ve hastanede kalma sürecinden kaynaklanan gerilimleri olanaklı en az düzeye düşürme, çocuğun ve ana-babanın kişilik haklarına saygı gösterme ve sağlık çalışanları- çocuk- ana-baba üçlüsünün içinde bulunduğu ilişkiyi karşılıklı katılım ve dayanışma ekseninde sürdürme biçiminde dile getirilebilecek olan anlayış yalnızca hastanede olan çocuklar için değil, ayaktan tedavi için başvuran çocuk hastalarda da büyük ölçüde geçerli kılınabilmelidir.

Ayrıca doğuştan ya da edinilmiş kronik hastalığı olan, bu nedenle sürekli ve nitelikli sağlık bakımına gereksinimi olan, izlemi ve bakımı için sık aralıklarla hastane ya da kliniklere başvurmak zorunda kalan, ölümcül hastalığı olan çocuklar için söz konusu ilkelerin olabildiğince uygulamaya geçirilmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Yukarıdaki ilkeler, bu tür durumların, çocuk ve ailesi için bir acı ve yıkım süreci olarak yaşanmasını önleyebilecek nitelikte görünmektedir. Ancak ilkelerin belirlenmesi yeterli değildir, onların yaşamlar üzerinde etkili olması ve yaşamın akışını iyiye doğru değiştirmesi için uygulanması gereklidir.

Çocukların hastane önlerinde tedavi hizmeti almak için kuyruk oluşturduğu, hastanede rehin kaldığı, yeterli tıbbi bakımın ve hasta izleminin yapılamadığı ya da gereksiz pek çok girişimin uygulandığı, ana-babaların bürokrasi sarmalında boğulduğu Türkiye gibi ülkelerde çocukların sağlık bakım düzeyini yükseltmenin yöntemlerinden biri, yukarıda dile getirilen ilkelerin durmaksızın savunulması, konuyla ilgili toplumsal duyarlılığın geliştirilmesi ve yasal düzenlemelere geçirilmesi için çaba gösterilmesi olabilir.

4.7. Çocuk İstismarı ve İhmali

Günümüzde pek çok düşünür, bilim insanı ve devlet adamı "toplumların en önemli hazinesi çocuklarıdır" ya da "çocuklar dünyanın gelecekteki kuşakları, tarihin yaşatıcısıdırlar" türünde, reddedilmesi olanaksız saptamalarda bulunsalar da, ne yazık ki bu görüşler henüz tam olarak benimsenmiş ve yaşama geçirilmiş değildir. Çocuk sağlığı ve gelişimiyle ilgili pek çok olumlu çabaya karşın dünyadaki çocukların önemli bir bölümü çeşitli kötü davranış ve ihmal biçimleriyle karşı karşıyadır. Örneğin bir çok çocuk beslenme, bakım ve gözetim eksikliğinden yaşamını yitirmekte, kimileri yeterli sağlık ve eğitim hizmeti verilemediği için gelişememekte ya da sakat kalmakta, kimileri de ana-babalar ve çeşitli toplumsal kurumlarda duygusal, fiziksel ve cinsel açılardan örselenmekte ya da küçük yaşta uygunsuz işlerde çalıştırılarak emek sömürüsünün dişlileri arasında ezilmektedir (Makarenko, 1987; Zeytinoğlu, 1991, s.: 147).

4.7.1. İstismar ve İhmalin Tanımlanması

Çocuğun çeşitli biçimlerde ve nedenlerle örselendiği durumlar için "çocuk istismarı ve ihmali" (child abuse and neglect) terimi genel olarak kabul edilmektedir. Konuyla ilgili çalışmaları yürütenlerin farklı alanlardan gelmesi nedeniyle farklı kavramlar kullanılmaktadır. Örneğin, psikologlar "örselenme", hukukçular "fena muamele", eğitimciler "ezim" terimini yeğlemektedir. Olayın özünde çocuğun kullanılması yer aldığından, sözlük anlamı "kötüye kullanma ve sömürü" olan "istismar" kavramının uygun bir seçim olduğu dile getirilmektedir. Ayrıca bu seçim, İngilizce'de durumun anlatımında kullanılan "abuse" sözcüğüne de karşılık gelmektedir (Polat, 1997, s.: 22). Genel olarak 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girişilen ve onların fiziksel, duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her tür eylem çocuk istismarı; çocukların beslenme, tıbbi bakım, eğitim, giyim, korunma gibi temel gereksinimlerinin karşılanmaması durumu da çocuk ihmali olarak ele alınmaktadır (Zeytinoğlu, 1991, s.:148; Bilir ve ark., 1991, s.:45).

Bu doğrultuda, çocuk istismarı ve ihmali başlığı altında yapılan ilk tanımlardan birisi Hellnes'indir ve "çocukla bakıcısı arasında çocuğun fiziksel ya da gelişimsel durumuna yansıyan ve bir kaza sonucu ortaya çıkmayan etkileşim ya da etkileşim eksikliği" biçimindedir. 1972 yılında Helfer ve Kempe ise durumu, bazı değişikliklerle şöyle tanımlamışlardır: "Çocuk istismarı ve ihmali, ana babaların ya da çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği ya da yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğramasıdır" (Polat, 1998, s.:3).

Çocuk istismarı ve ihmali gibi karmaşık, çeşitli türleri olabilen, farklı kişi ya da kurum tarafından gerçekleştirilebilen ve tıp, hukuk, sosyal bilimler gibi farklı disiplinleri ilgilendiren kavramların genel ya da ayrıntılı olarak tanımlanabilmelerinde bazı güçlüklerin yaşanabileceği açıktır. Örneğin kimi görüşler kaza ve kasıt ayrımına, kimileri çocuğun karşılaştığı zararın boyutlarına ağırlık verirken bazıları eylemi gerçekleştiren kişiler (ana-baba, bakıcı, yasal sorumlu gibi) ya da kurumlara odaklanmaktadır (Zeytinoğlu, 1991, s.:148).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanması konusunda karşılaşılan güçlüklerden biri, bu tür davranışların zamana ve kültüre göre farklı algılanmasıdır. Örneğin; 19. Yüzyıl İngiltere'sinde kemerle vurarak cezalandırma, dönemin yönetmeliğine göre

olağan bir uygulama iken, günümüzde bu davranış soruşturma açılmasına neden olmaktadır. Bu açıdan iki kavrama açıklık getirilmesi gerekmektedir. Toplumlara göre değişmeyen her zaman aynı şekilde yorumlanan davranışlar etik değerlere bağlı oluşur, oysa toplumlara göre farklılıklar gösteren davranışlar ise etik değerleri oluşturmaktadır (Polat, 1998, s.:1-4).

Bizim kültürümüzde "sözden anlamayanı etmeli tekdir, tekdirle uslanmayanın hakkı kötektir" anlayışı yaygın olarak kabul görmekte iken, bazı İskandinav ülkelerinde çocukların hangi neden ve amaçla olursa olsun dövülmeleri istismar olarak değerlendirilmekte ve yasalarla engellenmektedir. Parke ve Colimer'in yukarıdaki tanıma kültürel boyut eklemesi bu nedenledir ve yapılan tanım "ana-babaların ya da çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği, çocuk yetiştirilmesiyle ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza-dışı hasar almasıdır" biçimindedir (Zeytinoğlu, 1991, s.:149). Çocuk istismarı ve ihmalinin bütünüyle kültürel farklılıklar ve yaşam biçimlerine bağlı olarak tanımlanması bazı sakıncaları getirmektedir. Öncelikle çocukların bedensel ve ruhsal açıdan sağlıkları, gelişimleri belirli bilimsel ölçütlere göre değerlendirilmektedir ve bunlar evrensel olarak geçerliliği saptanmış ölçütlerdir. Varolan ölçütlerin göz ardı edilerek, sadece kültürel boyutlarda sorunun tartışılması, çocuklar adına sürdürülen çabaların paylaşılmasını engelleyebilecektir.

İstismar ve ihmalin farklı algılanması, herhangi bir davranışın istismar olup olmadığının ayırdedilmesi sorununu ortaya çıkardığı için uzman görüşüne gereksinim olduğu düşüncesini doğurmuş ve Garbarino ve Gillian konuya uzman görüşü boyutunu ekleyerek şu tanımı getirmişlerdir: "Ana-baba ya da çocuktan sorumlu kişiler tarafından girişilen, toplumsal değerler ve uzman görüşünün birleştirilmesi sonucu çocuğun sağlığı açısından uygunsuz olduğuna hükmedilen tüm eylemlerdir" (Zeytinoğlu, 1991, s.:150).

Tanımların çok sayıda olmasının getirdiği güçlükler, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 yılında konunun uzmanlarını bir araya getirerek yaptığı çalışmayla aşılmaya çalışılmış ve üzerinde uzlaşılan aşağıdaki tanım yayınlanmıştır: "Çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen; bir yetişkin, toplumu ya da ülkesi tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan davranışlar çocuk

istismarı olarak kabul edilir." Görüldüğü gibi tanım, çocuğun istismar ya da şiddet olarak algılamadığı ya da erişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içermektedir. Bir başka deyişle davranışın mutlaka çocuk tarafından algılanması ya da yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması koşul değildir. Tanımlamalarda yer alan ve yukarıda sözü edilen öğelerin yanında "önlenebilirlik" çok önemli bir boyutu oluşturmaktadır. Söz konusu zararı önleyebilecek seçenek bir insan eyleminin varlığını zorunlu olarak içeren bu durum, yasaklanmışlığın sağlanabilmesine olanak verecektir. Örneğin, gelişmekte olan bir ülkede, çocuğunun menenjit nedeniyle ölümünü olanaksızlık yüzünden izlemek zorunda kalan ana-babanın durumu istismar olarak değerlendirilmezken, gelişmiş ülkelerde bu ölümün engellenmesi olanağı var olduğundan, durum ihmal ya da istismar grubuna girmektedir. Bu bağlamda öteki boyutlarla birlikte önlenebilirliği de içeren bir tanım Polat tarafından şu şekilde yapılmıştır: "0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi ya da kişiler tarafından zarar verici olan, kaza-dışı ve önlenebilir bir davranışa maruz kalması çocuk istismarıdır. Bunun çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzman tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir. En önemli kriteri de çocukta iz bırakan, onu etkileyen bir davranış olmasıdır" (Polat, 1997, s.:36-37).

4.7.2. İstismar ve İhmalin Sınıflandırılması

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanmasındaki farklılıklara ek olarak sınıflandırılmasında da bazı ayrımlar göze çarpmaktadır. Kimi görüşler istismarı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar; ihmali de fiziksel, duygusal, cinsel ve eğitimsel ihmal gibi gruplara ayırarak incelemekten yanadır (Zeytinoğlu, 1991, s.: 148).

Bir başka görüş istismarı, ihmali de kapsayacak biçimde dört temel grupta ele almaktadır. Bunlar fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmaldir (Polat, 1997, s.:62).

4.7.2.1. Fiziksel İstismar

Çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve fiziksel hasara neden olan kırıkların, yanıkların, çürüklerin, kesiklerin ortaya çıkışına yol açan kaza-dışı yaralanmalar olarak tanımlanabilir. En sık rastlanan biçimi çocuğun doğrudan (tokat, tekme, ısırma, itekleme gibi) ya da saldırı araçları (kemer, kayış sigara, ütü, sıcak su gibi) kullanılarak dövülmesidir. Bunların bir kısmı aile içinde girişilen eylemlerdir ve "ebeveyn tarafından istismar" (parental abuse) olarak bilinmektedir. Okul, yuva, yetiştirme yurdu gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından gerçekleştirilen fiziksel istismarlar ise, "kurumsal istismar" (instituonal abuse) olarak tanımlanmaktadır (Polat, 1997, s.: 66-67).

Fiziksel istismarın dolaysız belirtileri yaralanma, kırık, yanık gibi tıbbi bakım gerektiren durumlardır. Yaralanmaya getirilen açıklama, genellikle yetersiz ve belirsizdir. Yumuşak doku hasarları sık görülür. İngiltere'de yapılan bir çalışma 18 aylıktan küçüklerde görülen kırıkların 1/8'inde fiziksel istismar olduğunu göstermiştir (Lynch 1991, s.: 39). Yine bu ülkede yapılan bir çalışmada 18 ay-3 yaş arası çocukların % 65'inde evde yaralanmanın olduğu ve bunlar içinde önceliği ebeveynlerin uyguladıkları şiddet ve ihmale bağlı kazaların aldığı gösterilmiştir. Straus tarafından 1980'de Amerika genelinde yapılan istismar görülme olasılığı çalışmasında 13-17 yaş arası çocuklarda her yıl yaklaşık 6.5 milyon çocuğun istismara uğrama riski taşıdığı saptanmış, başka bir çalışma ise Amerika Birleşik Devletleri'nde ana-babalar tarafından fiziksel istismara uğrayan çocukların oranının % 11-14 olduğunu göstermiştir (Polat, 1998, s.: 15). Kafa ve batın travmalarında istismarın izleri başlangıçta görülmeyebilir. Bu tür hasarlar çocuğun ölümüne yol açabileceği gibi zeka geriliği, körlük ve felç gibi sonuçlara neden olabilir. Lynch ve Roberts tarafından 1982'de yapılan Oxford İzleme Çalışmasında örneklem grubunun % 10'unda ciddi nörolojik hasar görülmüştür (Lynch, 1991, s.: 42). "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" deyimini ilk kez kullanmış olan Kempe'nin 1962'de yayınlanan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 71 hastaneyi kapsayan çalışmasında bir yıl içinde 302 olgu belirlendiği, bunlardan 33'nün öldüğü ve % 85'inin kalıcı beyin lezyonu ile yaşamını sürdürdüğü dile getirilmiştir (Polat, 1998, s.: 14).

Türkiye'de fiziksel ve duygusal bakımdan istismar edilen çocukların oranını belirlemeye yönelik olarak 8 ilde yapılan ve 4-12 yaş arasında 16 100 çocuğun katıldığı bir çalışmada istismarın sıklığı bakımından iller arasında farklılıklar olduğu (Afyon'da % 13.9, Ankara'da %23.1, Giresun'da % 30, Nevşehir'de % 41.9, Malatya'da % 54), yaş büyüdükçe istismarın azaldığı (4-6yaş grubunda % 40.7, 7-10 yaş grubunda % 33.5, 11-12 yaş grubunda % 25.8), istismarın kız çocuklarda daha fazla olduğu (kızlarda % 34.6, erkek çocuklarda % 32.5) görülmüştür. Aynı araştırmada istismar ile anne yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde 20 ve daha küçük yaştaki annelerin çocuklarında % 44.5 olan oran, 21-49 yaşlar arası annelerin çocuklarında % 31.3 ile % 34.6 olarak belirlenmiştir. Annenin eğitim durumu ve istismar arasındaki ilişkiye bakıldığında hiç okuma-yazma bilmeyen annelerin çocuklarında % 26.7, orta-lise eğitimi alan annelerin çocuklarında % 19.8, yüksek öğrenim görmüş olanların çocuklarında ise % 11.6 oranında istismar olduğu gözlenmiştir. Çekirdek ailede % 32.8 olan istismar oranı, geniş ailede % 36 olarak bulunmuş; tek çocuklu ailelerde % 24.4 oranda olan çocuk istismarı, 2-3 çocuk olanlarda % 32.6, dörtten fazla çocuğu olanlarda % 35.7'ye yükselmiş olarak saptanmıştır (Bilir ve ark., 1991, s.: 49-51).

Fiziksel istismarın dolaylı olarak büyüme geriliklerine yol açtığı kanıtlanmıştır. Oates ve Hufton "organik nedeni olmayan büyüme geriliği ile istismar arasında bir ilişkinin varolduğu" düşüncesini ortaya atmışlar; 1967-70 yılları arasında Avustralya hastanesine getirilen ve organik nedeni olmayan büyüme geriliği tanısı alan 30 çocuğun izlemi çalışmasında iki çocuğun ilk yıllarda istismar sonucu öldüğünü, üçünün ciddi biçimde hasar gördüğünü ortaya koymuşlardır. Geri kalanlarınsa istismarın yol açtığı bilişsel ve sözel gelişim yetersizliği nedeniyle problem çocuk olma riski taşıdıkları ileri sürülmüştür. Gray ve Kempe'nin istismara uğramış çocukların davranışlarına yönelik açıklamaları önemlidir. Onlara göre bu çocukların % 75'i ilk günlerde yetişkinlerin isteklerine boyun eğerler ve aşırı duyarlıdırlar, davranışlarını yetişkinlere göre belirlerler. "Donuk kollayıcı gözleme" olarak adlandırılan bu davranış kalıbı duygusal ya da fiziksel istismar olasılığı akla getirir, ana-babaların denetleme girişimleri tutarsız ve ezicidir. Aşırı duygusal istismar içeren ortamlardaki çocuklarda ciddi psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir, otistik özellikler gösterebilirler. Antisosyal davranışlar istismar ve ihmale uğramış büyük

çocuklarda görülen belirtilerdir. Oxford çalışmasında öğrencilerin % 27'si uyumsuzdur. İstismara uğramış çocuklar gelişimsel testler sırasında kaygı belirtileri, aşırı utangaçlık ve başarısızlık korkusu göstermelerine karşın, arkadaş gruplarında öfkeli ve saldırgan davranışlar sergilemektedirler. İstismar ve ihmalin varolduğu ortamlardan gelen çocukların düşük öz saygıya sahip oldukları belirtilmektedir. Oates ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada istismar edilen çocukların benlik kavramlarının zayıf olduğu görülmüştür. İstismar ve ihmal edilmiş çocukların okuldan kaçma, düzen bozucu davranışlar, enürezis, enkoprezis, tekrarlanan karın ağrısı gibi tanı koymaya elverişli olmayan psikosomatik ve davranışsal belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. İstismara uğramış okul öncesi çocuklarda en sık rastlanan gelişimsel belirti konuşma gecikmesidir. Oxford çalışmasındaki çocuklardan 1/3'ü bu gruptadır ve ana-babaların çocuğa yeterince sözel uyaran göndermemesi nedeniyle sözel iletişim becerisinin gelişmediği görülmüştür (Lynch, 1991, s.: 41-43).

4.7.2.2. Cinsel İstismar

Psikososyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum amacıyla kullanılmasıdır (Polat, 1997, s.: 63). Henüz cinsel olgunluğa ulaşmamış çocuk ve gençlerin gerçek anlamda kavrayamayacakları, bilinçli bir biçimde rıza gösteremeyecekleri, aile kavramı ile ilgili sosyal tabuları zedeleyen ya da yasadışı olan cinsel eylemlere katılmaları cinsel istismar olarak tanımlanabilir (Valman, 1997, s.:126). Genital bölgelere dokunma, teşhircilik, röntgencilik, pornografi, açık saçık telefon konuşmaları, ırza geçme, fuhuş, ensest gibi pek çok davranış bu kapsamda yer almaktadır. Cinsel istismar hukuksal, sosyal ve psikolojik yönden karmaşık bir olaydır ve çocuklara yönelik cinsel amaçlar ve/veya eylemler kirli, kötü, yasak davranışlar olarak nitelendirildikleri için bu alanda bilgi edinmek güçtür. Hem "cinsellik", hem de "istismar" kavramları üzerinde farklı değerlendirmelerin yapıldığı, zaman ve kültüre göre değişen, hukuksal, toplumsal, tıbbi ve moral boyutları olan kavramlar olduğundan cinsel istismar basit ve kolayca açıklanabilen bir olgu değildir. Cinsel istismara yönelen yetişkinler toplumun hemen her kesiminde öfke ve öç alma duygularına neden olurlar. Konu ne

denli karmaşık olursa olsun, bir yetişkinin bir çocuğa cinsel amaçla yaklaşması istismar olarak görülebilir. Değerlendirmede çocuğun uğradığı zarar göz önünde bulundurulur, çünkü yetişkin için önemli görünmeyen bir durum çocukta korku, suçluluk, kirlenmişlik duygusu yaratabilir (Günçe, 1991, s.: 125-126).

Valman, çocukların cinsel istismar konusunda çok ender olarak yalan söylediklerini, bu nedenle çocuğun cinsel saldırıya uğradığı biçimindeki savlarının aksi kanıtlanana kadar doğru kabul edilmesi gerektiğini dile getirmektedir. Benzer nedenle, bir erişkinin konuyla ilgili anlatımlarının da cinsel istismar olasılığını akla getirmesi gerekmektedir. Ayrıca çocukta genital bölge ve anüs çevresindeki yaralanmalar; yineleyen üriner enfeksiyonlar; oyun, resim yapma, konuşma ya da davranışlar sırasında cinsel konulara aşırı ilgi; uyku bozukluğu, kabuslar, erkeklerden korkma, yakınlarına güvenmeme, evden kaçma gibi ani davranış değişikliklerinin cinsel istismarın belirtileri olduğu öne sürülmektedir (Valman, 1997, s.: 126).

Klinik olgu çalışmaları cinsel istismara uğramış çocuklarda düşük benlik-saygısı, erişkinlik cinsel yaşamda uyum zorlukları, fahişelik ya da cinsel etkinlikten tümüyle kaçınma, depresyon, evden kaçma ve kendine zarar verme davranışları gibi sorunların sürekli olarak ortaya çıktıklarını göstermekle birlikte, bu verilerin yorumlanması için aşağıdaki noktaların göz önünde bulundurulması gerekmektedir:

Bazı cinsel istismar türleri ötekilerden daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.

Çocuğun yaşı, olgunluk düzeyi ve çocukla istismarı yapan arasındaki ilişki önemlidir. Çocuğun bir yabancı tarafından istismar edilmesi, ana-babadan biri tarafından istismarla karşılaştırıldığında olayın çocuk açısından anlamı farklıdır.

Çocukla istismar eden arasındaki yaş farkı ve ilişkinin süresi değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken noktalardır. Bir başka deyişle, istismarın tek bir olgu ya da sürüp giden bir olgu olmasının yarattığı etkiler farkıdır.

Olayın doğası, zorlama ya da şiddet içerip içermediği, kurnazlık ya da kandırma olup olmadığı incelenmesi gereken bir başka konudur (Oates, 1991, s.: 138).

Cinsel istismara uğrayan çocukların ve istismara yönelenlerin özellikleriyle ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Cinsel saldırıya yönelenler arasında baba, anne, üvey baba, daha uzak akrabalar, kardeşler, aile ile ilişkili insanlar, arkadaşlar, çocuk bakıcılar,

öğretmenler ya da yabancılar yer almaktadır. Saldırı tek başına ya da bir grup üyesi olarak gerçekleştirilebilmektedir. Saldırgan aynı ya da yakın yaşlarda ve her iki cinsten olabilmektedir. Cinsel istismara yönelenlerin genellikle " yaşlı, pis, ahlaksız" insanlar olduğu biçimindeki yaygın inanış, araştırmalar tarafından desteklenmemekte, genç yetişkinlerin bu tür olaylarda daha çok yer aldığı ve özellikle cinsel cinayetlerin çoğunlukla genç yetişkinlerce işlendiği dile getirilmektedir. Bu alanda Vincent De Francis tarafından yapılan, yol gösterici nitelikteki araştırmanın bulgularına göre;

- Saldırganların yaş ortalaması 31-32 'dir ve bunların % 21'i yirmi yaşın altında, yalnızca % 10'u elli yaşın üzerinde bulunmuştur.
- Saldırganların % 15'inin daha önce cinayet nedeniyle, % 7'sinin cinsel suçlardan hüküm giydiği saptanmıştır.
- Saldırganların % 75'inin çocuğun önceden tanıdığı kişiler olduğu bulunmuştur.

Aynı araştırmacının cinsel yönden saldırıya uğrayan çocuklar üzerinde yaptığı bir başka araştırmaya göre;

- Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması 11'dir.
- Kurbanların erkek/kız oranı 1/10'dur.
- Saldırı olayının % 41'inde olay aralıklarla yinelenerek haftalar ya da yıllar boyu sürebilmektedir.
- Olayların % 60'ında çocuk üzerinde zorlama ve güç kullanma vardır. Çocuğun vücuduna zarar verilerek boyun eğmesi sağlanmaktadır. % 15 olayda çocuk para ya da değişik hediyelerle kandırılmaktadır. % 25 olay da ise çocuk tanıdıklık ya da akrabalık nedeniyle yaklaşmakta ve saldırgana boyun eğmektedir.
- Çocukların % 64'ü bu tür olaylardan sonra suçluluk duygusu taşımaktadır. %83'ü ise bunalıma girmiştir.
- Çocukların % 58'i aşağılık duygusuna kapılmış ve kendilerini değersiz bulmaya başlamışlardır.
- Cinsel istismara uğrayan çocukların % 55'lik bölümü özellikle ana-babaya yönelik aşırı saldırgan davranışlara yönelmiştir (Günçe, 1991, s.: 129-131).

Konuyla ilgili olarak Türkiye'de yayınlanmış bir araştırmaya göre cinsel suçlar içinde çocuk cinsel istismar olgularının oranı % 20-50 olarak belirtilmektedir (Çervatoğlu Geyran ve Uygur, 1995).

Cinsel istismarın sonuçlarıyla ilgili araştırmaların pek çok sorunları taşıdıkları dile getirilmektedir. Bunlar arasında deneklerin çoğunun klinik başvurulara dayalı olması, kontrol grubu kullanılmaması, cinsiyet farklılığının göz ardı edilmesi, cinsel istismar pek çok etkenle ilişkili olduğundan neden-sonuç ilişkilerinin kurulmasında karşılaşılan zorluklar, konuyla ilgili bazı alanlarda yapılan araştırmaların az sayıda olması, istismardan daha az etkilenenlerin özellikleri üzerinde yeterince araştırma yapılmamış olması sayılabilir. Bütün bu güçlüklere karşın sürdürülen çalışmaların bulguları oldukça önemlidir.

Evden kaçan ergenlerle yapılan bir çalışmada Mc Cormick, erkeklerin % 38'inin, kızların % 75'inin geçmişte cinsel istismara uğradıklarını ortaya çıkarmıştır. Kontrol grubu kullanılan bu araştırmada istismar edilen kızların, erkeklerden çok daha fazla suçlu davranışı gösterdikleri ve istismar edilmeyen kızlardan çok fazla şiddet içeren davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir. Erkek ve kız ergenlerde yüksek kaygı ve intihar duyguları saptanmıştır. Tufts Tıp Merkezi'nde son 6 ay içinde cinsel istismara uğramış çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada 4-6 yaş grubunda olanların % 17'sinde belirgin klinik patolojiler bulunduğu, saldırganlık, anti-sosyal davranış geliştirdikleri ve 1/3'ünde giderek artan cinsel davranış görüldüğü dile getirilmektedir. Camperdown Çocuk Hastanesi'nde cinsel istismara uğramış 46 çocuğun izleminde çocukların 1/3'ünde okul başarısında gerileme, % 15'inde saldırgan davranış, % 15'inde ilgi çekme davranışları gözlendiği dile getirilmiştir. Aynı araştırmada cinsel istismar olayından 2-3 yıl sonra çocukların durumları incelendiğinde davranış sorunlarının sürdüğü görülmüş ve okuldan kaçma, yetersiz çalışma, cinselliğin farkında olunmasında artış, içe kapanma, erkeklere karşı güçlü olumsuz duygular, eşcinsel olma korkusu gibi sorunların varolduğu belirlenmiştir (Oates, 1991, s.:138-143).

Yukarıda sözü edilen araştırma örnekleri Finkelhor ve Brown tarafından "zedelenmenin dinamikleri" olarak tanımlanmış olan ve çocuğa yönelik cinsel istismarın yarattığı etkileri dile getiren anlayışı destekler niteliktedir. Buna göre

cinsel zedelenme çocuk üzerinde aynı anda dört önemli etki bırakmaktadır. Bunlardan ilki zedelenmiş cinselliktir. Cinsel yönden istismara uğrayan çocuklarda cinsel duygular ve tutumlar normal gelişimlerini sürdüremez; çocuk cinsellikle olağandan daha fazla ilgilidir, cinsel oyunlara eğilimlidir, arkadaşlarına karşı cinsel saldırganlık içeren davranışlar gösterilebilir. İstismara uğrama yaşı küçük olan çocuk, olup biteni kavrayamayabilir, ancak yaşı büyüdükçe toplumun değerlerini öğrendiği oranda zedelenmesi artacaktır. İstismara uğramış çocuklar kendi bedenlerine ve cinselliğe karşı olumsuz tutumlar geliştirerek erişkinlikte cinsel yaşam sorunları ile karşılaşabilirler. Cinsellik onların belleğinde korku, öfke ve güçsüzlük duyguları ile birleşebilir, cinsel norm ve standartları karmaşık duruma gelebilir.

İkinci dinamik ihanet duygusudur. Çocuklarda cinsel istismar girişiminde bulunanların genellikle çocukların sevdiği ya da iyi tanıdıkları kişiler arasından oldukları yukarıda belirtilmişti. Sevdiği ya da güvendiği kişi tarafından istismar edilen çocuk, ihanete uğramış olma duygusu yaşayacak tepkisel olarak düşmanlık ve öfke besleyecek, öteki insanlarla içtenlikli ilişkiler kurmakta pek çok güçlüklerle karşılaşacaktır. Saldırganın yabancı olduğu durumlarda ise çocuk, onu korumakla yükümlü olan ailesinin bu görevi yeterince yerine getiremediğini düşünecek ve onların kendisine ihanet ettiği duygusuna kapılacaktır. Eğer aile yaşadığı istismar konusunda çocuğa inanmaz ya da onu ayıplarsa ihanete uğramışlık duygusu şiddetlenecektir. Bu tür çocuklarda korku, üzüntü, güven kaybı ve ruhsal çöküntü gibi belirtiler ortaya çıkacaktır.

Üçüncüsü acizlik duygusudur. İsteği ve iradesi dışında cinsel amaçlarla kullanılan çocuk bu olayı engelleyememiş olmaktan kaynaklanan çaresizlik ve acizlik duyguları yaşayacaktır. Süregenleşen istismar durumlarında bu duygular artar. Korku, gerginlik, kabus görmeler, bazı bedensel yakınmalar çaresizlik duygusu sonucu gelişen öfke ve endişeye bağlıdır. Acizlik duygusu çocuğun etkinliklerde bulunma ve zorluklarla başa çıkma yeteneğini azaltmaktadır. Bu duygular öğrenme zorluklarını, sürekli iş değiştirmeyi, saldırgan ve suça yönelik davranışları ortaya çıkarmaktadır. Acizlik duygusunu yenmek için başkalarına karşı saldırganlık ya da intihar girişimleri olabilmektedir.

Dördüncü zedelenme dinamiği ise damgalanmadır. Kötülük, suçluluk, utanç gibi cinsel istismara eşlik eden kavramlar istismara uğrayan çocuğun benlik algısına karışır. Saldırganın bu noktada etkin bir işlevi olabilir, onun çocuk üzerinde yarattığı utanç, aşağılanma duyguları nedeniyle çocuk olayı saklayabilir. Toplumun ya da aile üyelerinin ayıplaması çocuğun damgalanma duygusunu arttırmaktadır. Küçük yaştaki çocuklar cinselliği ve ahlak kurallarını yeterince bilmedikleri için bu duyguyu geliştirmeyebilirler. Ahlak kurallarının katı ve dinsel baskının fazla olduğu toplumlarda yaşayan çocuklarda bu duygu daha kolay gelişmektedir. Çocuğun yaşı büyüdükçe cinsel istismarın öteki etkileriyle birlikte damgalanma duygusu, onun toplumdan soyutlanmasına yol açmaktadır. İlaç ve alkol alışkanlıkları, suç eylemleri, fahişelik gibi yaşantıların tabloya eklenmesiyle kişiyi intihara götüren bir süreç yaşanabilmektedir (Günçe, 1991, s.: 131-133).

4.7.2.3. Duygusal İstismar

Fiziksel ve cinsel istismara göre tanımlanması daha güç olan duygusal istismar çocuğa sevgi göstermeme, önem vermeme, tehdit edici biçimde davranma ve çocuğu reddetme gibi sık rastlanan durumları içine almaktadır. Çoğunlukla fiziksel ya da cinsel istismara eşlik etmekle birlikte bağımsız olarak da görülebilir. Duygusal olarak istismar edilmiş çocuklar her zaman fiziksel olarak da istismar edilmiş değildir, ancak fiziksel istismara uğrayan çocuklar her zaman duygusal olarak da etkilenebilirler (Bilir ve ark., 1991,s.: 46). Çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişiminde duraklama, gerileme ve engellenme yaratan erişkin davranışlarının duygusal istismara yol açtığı kabul edilmektedir. 1983'de yapılan Çocuk ve Gençlerin Psikolojik İstismarı Uluslararası Konferansı'nda üzerinde uzlaşılan tanım şudur: "Çocuk ve gençlerin psikolojik istismarı, yapılan ya da yapılması gerekip de yapılmayan, ihmal edilen, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik yönden hasar verici oldukları saptanan davranışlardır." Sözü edilen davranışların uygulayıcıları yaş, statü, bilgi, konum gibi özellikleri nedeniyle çocuk ya da genç üzerinde etkili olan kişi ya da kişilerdir. Garbarino ve Garbarino duygusal istismara yol açan davranışları şöyle gruplandırmışlardır:

1. Reddetme

2. Aşağılama

3. Ayırma, yalnız bırakma, yalıtım

4. Korkutma-yıldırma-tehdit

5. Suça yöneltme

6. İstismar

7. Duygusal engelleme,duygusal gereksinimleri karşılamama

Finkerlhor ve Korbin, bunlara "yetişkinleştirme" kategorisini eklemişlerdir. Duygusal istismardan etkilenmişlik çocuğun içinde bulunduğu ortama, kültürel kabul ve ölçütlere, yaş ve gelişim düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Duygusal istismar davranışları bebeklerde ağlama, tedirginlik, ana-babayı istememe ve organik neden olmaksızın büyüme ve gelişimde yetersizliğe neden olmaktadır. Çocuk ve gençlerde ise uyku bozuklukları, depresyon, gerçek dışı korkular, aşırı kaygı, obsesyon gibi nörotik tepkiler; parmak emme, enürezis, enkoprezis, hiperaktivite, saldırganlık, aşırı pasiflik, hırsızlık, yalan söyleme gibi anti-sosyal davranışlar; intihar girişimi ya da intihar, bilişsel ve duygusal gelişimde duraklama, hafıza bozukluğu, oryantasyon bozukluğu, güdülenme eksikliği, psikososyal cücelik, başarısızlık, olumsuz benlik kavramı, düşük benlik saygısı gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Erkman, 1991, s.: 164-165).

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme 1. Kongresi'nde sunulan "Kolej ve Anadolu Liselerine Giriş Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Duygusal İstismarı" adlı araştırmada anne, baba, öğretmen tutumları reddetme, düşmanlık/saldırganlık ve katılık boyutları üzerinde karşılaştırılmıştır. Reddetme boyutu öğrencinin çalışmasının yetersiz olduğuna inanan ana-baba ve öğretmenlerin olumsuz kıyaslama, sorumsuzluk, ilgisizlik yargıları gibi zedeleyici davranışlarını kapsamaktadır. Düşmanlık/saldırganlık boyutu azarlama, fiziksel ceza, sosyal engel gibi çocuğun bilişsel beceri ve kapasitesine ilişkin yaklaşımları içerir. Katılık boyutu ise ders çalışma programının kimin tarafından düzenlendiğini göstermektedir. Örneğin, ana-baba ve öğretmen tarafından belirlenen ve çocuğun uymak zorunda kaldığı bir programın olup olmadığı sorgulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre en olumsuz ve zedeleyici davranışlar öğretmenlerde görülmüştür. Ödevlerini

yapamayan öğrencilerin % 18'i anneleri, % 16'sı babaları ve % 40'ı öğretmenleri tarafından fiziksel ceza ile cezalandırılmaktadırlar. Babaların çalışma sürecinden çok sınavlarda başarılı olup olmama gibi sonuçlarla ilgilendikleri, annelerin ise çocuktan sevgilerini esirgeme açısından en yüksek düzeyde oldukları belirlenmiştir (Baltaş ve Baltaş, 1991, s.: 175,195 ; Cüceloğlu, 1994, s.: 373). Türkiye'deki aile yapısı ve eğitim sisteminin otoriter, kısıtlayıcı, aşırı koruyucu, babaerkil ve aşırı denetleyici niteliğinin hareketsiz ve kısıtlayıcı kişilik özelliklerini ortaya çıkardığı dile getirilmektedir. Aşırı disiplin, korkutarak kontrol etme ve utandırma gibi cezalandırıcı disiplin yöntemlerinin uygulanması duygusal istismar davranışları arasında sayılmaktadır. Nitekim Erkman ve Alantar'ın araştırması çocuklar ve gençler üzerinde istismara yol açan davranışların çok sıkı ve katı otorite, dayak, aşırı koruyuculuk, sosyal ilişkiler geliştirmede kısıtlama, aşırı eleştiri, yaşa uygun yükümlülükler vermeme, aşırı ilgi ve aşırı ilgisizlik olduğunu göstermiştir. Selçuk tarafından yapılan araştırmada ise istismarcı ana-babaların çocuklarına karşı anti demokratik, otoriter, soğuk, fiziksel disiplin yanlısı ve cinsel konuları tabulaştıran bir tutum sergiledikleri öne sürülmektedir (Erkman, 1991, s.: 166-167).

Duygusal istismarın oluşumunda temel olarak sosyokültürel yapının etken olduğu, istismarın özellikle toplumdan soyutlanmış aileler olmak üzere toplumun tüm katmanlarında görüldüğü dikkati çekmektedir. Yoksulluk, işsizlik, suçluluk ve düşük yaşam kalitesi gibi etkilerin istismar riskini arttırdığı ve çocukluklarında istismara uğramış olan ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının değişken olduğu, gergin, saldırgan ve tehdit edici bir görünüm taşıdıkları dile getirilmektedir. Kendilerini tehdit altında ya da güç durumda hisseden ana-babaların çocuğun benliğine saldırarak ve bireyselleşmesini engelleyerek kendilerine bağımlı kıldıkları görülmektedir. Bu bağlamda başta gelen istismar nedenleri arasında doğum sonrası anne-çocuk arası sıcak ilişkinin kurulamaması, daha sonraki dönemlerde anne-çocuk iletişiminin sağlıklı olmaması, ana-babanın çocuk yetiştirme konusunda yeterli olgunluk düzeyine ulaşamamış olması, geniş aile tipi, psikolojik sorunları olan ana-babaların varlığı sayılabilir (Polat, 1997, s.: 157-159).

4.7.2.4. İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü olan ana-baba ya da bakıcının bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, çocuğu fiziksel ya da duygusal olarak ihmal etmesidir. Beslenme, tıbbi bakım, giyim, barınma, eğitim ve duygusal gereksinimler gibi temel yaşamsal koşulların sağlanması için gerekli ilginin gösterilmemesi ya da çocuğun bunlardan yoksun bırakılması ihmal kapsamında değerlendirilmektedir. Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha soyut olan ihmalin tanısının konulması güçtür (Polat, 1998, s.: 17). Ayrıca "uygun" ve "yeterince iyi" bakımın ne olduğuna karar vermenin getirdiği güçlüğün de,karar verilirken göz önünde bulundurulması gerekir. Sözü edilen zorluklara karşın fiziksel bakımdan ihmalin belirlenmesi göreceli olarak kolaydır. Küçük çocuklarda pişikler, kirli uygunsuz giysiler, derinin ve saçların bakımsızlığı, temizlik eksikliği fiziksel ihmalin doğrudan göstergesidir. Kargaşanın fazla olduğu aile yaşamı, düzensiz ve yetersiz beslenme, bebekle yeterince duygusal ilişki kuramayan ana-babaların bebeği beslemeyi unutmaları, fiziksel ve sözel şiddetin olduğu ailelerde çocuğun korku nedeniyle yemek yiyememesi ya da yemek kısıtlamasının bir ceza olarak uygulanması biçiminde ortaya çıkan fiziksel ihmal davranışları sonucunda çocukta organik nedeni olmayan büyüme yetersizliği ortaya çıkabilir. Gelişimsel gecikmelerin büyük çoğunluğu ihmale bağlı olarak gelişen uyarılma, olanak ve özendirme eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Lynch, 1991, s.: 40-42).

İhmal edilen bebeklerin çevreye karşı ilgisiz, donuk, ve hareketsiz oldukları, sıklıkla parmak emme davranışı geliştirdikleri belirtilmektedir. Çocuklardaki ihmale bağlı davranışlar ise okula erken gelip geç eve dönme, sınıfta uykuya dalma ya da okula devam konusunda düzensizlik, evde kardeşlerle ilgilenme sorumluluğu, ilaç ya da alkol alışkanlığı, yıkıcılık ya da hırsızlık gibi suç eylemleridir (Bilir ve ark., 1991, s.: 47).

Sonuç olarak, büyüme ve gelişme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü yaşayan, sağlık bakımı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlandırılmayan temizliğine özen gösterilmeyen, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda ihmal akla gelmelidir (Polat, 1998, s.: 17).

4.7.3. İstismar ve İhmalin Toplumsal Biçimleri

Çocuk istismarı ve ihmalinin incelendiği bu bölümde, çocuk gelişimini olumsuz yönde etkileyen iki toplumsal olgudan söz etmek yerinde olacaktır; medya ve savaş. İstismar ve ihmalde yaygın olarak bireysel tutum ve davranışların sorumluluğundan söz edilmesine karşın, medya ortamı ve savaş dönemlerinde, bireysel olmaktan çok toplumsal yapı ve anlayışların çocuklara zarar verdiği düşünülebilir. Her iki olgu da, çocukların seçmediği, ancak kaçınılmaz olarak hedef kitlesi durumuna geldiği, bu nedenle de erişkin dünyasının çocuklara dayattığı olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Savaşlar tarihin her döneminde en çok çocukları etkilemekle birlikte, medyanın çocukların yaşamındaki etkinliği günümüzün bir gerçeğidir

4.7.3.1. Savaşta İstismar ve İhmal

İnsanlık tarihi, savaş ve savaş sonrası dönemlerinin insanlar üzerinde ve özellikle çocuklarda yarattığı yıkım ve bıraktığı izlere ilişkin pek çok örnekle doludur. Benjamin'in de belirttiği gibi, insanlık kültürünün tarihi aynı zamanda bir "barbarlık belgesi" niteliğindedir (Benjamin, 1982). Savaşın çocuklar üzerindeki etkisini dile getirmek için, bu tez bağlamında biri onbeş öteki onbir yaşında iki çocuğun sesine kulak verilmiş ve tuttukları günlüklerden bir kaçına başvurulmuştur. Anılarına saygısızlık etmemek için tarihleriyle birlikte ve aynen aktarılmıştır. Bunlardan biri bugün dünyanın her yerinde çevirisi yapılmış, tiyatro eserlerine konu olmuş Anne Frank'ın Hatıra Defteri'dir. Anlatılanlar 2. Dünya Savaşı sırasında Nazi soykırımından kurtulmak için Amsterdam'a kaçarak bir depoda ailesiyle birlikte 2 yıl dışarı çıkmadan yaşamak zorunda kalan, annesini Auschwitz toplama kampında kaybeden ve 1945'de Hollanda'nın kurtuluşundan 2 ay önce Bergen – Belsen kampında kız kardeşiyle birlikte tifüsten yaşamını yitiren Anne Frank'ın öyküsüdür. Anne'in "Kitty" adlı güncesinde yer alan örneklerden bir kaçı aşağıdadır:

9 Ekim 1942 – Cuma: *Bu gün sana kötü mü kötü havadislerim var. Yahudi dostlarımızı beşer, onar götürüyorlarmış. Gestapo'nun elinde görmedikleri hakaret kalmıyormuş, yükleyip öküz arabalarına, Drente'deki büyük Yahudi Kampı, Westerbrook'a yolluyorlarmış. Westerbrook, öyle anlaşılıyor, feci bir yer. Yüz kişi için tek bir yıkanma yeri varmış, helalar*

da bir iki tane. Kadın, erkek, çoluk çocuk aynı yerde yatıyormuş. Bu yüzden ahlaksızlık almış yürümüş. Kadınlar, hatta genç kızlar, orada kaldıktan bir zaman sonra gebe kalıyorlarmış.

Kaçmaya imkan yok. Kaçsalar da başları tıraşlı, üstleri başları işaretli olduğu için hemen yakalanıyorlar.

Hollanda'da böyle olursa, kimbilir sonradan onları alıp götürdükleri o yaban ülkelerde neler çekiyorlar. Öldürüyorlar onları herhalde. İngiliz radyosu zehirli gazla öldürüldüklerini söyledi.

En kestirme ölüm bu belki. Kafam yerinde değil hiç. Miep bu tüyler ürpertici şeyleri anlatırken, kaptırdım kendimi. Keşke bilmeseydim. Miep'in hali de perişandı. Mesela, geçen gün, ihtiyar, kötürüm bir Yahudi kadın kapısının eşiğinde oturuyormuş. Gestapo, "Bekle" diye onu orda bırakıp araba getirmeye gitmiş. Biçare İngiliz uçaklarına ateş açan topların sesinden, ışıldakların pırıltısından şaşkın şaşkın otururmuş. Miep içeri alayım, demiş sonra da caymış. Kim böyle rizikoyu üstüne alır! Almanlar amansız mı amansız. Elli'nin üstüne bir ağırlık çöktü. Oğlunu Almanya'ya yollamışlar. Başımızın üzerinden uçan uçakların çoğu bir milyon kilo ağırlığındaki bombalarını Dick'in kafasına atacak diye üzüm üzüm üzülüyor.

13 Ocak, 1943 – Çarşamba: *Bu sabah gene aklım başımda değil, neye el sürdüysem, yüzüme gözüme bulaştırdım.*

Dışarıda durum büsbütün kötülüyor. Gece gündüz demiyor, zavallı insanları, yanlarında beş on kuruş parayla, bir çantayla sürüp götürüyorlar. Yolda onlar da ellerinden alınıyor. Çocuklar okuldan dönüp bir de bakıyorlar ki, anaları babaları kaybolmuş ortadan. Kadınlar pazardan döndüklerinde evlerinin kapanmış olduğunu, çocuklarının götürüldüğünü görüyor. Hollandalılar da rahat değil, oğulları Almanya'ya götürülüyor. Herkes korku içinde.

Her gece Hollanda'nın üstünden yüzlerce uçak geçiyor, Alman şehirlerini bombardımana gidiyorlar, taş taş üstünde kalmıyor. Her an Afrika'da, Rusya'da yüzlerce binlerce kişi ölüyor. Kimsenin bu yıkımın dışında kaldığı yok. Koca yeryüzü bir harp afetinin sarsıntısı içinde. Müttefiklerin durumu daha iyi ama, bütün bunların sona ermesine daha çok var.

Bize gelince, şanslı olduğumuz muhakkak. Milyonlarca insanın talihlilerindeniz. "Harpten sonra ne yapacağız?" diye tasarıya girişecek kadar benciliz. Elimizdeki son meteliği biriktirip başkalarına yardım edeceğimize, harbin yıkıntısından arta kalanları düzenlemeye bakacak yerde, yeni pabuçların cici elbiselerin hayaliyle avunuyoruz.

Karşıda çocuklar incecik bir gömlek, bir kısa pantolonla bu soğukta dolaşıp duruyorlar. Ne şapka, ne palto, ne çorap var üstlerinde, kimsenin yardım ettiği yok onlara. Mideleri bomboş, içlerini bastırmak için kurumuş havuç kemiriyorlar, o da bulurlarsa. Buz gibi

evlerinden, sokağa fırlıyorlar, okulları desen evlerinden beter. Hollanda'da işler öyle kötüledi ki, çocuklar sokakta gelip geçenleri durdurup dileniyorlar. Harbin yol açtığı sıkıntıları bir bir anlatsam saatler sürecek, kendimde büsbütün karamsarlığa sapacağım. Bu felaketler sona erinceye kadar susup oturmaktan başka çare yok. Yahudiler, Hıristiyanlar bekliyor, hep bu harp bitsin diye. Kimi de var ki ölümünü bekliyor.

15 Temmuz 1944 – Cumartesi: *...Büyüklerin bu ara daha büyük güçlük çektiğini ileri sürenler bizim karşılaştığımız meselelerin ne kadar ezici olduğunu, tam kendimize göre bir hal çaresi bulduğumuzu sandığımız sıra, olayların karşısında bunların tuz buz oluverdiğini akıllarına bile getirmiyorlar. Çağımızın güçlüğü bu: Ülküler, düşler, umutlar tomurcuklanıyor içimizde, ama korkunç gerçeğin yumruğunu yiyip dağıtmak üzere...*

Gene de ülkülerimden bu zamana kadar vazgeçmemiş olmam şaşılacak şey. Yoksa hepsi gerçekleştirilemeyecek kadar saçma olma damgası altında yaşıyor. Ülkülerime bağlı kalıyorum, çünkü kim ne derse desin, insanların aslında iyi olduklarına inanıyorum. Umutlarımı kargaşadan, ölümden, yıkımdan kurulu bir temel üstüne kuramam ya! Dünyanın bir uçuruma gittiği hepimizi süpürecek yıldırımların yaklaştığını görüyor, milyonlarca kişinin çilesini içimde duyuyorum, gene de gözlerimi göğe kaldırdığım zaman, her şeyin bir gün düzeleceğine, bütün bu hunharlıkların sona ereceğine, barışın üstün geleceğine inanmaktan kendimi alamıyorum.

Burada yaşadıkça ülkülerime bağlı kalmam gerek. Belki onları uygulayacak, gerçekleştirecek gün gelecek (Frank, 1996).

İkinci günlük, çok yakın bir geçmişte 90'lı yıllarda yaşanan Saraybosna dramını gözler önüne sermektedir. 11 yaşındaki Zlata Filipoviç'in "Mimmy" adını verdiği günlüğe yazdıkları, savaşın korkunç yüzünün dolaysız anlatımıdır.

12 Nisan, 1992 – Pazar: *Şehrin yeni bölümleri-Dobrinya, Moymilo, Voyniçko polye-fena halde bombalanmış. Her şey yıkılmış, tahrip olmuş, yanmış, insanlar da sığınaklarda barınıyorlar. Şehrin, bizim oturduğumuz kesiminde, merkezinde durum farklı. Burası sessiz. Halk dışarı çıkabiliyor. Bu gün hoş ve ılık bir bahar günüydü. Biz de dışarı çıktık. Vaso Miskin Caddesi insanlarla ve çocuklarla doluydu. Bir barış yürüyüşüne benziyordu. Halk bir araya geldi, hiç kimse savaş istemiyordu. Yine eskisi gibi yaşamak ve eğlenmek istiyorlardı. Bu çok doğal, öyle değil mi? Dünyadaki en kötü şey savaşken, kim savaştan hoşlanıp onu ister ki?*

Devamlı bugün katıldığım yürüyüşü düşünüyorum. Savaştan çok daha büyük ve güçlüydü. İşte bu yüzden kazanan taraf barış olacak. İnsanlar savaşı yenmeli, çünkü savaşın insanlıkla hiçbir ilişkisi olmadığı gibi, savaş insanlığa da karşı bir şey.

30 Mayıs 1992 – Cumartesi: *Şehir Doğum Hastanesi yanıp kül oldu. Orada doğmuştum. Saraybasna'nın yeni vatandaşları olabilecek yüzbinlerce yeni bebeğin bu Doğum Hastanesi'nde doğma şansı artık hiç olmayacak. Yeni bir binaydı. Annelerle bebekler kurtarılmış. Yangın ilk çıktığında iki kadın doğumdaymış. Bebekler hayatta. Sen büyüksün Tanrım, burada insanlar ölüyor, her yer alevler içinde yanıp kül oluyor, insanlar yok oluyor ve bu arada alevlerin içinde yeni yaşamlar doğuyor.*

21 Haziran, 1992 – Pazartesi: *Saraybosna'nın caddelerinde yine kan akıtıldı. Başka bir toplu katliam daha. Tito Caddesinde. Üç kişi öldü. 35 kişi yaralandı. Radiç, Miss İrbin ve Senoa caddelerine top mermileri düştü. Üç caddedeki ölü sayısı 15. Marina'nın, Mariyana'nın veya İvana'nın anne ve babalarına bir şey olmuş olabilir mi diye merak ediyorum.*

Bu insanlar öldürmeye devam ediyorlar.

KATİLLER!

Bu kadar aptal ve körükörüne aşağılık davranmalarından ve bazı belli insanlar önünde kendilerini küçültmelerinden dolayı onlara acıyorum. Dehşet verici bir şey!!!

29 Haziran, 1992 – Pazartesi: *CAN SIKINTISI!!! ATEŞ ETMELER!!! TOP ATIŞLARI!!! ÖLDÜRÜLEN İNSANAR !!! UMUTSUZLUK !!! AÇLIK !!! ISTIRAP VE ACI !!! KORKU!!!*

İşte benim hayatım. On bir yaşında, okul çağında, masum bir kız çocuğunun yaşamı! Okulu olmayan, o okulda yaşanan eğlence ve heyecandan mahrum bir okul çocuğu. Oyunlardan, arkadaşlarından, güneşten, kuşlardan, doğadan, meyveden, çikolata veya şekerden mahrum, sadece birazcık toz sütle idare eden bir çocuk. Kısacası çocukluğundan mahrum kalan bir çocuk. Savaş zamanı çocuğu. Artık bir savaşı yaşamakta olduğumun farkındayım, çirkin ve iğrenç bir savaşa şahit oluyorum. Benim gibi daha binlerce çocuk bu şehrin yıkılmasını seyrederken ağlamakta, zırlamakta, yardım aramakta, ama hiçbir yanıt alamamakta. Tanrım, bu durum sona erecek mi, yine bir okul çocuğu olacak mıyım, yine çocukluğumun tadını çıkaracak mıyım? Bir yerde duymuştum, insan en iyi zamanını çocukluğunda geçirirmiş. Bu doğru, öyleydi. Bundan memnundum, ama çirkin savaş, çocukluğumu alıp gitti. Niye? Kederliyim. Ağlamak istiyorum. Ağlıyorum.

17 Eylül 1993 – Cuma: *"Yumurcaklar" bir şeyler için Pazarlıklar yapıyor, bir şeyler imzalıyorlar. Yine bize bu çılgınlığın biteceğine dair ümit veriyorlar. Yarın ateş*

kesilecekmiş. 21 Eylül'de Saraybosna Havaalanında herkes BARIŞ imzası için toplanacakmış. Mevsim değişimini belirleyen bu günde mi savaş sona erecek, yoksa?

Bütün geçmişteki barış anlaşmaları ve imzalamalardan dolayı bütün bunlara inanmıyorum.

İnanmıyorum, çünkü bugün o korkunç top mermilerinden bir tanesi daha üç yaşındaki küçük bir oğlanın hayatını sona erdirir, kızkardeşiyle annesini de yaraladı.

Bildiğim tek şey "yumurcakların" o küçük oyunlarının neticesinde Saraybosna'da 3.000'i çocuk, 15.000 kişinin öldüğü ve 50.000 kişinin hayatının sonuna kadar sakat kaldığı – sokaklarda bu insanları koltuk değnekleriyle, tekerlekli sandalyeleriyle, kolsuz ve bacaksız dolanırken görüyoruz. Biliyorum ki mezarlıklarda ve parklarda artık son kurbanları gömecek yer kalmamış durumda.

Belki de bu nedenle bu çılgınlık artık durdurulmalı (Filipoviç, 1999).

Savaş ve çocuk gerçeğine ilişkin yukarıdaki sözler karşısında yoruma gerek olmadığını düşünüyorum. Onların belge niteliğindeki sözleri erişkinler dünyasının kulaklarını tıkayamayacağı haykırışlara dönüşmüştür. Nitekim dönemin Batı Almanya Cumhurbaşkanı Theodor Heuss'un söylediği gibi; "Nuremberg kanunlarını, Sinagog yangınlarını, Yahudilerin yabancı diyarlara, ölüme ve felakete sürüklendiklerini unutmamalıyız. Bunlar unutmayacağımız, unutmaya hakkımız olmayan hakikatlerdir. Unutmak, işin kolayına kaçmak olurdu". Hasan Ali Yücel, Anne Frank'ın Hatıra Defteri'nin çevirisine yazdığı önsözde "Bu gün yaşayan, yarın yaşayacak ve yaşayanların kaderlerini eline alacak olan nesiller buna benzer faciaların tekerrür etmemesi için ders alsınlar düşüncesiyle" eserin Türkçe'ye çevrilip yayımlandığını dile getirmektedir.

Biyolojik ve kavramsal olarak çocuğu yaratan erişkin dünyasının, onları karşı karşıya bıraktığı acılar,ne yazık ki Anne ve Zlata'ların yaşadıklarıyla sınırlı kalmamakta; bunlara her geçen gün , deyim yerindeyse bir zincirin halkaları gibi yenileri eklenmektedir. Hiroşima ve Nagazaki kurbanlarını Çernobil çocukları izlemekte, onlara depremzede çocuklar katılmaktadır. Çocukların yaşadığı olumsuzlukların kuşkusuz hiç biri, yukarıda sözü edilen toplu yıkımlar kadar yürekleri sarsıcı ve dramatik değildir. Uygar dünyanın bazı buluşları da geleceğin sahibi olan çocukları, sürece yayılan ve bu nedenle yol açtığı olumsuz etkinin kısa sürede anlaşılamayacağı

tehlikenin hedefi durumuna getirmektedir. "Medya" olarak adlandırılan yazılı ve görsel iletişim ortamı adı geçen buluşların başında gelmektedir.

4.7.3.2. Medyada İstismar ve İhmal

Son zamanlarda dünyanın her yerinde toplumun değişik kesimlerinden insanlar medyanın özellikle de görsel medyanın çocuklara verdiği zararı dile getirmekte ve yayın kuruluşlarının çocuklar üzerinde yıkıcı etkiler yaratacak programlarından yakınmaktadırlar. Bu yakınma göründüğü kadarıyla haklı bir gerekçeye dayanmaktadır. Çünkü günümüzde çocuk eğitiminde aile ve okulun dışında ve çoğu zaman onlardan daha fazla etkisi olan üçüncü bir etken televizyondur. Televizyon yayınları; haberleri, dizileri, spor programları ve elbette reklamları ile her yaşta çocuk tarafından yaygın olarak izlenmektedir. Yapılan araştırmalar Amerika'da bir çocuğun yıl boyunca günde ortalama 3 saat 39 dakika, Almanya'da 8-13 yaş grubunda olanların günde 1.5 saat, İngiltere'de 5-11 yaş grubunda olanların günde 2 saat, Fransa'da 7-12 yaş grubunun 2-2.5 saat televizyon izlediklerini göstermektedir. Türkiye'de çocukların televizyon izleme sürelerini saptamaya ilişkin bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Ancak empirik gözlemler bizdeki çocukların aileleriyle, kardeşleriyle ya da kendi başlarına oldukça uzun süreler televizyon izlediklerini göstermektedir (Atabek, 1994, s.: 139,141).

Televizyonun çocuklara zararlı olduğunu kabul eden görüşün önemli savunucularından biri Neil Postman'dır. Postman'a göre; elektronik iletişimin keşfinden sonra büyüklerin dünyasına ilişkin bilginin çocuklara ulaşmasını önlemek olanaksızlaşmıştır. Daha önceki dönemlerde yazılı bilgiye ulaşım zorluğu olduğundan ve anlaşılması için, okuma yazma bilmenin yanı sıra, belirli bir kültür düzeyi gerektiğinden çocuklar tarafından kolaylıkla ele geçirilememekteydi. Böylece çocuklar matbaanın keşfinden televizyonun yaygınlaşmasına kadar, onlara zararlı olduğu düşünülen büyükler dünyasına ilişkin bilgiden "korunmuş" oluyorlardı.

Televizyonun yaygınlaşmasıyla birlikte büyüklerin dünyasına ilişkin olan özellikle seks ve şiddet öğelerini barındıran programlar, çocukların bir düğmeye basarak erişecekleri kadar yakın ve kolay duruma gelmişlerdir. Bu tür programların, henüz iyiyi kötüyü ayırt edemeyecek durumdaki çocuklarda derin etkiler bırakması

doğaldır. Nitekim 31 Mayıs 1997'de CNN'de yer alan bir haberde, çocukların şiddete yönelik davranışları %32 oranında ana-babalarından, %20 oranında da medya programlarından öğrendikleri dile getirilmiştir (Aktaş, 1997, s.: 101).

Çocuklar kitap okuma sırasında, hayallerinde yarattıkları görüntülerin törpüleyici etkisi nedeniyle aşırılıklardan daha az etkilenmektedirler. Oysa televizyon ekranındaki olayların son derece yalın ve net olması yanı sıra, görüntü ve ses efektleriyle etkileri güçlendirilmektedir. Bu nedenle, ekrandaki görüntüleri izleyen bir çocuk olayı neredeyse aynen yaşamakta ve daha fazla etkilenmektedir. İkinci bir sorun, çocukların ekranda izlediklerini yanlış anlama olasılıklarıdır ve bu olasılık sanıldığından daha fazladır. 1950'lerde Almanya'da yapılan bir araştırma, 6 yaşındaki çocukların, bir masal filminde izledikleri farenin yakın plan görüntüsünü, asıl görüntüsünden farklı bir hayvan olarak düşündüklerini ortaya çıkarmıştır.1981'de Amerika'da yapılan bir araştırma ise çocukların yakın plandaki çikolataları uzakta gösterilen benzerlerinden daha büyük olarak algıladıklarını göstermiştir. Görüldüğü gibi, televizyon programları özellikle küçük çocukları olumsuz etkilemekte, yanıltmakta ve onlara zarar vermektedir (Turam, 1996, s.: 392-393).

Televizyondaki şiddet ya da seks içeren programların çocuğu etkilediği açıktır. Ancak etkilenmenin ne yönde olduğunu saptamak oldukça güçtür. Her şeyden önce çocukların çevresindeki kişileri ve onların davranışlarını taklit ettikleri, saldırganlığın büyük ölçüde öğrenilen bir davranış olduğu ve cinsel konularda da oldukça merak taşıdıkları unutulmamalıdır. Çocukların televizyondaki bu tür programlardan nasıl etkilendikleri, onların aile yapısına, ana-babanın davranışlarına, kurduğu arkadaşlıklara ve kişiliğinin oluşum sürecinde geçirdiği deneyimlere bağlıdır. Örneğin, şiddet davranışının beğenilen kişiler tarafından yapılması, annenin sessiz kalması, babanın bu davranışı onaylaması ya da genelde şiddetin inanca, milliyetçiliğe, bir grup dinamiğine bağlı olarak onaylanması programın öğretici gücünü arttıran etkenlerdir (Atabek, 1994, s.: 144).

Genel olarak şiddet ve seks öğelerinin henüz gelişimini tamamlamamış, erişkinlere ilişkin bilgileri anlayacak ve doğru değerlendirecek bir kültürel deneyime sahip olmayan çocuklara verdiği zararın boyutları önemlidir. Bu zarar daha ileri yaşlarda

çekingenlik, içe kapanma, güvensizlik ve saldırganlık gibi ruhsal sorunlar olarak kendini göstermektedir (Turam, 1996, s.: 396).

"Televizyon, çocuklara zararlıdır" biçiminde bir genellemenin yapılamayacağını, televizyonun yeri doldurulamaz bir bilgi kaynağı olduğunu öne süren görüşler de vardır. Her ne kadar, televizyon izlemenin kültürel beceri açısından kitap okumak kadar kapsamlı bir etkinlik olmadığı dile getirilse de, örneğin 10 yaşın altında bir çocuk için, televizyonda Oliver Twist dizisi izlemenin Dickens'ın romanını okumaktan daha kolay olduğu açıktır. Televizyon aracılığıyla, çocuklar için önemli mesajlar içeren ve özel anlamı olan bu tür eserlerin anlaşılabilir biçimde sunulması olanaklıdır. Ayrıca görsel-işitsel olarak verilen eserlerin yazılı metinlere göre daha üstün yanları bulunduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Brown'un 6-10 yaşlar arasındaki çocuklar üzerinde yaptığı bir araştırmanın sonuçları bu görüşü desteklemektedir. Araştırmada çocuklar iki gruba ayrılarak birincisine bir halk öyküsünün resimli bir kitabı, ikincisine aynı öykünün filmi gösterilmiş; daha sonra her iki gruba öyküyle ilgili sorular yöneltildiğinde filmi izleyenlerin öyküyü daha kolay anımsadıkları ortaya çıkmıştır. Yine filmi izleyen grup, öyküyü anlatırken özgün terimler yerine kendi yaratıcılıklarını gösteren anlatımlar kullanmış ya da eklemeler yapmışlardır. Görüldüğü gibi, televizyon izleme etkinliği doğru ve yerinde sürdürüldüğü zaman çocuk eğitiminin olumlu bir aracı olabilmektedir (Turam, 1996, s.: 394).

Televizyonda reklam sektörünün programları doğrudan ya da dolaylı olarak bir başka sorun alanıdır. Yapılan araştırmalar 5 yaşındaki çocukların % 90'ının reklamları doğru olarak ayırt edebildiklerini, en çok 5-8 yaş grubunun reklamların etkisine açık olduğunu, 8 yaşından sonra ise ürün satış niyetinin çocuk tarafından anlaşıldığını göstermektedir. Reklamların çocukları ürüne yöneltme gücü ailenin yapısına; çocukla iletişimine ve ana-babanın tutumuna önemli ölçüde bağlıdır. Sosyo-ekonomik-eğitsel düzeyi daha düşük ailelerin çocuklarının reklamlardan daha fazla etkilendikleri ve ürünü istemede daha ısrarlı oldukları dile getirilmektedir. Çocuklara yönelik reklamlar, reklamlarda çocukların kullanılması, reklamlar yoluyla sağlıksız beslenme kalıplarının yaratılması ve çocukları hedef alan özel kampanyaların düzenlenmesi, özünde tüketim toplumu yaratmak amacıyla çocukların araç olarak kullanıldığı yöntemlerdir (Atabek, 1994, s.: 148-149).

Sağlıkla ilgili haber programlarında çocukların hasta ya da hasta yakını olarak gösterilmesi, bu yolla toplumun "vicdanının" harekete geçirilmesi ya da duyarlı kılınması yöntemleri ise, çocukların psikolojik olarak örselendikleri yaşantılara dönüşmektedir. Özellikle ülkemizde sık karşılan bu durum çocukların içinde bulundukları güçsüzlük, zayıflık, çaresizlik duygularını arttırmakta ve onlara zarar vermektedir. Kimi olaylar onların gelecekte de ruhsal durumlarını etkileyecek derecede damgalanmalarına yol açmaktadır. Babası işten atıldığı için satılığa çıkarılan çocuklar, ana-baba kavgası nedeniyle üzerine benzin dökülerek yakılmaya çalışılan ya da boğazına bıçak dayanan çocuklar, şişmanlığı nedeniyle okula kabul edilmeyen çocuklar yakın geçmişte televizyon aracılığıyla tanıdığımız örneklerdir. Bu konuda sorumluluk ve duyarlılık büyük ölçüde ana-babalara, kamu yetkililerine, sivil toplum örgütlerine ve siyasal partilere düşmektedir.

5. ÇOCUKLARDA ARAŞTIRMA GEREKLİLİĞİ VE ETİK SORUNLAR

Çocukların, "minyatür erişkinler" değil, biyo-psiko-sosyal açıdan erişkinlerden farklı nitelikleri olan, ancak erişkin olma potansiyeli taşıyan insanlar oldukları daha önce dile getirilmişti. Bu nedenle, erişkinler üzerinde yapılan araştırmalar, onların büyüme-gelişme, sağlık, hastalık ve tedavileri konusunda elde edilecek bilgiyi sağlamamakta ve çocuklar üzerinde araştırma yapılması gereği ortaya çıkmaktadır. Öte yandan, çocukların korunması ve geliştirilmesi gereken varlıklar oldukları da yadsınamaz bir gerçekliktir. Bu bölümde, yukarıdaki iki temel saptamanın yarattığı sorunsal göz önünde bulundurularak, çocuklar üzerinde tıbbi araştırma yapılmasının gerekçeleri, araştırmalara katılan çocukların yaşlara göre gruplandırılması çabaları, araştırmalarda karşılaşılan plan ve metodoloji sorunları, hasta çocuklar ve özel çocuk grupları üzerinde yürütülen araştırmalarda ortaya çıkan sorunlar, çocuklara zarar veren araştırmalar ve konuyla ilgili etik ikilemlere ilişkin tartışmalar ele alınacaktır.

5.1. Pediyatri Araştırmalarının Tarihçesi

Pediyatri alanında, bu yüzyılın en önemli iki gelişiminin "şanslı" gözlemlere dayandığı söylenebilir. Bunlardan ilki, bakterinin büyümesinde bir mantarın inhibitör etkisinin Fleming tarafından gözlemlenmesidir ve bu gözlem bilindiği gibi penicilinin geliştirilmesine yol açmıştır. Belki daha az bilinen ikincisi ise, 1964'de, koleraya yakalananlarda sıvı kaybının yerine konulması girişimleri sırasında Phillips'in yaptığı gözlemdir; oral yoldan verilen tuz ve elektrolit solüsyonunun çok az emilmesine karşılık, solüsyona glukoz eklenmesiyle emilimin en yüksek düzeye çıktığının görülmesi diyareli hastalarda oral rehidratasyon tedavisinin temelini oluşturmuştur. Söz konusu iki gözlem ve onların dayanak oluşturduğu buluşlar günümüzde yaygın olarak kullanılmakta ve böylece her yıl milyonlarca çocuğun ölümü engellenmektedir.

Ancak tıp bilimindeki gelişmelerle ilgili olarak gerek rastlantısal gözlemlerin, gerekse bilimsel araştırma yöntemlerine uygun olarak planlanmış araştırmaların sonucu olsun ortaya çıkan yeniliklerin aynı derecede yüz güldürücü olduğunu ileri sürmek oldukça güçtür. Perinatal mortalitede azalmaya katkıda bulunan yenidoğan

bakımındaki ilerlemelerin pek çoğu neonatal asfiksiyle ilgilidir. İkinci Dünya Savaşı'nın hemen sonrasında oksijen (O_2) verilmesinin yararının keşfedilmesi, hyalen membran hastalığı gibi respiratuar sorunların geliştiği prematüre bebeklerin yaşam şanslarını büyük oranda arttırmıştır. Ancak kısa süre sonra, parsiyel ya da tam körlüğe yakalanan bebeklerin sayısında, o zamana kadar görülmemiş bir artışın olması retrolental fibroplaziyi akla getirmiş ve körlüğün bu tipi ile neonatal dönemdeki yüksek O_2 düzeyleri arasında bir bağlantı olduğu düşüncesi hızla kabul görmüştür. Birleşik Devletler'deki bir grup araştırmacı, elde varolan bilgilerin fizyologlar ve pediyatristler tarafından tartışılması yerine, bu ilişkinin araştırmayla "saptanması" gerektiği kararını vermişlerdir. 1000-1850 gr. ağılıktaki 64 bebeğin katıldığı araştırmada, bebeklerin bir grubuna yüksek O_2 verilmesi, öteki gruba ise siyanozu ortadan kaldıracak düzeyde düşük O_2 verilmesi kararlaştırılmıştır. Araştırma sonucunda gruplar arasında mortalitede anlamlı fark bulunmamıştır. Yüksek O_2 verilen gruptaki 36 bebekten 8'inde şiddetli retrolental fibroplazi sonucu kalıcı körlük, 22'sinde ise hastalığın hafif formu gelişmiş; buna karşılık düşük O_2 tedavisi verilen gruptaki 28 bebekten hiç biri şiddetli zarar görmemiş ve yalnız ikisinde hastalığın hafif formu ortaya çıkmıştır. Böylece araştırmacılar, yeni doğan bebeklerde yüksek O_2 düzeyleri kullanılmasının körlüğe yol açtığı konusundaki varsayımlarını saptamış olmakla kalmamışlar, ortaya çıkan pek çok etik sorunun tartışılmasına da yol açmışlardır., Popp Worth, konuyla ilgili "İnsan Denek Yiyiciler" başlıklı yazısında, çalışma öncesinde yayınlanmış olduğu için araştırmacılar tarafından okunmuş olması beklenen ve yüksek O_2 düzeyiyle retrolental fibroplazi arasındaki bağlantı için güçlü kanıtlar sunan dört rapordan söz etmiş ve sonuçta "çalışmada zorunluluk olup olmadığı" sorusunu ortaya atmıştır. Ayrıca, çalışma öncesinde, deneyin sonunda körlük durumunun ortaya çıkabileceğinin araştırılarak, üstlenilen kontrollü deneyin etik yönlerinin tartışılmış olması gerektiğini dile getirmiştir (Nicholson, 1986, s.: 54-55).

Tıbbi tedavinin değerinin, yalnızca bilimsel kesinliğin istatistik olarak doğrulanması ile belirlenebileceğini savunanlar, bu çalışmayı onaylamışlardır. Konuyla ilgili olarak yapılan tartışma, temel olarak hekimlerin tutumlarına ilişkin bir rol çatışmasını içermektedir. Hekimin, hekimlik sıfatıyla kesinliğin derecesine yaklaşımı ile, bilim insanı sıfatıyla kesinliğin derecesine yaklaşımı arasındaki çatışma yukarıdaki örnekte

gözlenmektedir. Benzer bir eleştiri denek sayısıyla ilgilidir. Bu çalışmaya deneklerin yarısının alınmış olması durumunda da, elde edilen yüksek anlamlı sonucun kesine yakın olacağı dile getirilmiştir. Bir başka deyişle, bu çalışmanın bilimsel kesinliği saptamak amacıyla üstlenilmiş olmakla birlikte, "kötü" bir bilimsel çalışma olduğu, çünkü pek çok bebeğin bilimsel amaçlar için bile olsa, gereksiz yere zarar gördüğü belirtilmiştir. Yapılan tartışmalar sonucunda, çocuklar üzerinde yürütülmesi önerilen bir araştırma projesinde, aşağıda sıralanan bazı temel soruların yanıtlanması gerektiği dile getirilmiştir:

- Araştırma gerekli mi?
- Önerilen hipotezin test edilmesi için uygun yöntemler seçilmiş mi?
- Denekler için riskler kabul edilebilir mi?
- Önerilen istatistiksel analiz yeterli mi?

Çocuklar üzerindeki araştırmanın gerekliliğinin sınırı, araştırma projelerinin yararı olmayan sonuçlar ortaya çıkarmakla birlikte, herhangi bir zarar oluşturmaması olabilir. Kuşkusuz, bütün araştırma projelerinin az miktarda da olsa yararlı bilgi ürettiği söylenebilir. Örneğin, yüzyılın son çeyreğinde 5-14 yaş arası çocukların astım mortalitesinde anlamlı artış görülmediği, hatta yetmişli yıllarda düşüş görüldüğü dile getirilmektedir. Benzer biçimde, diabetes mellitusun tedavisinin 60 yıl önce insülinin keşfiyle önemli ölçüde düzeldiği bilinmektedir. Yararı olmayan sonuçlar üreten araştırmalar söz konusu edildiği zaman, kaçınılmaz olarak amaç-araç ilişkisi gündeme gelmektedir. Bazı durumlarda hekimlerin, çocukların sağlığını düzeltmekten çok, kendi mesleki konumlarını iyileştirmek için araştırma yürütme yönünde bir uyarı ile karşı karşıya kaldıkları kanısı yaygındır. Birleşik Devletler'deki tıbbi araştırmacılarla ilgili bir çalışmada Barber, tıbbi araştırma alanında varolan "rekabet" sorununun doğal bir sonucunu şu sözlerle dile getirmektedir: "Araştırmacıların bilimsel ya da yerel kurumsal rekabette ödüllendirilmeleri gereğince yapılmadıkça, deneklerin daha az elverişli risk/yarar oranları taşıyan çalışmalarda yer almış olmaları daha olasıdır (Nicholson, 1986, s.: 56).

Çocuklar üzerindeki gözlemler ya da araştırma projelerinin sonuçları hakkında yayınlanan makaleler aracılığıyla, mesleğin gelişimindeki uygulanabilirlikleri ya da araştırmalara ilişkin risklerin arttırılması söz konusu olabildiği gibi, olanaklı yararın

abartılması konusunda bilinçli ya da bilinçsiz olarak hekimlerin cesaretlendirilmesi sonucu çocuk deneklerin çıkarlarının göz ardı edilmesi de olanaklıdır. Bu durumda araştırmacıların, Bernard Shaw'ın "The Doctor's Dilemma" nın önsözünde dile getirdiği yorumu akılda tutmalarında yarar olacağı dile getirilmektedir: "Bilgi edinme hakkı yalnızca bir hak değildir; onun denenmesi öteki haklara saygı tarafından sınırlandırılmalıdır" (Nicholson, 1986, s.: 57).

5.2. Çocuk Sağlığı Niçin Düzeltilmelidir?

Çocuklardaki araştırma projelerinin çoğu spesifik amaçlara yöneliktir ve bilgide büyük ilerlemelerden çok, küçük açıklamalar yapmak işlevini yerine getirmektedir. Halk sağlığındaki gelişmeler, genel olarak tıbbi araştırmaların, iyileştirici tıbbi tedavilerin ya da koruyucu hekimliğin sonuçlarına değil, beklenen yaşam süresinin artması ve mortalitenin azalması gibi ölçülebilen parametrelere bağlıdır. Tıbbi araştırmalar, bazı durumlarda hastalık mekanizmalarının tam olarak aydınlatılmasını sağlamakla birlikte, sıklıkla yaşamsal destek sağlayan teknolojilerin kullanımına yönelik olmuştur. Yetersiz teknoloji kullanımı, genellikle sorunun çözümlenme olanağının olmadığı ve hastalığın etkilerinin kapasiteyi düşürdüğü durumlarda, durumu kompanse etmeye yönelik çeşitli girişimleri kapsamaktadır; örneğin yenidoğanın hemolitik hastalığından korunma, immunizasyonla çeşitli enfeksiyon hastalıklarından korunma, uygun hormonlarla endokrin hastalıklarından korunma. Öte yandan renal yetmezlik nedeniyle yapılan renal diyaliz ya da transplantasyon, premature için yenidoğan yoğun bakımı ve kemoterapi de yetersiz teknoloji ile ilgilidir. Yetersiz teknoloji kullanımı ileri teknolojiden hem daha pahalı, hem de daha verimsizdir.

Bununla birlikte, son zamanlarda temel biyolojik araştırmalara öncelik verilmesi gerektiği konusunda görüş birliği sağlanmış olması oldukça önemlidir. Bu araştırmalar hastalıkların temelini oluşturan mekanizmaların tam olarak anlaşılmasını sağlarlar. Çocuklarla ilgili bazı araştırma projeleri, eğer hastalık mekanizmalarının açıklanması amacıyla hazırlanmışlarsa "temel araştırma" olarak sınıflandırılabilir. Temel araştırma grubunda yer almayan araştırmalar ise, yetersiz teknoloji ya da

destekleyici bakımdaki düzelmeleri sağlamaya yöneliktirler (Nicholson, 1986, s.: 40).

Araştırma aktivitelerinde, fiziksel girişime başlamadan önce genellikle basit bir gözlem ya da olgu öyküleri alınmaktadır. Bu aktivitelerde çocukluğun normal ve anormal gelişimiyle ilgili bilgi birikimi oldukça önemlidir. Örneğin, enürezis noktürnanın çeşitli tedavilerinin gereksiz kullanımından kaçınmak için, normal çocuk gelişimindeki gündüz ve gece mesane kontrolünün gelişme yaşının bilinmesi ile birlikte, anne-çocuk ilişkisinin gözlenmesi önemlidir. Son dönemlerdeki çalışmalar göstermiştir ki; yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki hasta çocukların annelerinin, çocuklarına dokunma, gülümseme ve yüz yüze bakma davranışları, aynı ünitedeki göreceli olarak daha iyi bebeklerin annelerinden daha azdır.

Fiziksel girişim gerektiren araştırma projeleri arasında en sık kullanılan boy ölçümüdür ve en az girişim yapılmasını gerektirir. Tanner ve arkadaşları 1000 üzerinde büyümenin normal modellerini ölçerek, çocukluk ve adolesanlığın evreleri ile bütün yaşlardaki normalitenin sınırlarını göstermişlerdir. Yapılan bazı ölçümler (baş çevresi, boy, ağırlık gibi) aşırı derecede basit olmakla birlikte, çoğunluğu fiziksel olarak basit, ancak potansiyel açıdan önemli olan emosyonel bozukluk, meme, testis ve penis büyümesi, pubik kıllanmanın miktarı gibi puberte gelişiminin evrelerinin değerlendirilmesi biçimindedir (Nicholson,1986, s.: 45).

Daha büyük bir girişim gerektiren aktiviteler, büyüme göstergeleri konusunda güvenilir standart değerlerin oluşturulmasını sağlar. Kemik ossifikasyonunun kapsamını açıklayan ve bilek grafisiyle elde edilen kemik yaşı ölçümleri büyüme bozukluklarında işe yarar bir bilgi sağlamakla birlikte, normal çocukların grafileri yalnızca standartları gösterebilir. Benzer olarak, 7-17 yaşlar arasındaki normal gelişime sahip çocuklardan oluşan bir grupta, uterus ve overlerin hacimlerinin ölçülmesinde ultrasonografi kullanımı ile ilgili bir çalışmanın yapılması sonucunda puberte sırasında oluşan uterus ve overlerin hacim değişikliklerini gösteren standartlar elde edilmiştir. Bu standartların, "anormal puberte" düşünülen çocukların tanısında yararlı olabileceği dile getirilmiştir. Daha sonra, patolojik olarak erken ya da geç puberteli kız çocukların gözlemlenmesi sonucu; erken pubertede uterus ve

overlerin yaşlarına göre normalden daha büyük, geç pubertede ise bu organların normalden daha küçük olduğu gösterilmiştir (Nicholson, 1986, s.: 45-46).

Küçük derecedeki fiziksel girişimlerin en sık örnekleri arasında, terapötik nedenlerle yapılan ven ponksiyonu sırasında, araştırma amacıyla ek olarak az miktarda kanın alınması, kurşun düzeyinin ölçülmesi için dökülen süt dişlerinin biriktirilmesi ya da çinko eksikliği olan çocuklarda çinko düzeyini ölçmek üzere birkaç saç alınması sayılabilir. İdrar örnekleri toplanmasının da bir çok farklı nedeni olabilir; örneğin asemptomatik bakteriüri prevalansı ile ilgili bir çalışma için öğrencilerden idrar örneklerinin alınması bunlardan birisidir (Nicholson, 1986, s.: 46).

Bazı araştırmalarda kullanılan araç ve gereçlerin, az da olsa olumsuz sonuçları çocuk denekte ya da ana-babalarda rahatsızlık yaratabilir. Örneğin, juguler venöz pletismografi tekniği non-invaziv ve tehlikesiz olmakla birlikte, oldukça tedirgin edicidir. Bu teknik, kranial volüm değişiklikleri ve beyin içinde akan kanın miktarı hakkında bilgi sağlamak için kullanılmaktadır. Bir transdusere bağlanmış ve çocuğun başı çevresinde sıkıca düğümlenmiş olan civa ile doldurulmuş 4 plastik tüpten oluşan sistem, genellikle doğumdan sonraki birkaç günlük bebeklerde uygulanmaktadır. Araştırmacının parmakları internal juguler venlere bastırılarak venlerdeki kan akımı durdurulmakta, plastik tüpler gerilmekte, bebeğin başı yükseltilerek kafa içi volüm artırılmaktadır. Tüpteki civanın elektriksel direnci değişmekte ve bu değişiklik ölçülebilmektedir. Bu tür girişimlerde etik açıdan doğru olan davranış, araştırmacının bu prosedürü önceden ayrıntılarıyla açıklamasıdır; çünkü bebeğin boynuna araştırmacının parmağıyla yaptığı basınç, her ne kadar yavaş olsa da sonuçta ölçüm sırasında bebeğin başının sıçradığını görmek, bazı ana-babalara tedirginlik verebilmektedir. Benzer biçimde, çocuklar üzerindeki araştırmalar sırasında çeşitli tıbbi araçların vücut girişlerine yerleştirilmesi de rahatsızlık verici girişimler olmaktadır. Orta kulak boşluğundan sıvı örneği almak için iğnelerin kulak zarından geçirilmesi; intestinal sıvı örneği, intestinal mukoza biyopsisi ve basınç ölçümü için burun ya da ağız yoluyla tüpler ve endoskopların kullanılması, kalın barsağın incelenmesi için anüs yoluyla tüp ve endoskopların kullanılması, üriner sistemin, arter ve venlerin incelenmesi için kateterlerin kullanılması bu tür girişimlerdendir.

Bir başka girişim türü, çocuk deneklere anestezi, tedavi ya da araştırma amacıyla herhangi bir madde ya da ilaç verilmesidir. Bu tür durumlarda, verilen ilaçların çocukta yarattığı yan etkiler, ilaç ya da herhangi bir madde verilmesinden kaynaklanan emosyonel gerginlik ve girişimin beklenmedik olumsuz etkileri ortaya çıkabilmektedir (Nicholson, 1986, s.: 47).

5.3. Çocuklar Üzerinde Araştırma Yapma Gerekliliği

Etik açısından "klinik araştırma neden gereklidir?" sorusuna verilecek yanıt, aynı bağlamda "klinik uygulama neden gereklidir?" sorusuna verilecek olan yanıttan farklı değildir. Bir başka deyişle, klinik araştırma etiği neredeyse tümüyle klinik uygulama etiğine bağlıdır. Tıp uygulaması birey olarak hasta üzerinde odaklanmakta ve her klinik karar, çok sayıda deneyimi içermektedir. Bu nedenle, hekim, tıp uğraşı sırasında var olan yöntemler yararlı olsa bile, başka bazı seçenekleri öğrenmeye çalışmaktadır. Bu anlamda klinik araştırmanın, gerçekte klinik uygulamanın olağan bir parçası olduğu söylenebilir. Öte yandan yapılan tedavi, yeterince denenmemiş kuramlara dayandırıldığı ya da temel alınan kuramlar yeterli açıklık ve ayrıntılandırmadan yoksun olduğu için denemeye elverişsiz olduğu zaman, etik sorunların ortaya çıkma olasılığı daha fazladır. Bu nedenle tanı ve tedavinin, bilimsel olarak test edilmesi gerekliliği, onun moral bir koşuludur (Milliken, 1993).

Çocuklar üzerindeki araştırmalar için de temel olarak aynı gerekçe geçerlidir. Ancak, çocukların yer aldığı araştırmaların onlara özgü niteliklerden kaynaklanan amaçları da vardır. Buradaki asıl amaç, çocuklara ilişkin bilginin artırılmasıdır ve öncelikle şunları kapsamaktadır.

a. Çocukların zarardan korunması

b. Birey olarak çocuklara yarar getirisi

c. Grup olarak çocuklara yarar getirecek olması

Sözü edilen amaca ek olarak, çocuklara karşı ayrımcılık yapılmaması ve adaletin sağlanması için bu tür araştırmalar sürdürülmektedir. Çocukların katıldığı çalışmalarda tarafsızlık, onların aşırı ve gereksiz zarardan korunması gerekliliğine saygılı davranılması ve yönteme uygun olarak tarafsız denek seçiminin yapılması

demektir. Bu tür araştırmanın, adaletin bir konusu olarak sürdürülmesi ise, bir grup olarak çocukların, korunma olanağından gereksiz yere mahrum bırakılmaması ve araştırma aktivitesine onların katılımından yarar elde edilmesi demektir. Yalnızca çocuk oldukları için, onların araştırmaya katılımını kabul etmemek, erişkinlerle karşılaştırıldığında, onlara haksız davranmak olacaktır. Ayrıca, çocuklar üzerindeki araştırmalar, onların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, hastalıklarının önlenmesi ve bakımlarının değerlendirilmesi ile birlikte, bir bütün olarak topluma yarar sağlaması beklentisi ile yapılmaktadır (Miller, 1993, s.: 9).

Öte yandan, çocukların terapötik araştırmaya katılmalarının onlar için bir olanak olduğu kabul birlikte, non-terapötik araştırmalarda çocukların denek olmalarının gerekip gerekmediği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı görüşler, araştırmalarda çocukların yer almasının uygun olduğunu, çünkü moral toplumun bir üyesi olmaları nedeniyle araştırmalara katılma yükümlülüklerinin var olduğunu dile getirmektedirler. Bu görüşe karşı çıkanlar ise, çocukların yaralanabilirlikleri olduğunu, bu nedenle erişkinlerle aynı sorumluluklar ve görevlere konu edilemeyeceklerini, bir başka deyişle erişkinler kadar moral olmalarının gerekmediğini öne sürmektedirler (Gordon ve Bonkovsky, 1996).

Bu noktada "Erişkinler üzerinde yürütülemeyen büyüme ve gelişme konusundaki araştırmalar, çocukların hastalığını önleyebilir mi?" sorusu akla uygun bir soru gibi görünmektedir. Çocukları, büyüme ve gelişmelerinin çeşitli aşamalarında zarar riskine atmak yerine, araştırma denekleri olarak erişkinlerin kullanılması gerektiği savı tartışılabilir. İnsana ilişkin bazı bilgilerin elde edilmesinde erişkinler ve hayvanların kullanılması ya da in vitro araştırmalar yapılması yeterli ise de, belirli durumlarda yalnızca çocukların yer aldığı araştırmalar, söz konusu alana yönelik elverişli bilgileri sağlayabilmektedir. Aşağıda verilen örnekler tartışmaya açıklık kazandırabilir.

A. Büyük çocuklar ve erişkinlerde kullanım dozu 100 mg/kg olan kloram- fenikolün, neonatal sepsisin önlenmesi ve tedavisinde ilk olarak kullanılması sonucu, bebeklerin çoğunun kardiyovasküler kollaps ya da "Grey Sendromu"na bağlı olarak öldüğü, daha sonraki kontrollü klinik deneylerde, ölüm nedeninin kloramfenikol zehirlenmesi olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kloramfenikolün metabolize

edilmesi ve detoksifikasyonundan sorumlu hepatik mikrozomal enzim sistemlerinin, doğuma yakın dönemde aktivitesinin önemli derecede düşük olduğu öğrenilmiştir. Sonuç olarak, erişkinler için varolan bilginin değiştirilmeksizin ve pediyatrik yaş grubunda araştırma yapılmaksızın kullanılmasının, çocuklar için ciddi ve öldürücü sonuçlara yol açtığı görülmektedir.

B. Neonatal sepsisin önlenmesinde, penisilinle birlikte sulfasoksazol kullanımı, önceden yapılan kontrollü klinik deneyler değerlendirilmeden kabul edilmiş, penisilin ve sulfasoksazol alan hastalarda enfeksiyon insidansı daha düşük bulunmakla birlikte, beklenmedik biçimde bu bebeklerin bir çoğu "kern ikterus"dan kaybedilmiştir. Birkaç yıl sonrasına kadar, sulfasoksazol aracılığıyla bilirübinin albüminden ayrılmasının mekanizması anlaşılamamış, daha sonra bazı başka ilaçların da aynı etkiyi yaptığı kanıtlanmıştır. Laboratuvar testleriyle, yenidoğan bebeklerde kullanılması önerilen ilaçların bilirubin-albümin bağlanması üzerindeki etkisini değerlendirmek olanaklı ise de, bu sorun spesifik olarak ve yalnızca yeni doğan bebeklerde gösterilebilmektedir, çünkü bu yaş grubunda, hepatik glukronil transferaz immatüritesi nedeniyle, normal kırmızı kan hücrelerinin yıkımından ortaya çıkan ve suda çözünen konjuge edilemeyen bilirübin vardır. Öteki yaş grupları immatür hepatik enzime sahip olmadıkları için, serum bilirübinlerinin bu tür yükselişleri söz konusu değildir. Gerçekten bu sorun, erişkinlerde ortaya çıkmadığı için, araştırılmış olmasına karşın tanımlanamamıştır.

C. Hem çocukları, hem de erişkinleri etkileyen belirli hastalıklarda, özel sorunlar genellikle çocuk grubundadır. Tip 1 insülin bağımlı ya da jüvenil diabetes mellitus, bu tür bir örnektir. Teknolojideki gelişmeler, glikozile hemoglobin ölçümleri, kan glikoz düzeyinin hasta birey tarafından ölçülebilmesi ve portatif pompaları ya da günlük çoklu insülin enjeksiyonları gibi olanaklar sağlayarak kan glikoz düzeyinin düzenlenmesine yardım etmektedir. Bununla birlikte sözü edilen gelişmeler, başarılı pompa tedavisi, düzenli bir yaşam biçimi ve infüzyon sisteminin yönetiminin ayrıntılarına dikkat edilmesi ve sık sık kan glukoz izlemini gerektirir. Bu ise, küçük çocuklar sık kan testlerinden hoşlanmadıklarından ve adolesanlar genellikle düzenli bir yaşam biçimi izlemediklerinden dolayı çoğu kez olanaksızdır. Daha önemlisi, büyüme sırasında ve pubertede artan kan glukoz labilitesiyle ortaya çıkan fizyolojik ve hormonal değişimler nedeniyle, pediyatrik yaş grubuna spesifik tedaviyi uyarlama

gereksinimi vardır. Bunun için konuyla ilgili araştırmaların pediyatrik yaş grubunda yapılması gerekmektedir.

D. Hepatik enzim etkinliği ve renal işlevdeki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan ilaç metabolizması değişimleri yaşla ilişkilidir; pek çok ilaç için yaşamın ilk haftasındaki uygun dozaj, bir ay ya da bir yaşta olandan farklıdır. Organ sistemlerindeki yapısal değişimler, ilaçların biyotransformasyonunu ve eliminasyonunu etkilemektedir. Örneğin, uterusta başlayan miyelinizasyon doğumdan sonra da gelişimini sürdürmekte ve bu gelişim yaşamın ancak ikinci on yılında tamamlanmaktadır. Benzer biçimde, akciğerde yeni alveol oluşumu 8-10 yaşlara kadar sürmektedir. Çocukta gelişimsel süreçleri aksatan etkenlerle karşılaşma, gelişimini tamamlamış sistemlere sahip erişkinlerden farklı bir etki yapabilir. Çocukta herhangi bir etkinin kalıcı yetersizlik yaratma potansiyeli, etken ya da hastalık nedeniyle yaşam süresi kısalmadığı sürece büyüktür.

E. 6 yaşındaki çocuğun normal boyunun, 3 yaşında olandan daha büyük olması beklenir; ama ne kadar büyük? Yalnızca yeterli sayıda 6 yaş ve 3 yaş çocuğun boylarının ölçülmesiyle normal gelişmenin sınırını ve ortalamasını saptamak olanaklı değildir. Boy uzunluğu ile birlikte yaşadıkları yer, bağlı oldukları ırksal grup gibi etkenlerin de göz önünde bulundurulması gerekir. Çünkü büyüme ve gelişme anormallikleri, araştırılması ve tedavi edilmesi gereken hastalık süreçlerinin habercisi ya da eşlik edicisi olabilirler.

F. Pubertede, hızlı büyüme atılımı ve sekonder seksüel karakterlerin gelişmesi gibi bir çok bedensel değişikliğin ortaya çıkması söz konusudur. Bu dönemde normal çocukların gözlemlenmesi, değişikliklerin ayrıntılı olarak betimlenmesini ve bunların ortaya çıktığı periyodun tanımlanmasını olanaklı kılmaktadır. Bu gözlemsel araştırma, öteki çocuklardaki süreçlerin normallik değerlendirmesi için referans olabilecek bir çerçeve sağlamaktadır.

Sonuç olarak, erişkinlerin yer aldığı araştırmalar, çocukların sağlığı ve bakımıyla ilgili bilgi konusunda bütün gereksinimleri tam olarak sağlayamamaktadır. Çocukların sağlığı ve bakımı için bilgisel temel olarak erişkinlerin yer aldığı araştırmaya güvenmek, onların bakımlarının yerine getirilmesinde tehlikeli

olabilmektedir. Bu nedenle, çocuk sağlığı konusundaki araştırmalara çocukların katılması kaçınılmazdır (Miller,1993, s.:13-14).

5.4. Çocukların Korunması Gerekliliği

Toplumsal etiğin sınırsız alanı içinde biyoetik, haklara saygı göstermek, kendi bakımlarını sürdüremeyen zedelenebilir bireylere karşı sorumluluk taşımak ve gerektiğinde onlar adına konuşmayı ve davranmayı içeren bir dizi sorumluluk üzerinde odaklanmaktadır. Çocuklar, yaşlılar, psikiyatrik hastalar, zihinsel özürlüler gibi kendileriyle ilgili konularda karar verme açısından yetersiz ve yetkisiz olarak nitelendirilen kişilere karşı sorumlulukların doğası, biyoetiğin karşılaştığı en zorlu ve en karmaşık sorunlardan birisidir. Çünkü, yetersiz ve yasal açıdan yetkisiz olan kişilere karşı sorumluluğun denektaşı olan ilkelerde anlaşma sağlanması oldukça güçtür. Örneğin, onların en iyi çıkarları için davranılmalı mıdır? Özerk bireylerin eylemlerinin ilkesi, yetersiz olanların en iyi çıkarlarına dayandırıldığı zaman, adı geçen eylemlerin özerkliğinden söz edilebilir mi? Öte yandan, belirli handikaplarla dünyaya gelen yenidoğanın ya da zihinsel özürlü bireyin en iyi çıkarının neyi gerektirdiği nasıl tanımlanacaktır? Yanıtlanması güç sorular olmakla birlikte, yetersiz ve yaralanabilir bireylere yönelik bir risk ve zararın söz konusu olduğu durumlarda olanaklı en az değer kaybına neden olan herhangi bir standardın uygulanması gerekli olmaktadır. Tersi durumda, etik değerlendirmeler ve çıkarımlar temelden yoksun olduğu için, "tanımlanmamış değerler"e dönüşebilmektedirler (Freedman, 1993).

Çocukların bakımı, korunması, çıkarlarının savunulması ve erişkin olmak üzere yetiştirilmeleri konusunda çaba gösterenler, doğal olarak ana-babalar ya da vasilerdir. Çocukla ana-baba, vasi ve daha geniş olarak aile üyeleri arasındaki bu yakın ilişki, herhangi bir tedavi ya da araştırma söz konusu olduğu zaman belirleyici önem taşımaktadır. Bu yalnızca çocuğa zararın en aza indirilmesi ve yararın arttırılması konusundaki ana-baba sorumluluğu açısından değil , ama aynı zamanda çocuğun aileden bağımsızlığının geliştirilmesi açısından da belirleyicidir. Ana-babalar ya da vasilerin, çocukların yer alabileceği araştırma aktivitesi hakkında tam olarak bilgilendirilmesi yoluyla, çocuklar, araştırmanın katılımcısı olabilirler. Daha büyük, ancak henüz tam olarak yeterli olmayan çocuğun konuyla ilgili

bilgilendirilmesi ve karşı çıkışları da içinde olmak üzere seçimlerine saygı gösterilmesi, çocuğa kendisiyle ilgili işlemler için onay verip vermeme olanağını sağlayacaktır (Miller, 1993, s.: 10).

Çocukların büyüme ve gelişmesi konusunda ailelerin, hekimlerin ve toplumun onlara karşı sorumlulukları kadar, çocukların gereksinimlerinin tanınması ve kabul edilmesi, çocukların ilgili toplumda belli bir değer taşıdığı varsayımından kaynaklanmaktadır. Hekimlerin profesyonel yaşamı alışılmamış sorunları bulunan çocukların bakımına adanmıştır; çalışma yaşamları günlük etkinliklerinin temelini oluşturduğu için, onlar açısından çocukların değeri açıktır. Benzer biçimde, bir toplumda öncelikleri oluşturan çocukların sağlık bakımı, korunması, eğitimi ve çevresel kaygılar ise, çocukların toplumda bir değer taşıdığından söz edilebilir. Öte yandan, günümüzde de, yaşam biçimi, çalışma ve eğitim koşulları ve ana-babalarla ilişkiler bakımından çocukların değersiz görüldüğü ya da erişkinlere göre daha düşük bir sosyal ve moral statüye sahip oldukları toplumlar bulunmaktadır.

Bir toplumun çocuklara değer verdiğinin somut bir göstergesi, erişkinlerin çocukların zarardan korunması gerektiğini kabul etmesi ve bu konuda toleranslı olmasıdır. Çocukların korunması gerekliliği, ilk olarak sonuçsalcı yaklaşımlarla açıklanabilir. Bu bağlamda; eğer bir toplum kendini yeniden üretmeyi seçmişse, onun çocukları koruması ve amaca doğru yetiştirmesi gerekir; bir başka deyişle eğer toplumun üyeleri yaşlılarına bakabiliyorsa, bugünün çocukları korunmalı ve benzer bakım verebilecek yeteneği kazanacağı zamana kadar yetiştirilmelidir. Hegelci bakış açısına göre ise; çocuklar ana-babaların birbirine olan sevgisinin bir dış belirtisidirler, aileyi sürdürecek olduklarından ya da gelecekteki bakım ve yardımın potansiyel kaynakları olduklarından değil, ama sevginin yeni ilişkileri olduklarından değerlidirler. Konuyla ilgili üçüncü yaklaşım, çocukları yalnızca çocuk olduklarından dolayı; incinebilirlikleri, duyguları, doğaları nedeniyle değerli görmektedir.

Kanada Geçici İşbirliği Kurulu raporlarına göre, çocukların çoğu erişkinliğe doğru olgunlaşma sürecinde olan ve özen gösterilmesi gereken varlıklardır; erişkinlerin mutluluğu için değil, insan toplumunun üyeleri olarak değerlidirler. Çocukların kolay incinebilir olmaları korunmayı gerektirir; olgunlaşmaları ise bakılıp büyütülmeye bağlıdır. "Koruyucu tutum" ve "özgürleştirici anlayış" ergenlik döneminde,

çocukların erişkinden bağımsızlıklarını sağlama başarısını gösteren biri olarak tanınmaları nedeniyle birbirine karşıt görünüme bürünmektedir. Bununla birlikte, toplumda birey ve grup statüleri açısından benzerlik taşıyan ve hak "talep eden" risk gruplarına (yaşlılar, tutuklular, psikiyatrik hastalar, özürlüler gibi) uygulanabilen özen odaklı yaklaşım çocuklar için de geçerli kılınmaktadır (Miller, 1993, s.: 11).

Sonuç olarak çocuklar, sağlıklı erişkinlerle karşılaştırıldığında bilişsel yetilerinin sınırlılığı ve onlardan sorumlu erişkinlere olan bağımlılıkları yüzünden özellikle zedelenebilir bir grup olarak görülmektedirler. Çocukların bağımlı olmaları ve kendi sağlık ve esenlikleri ile ilgili özerk kararlar verme konusunda yetersiz olmaları nedeniyle, kişilik haklarının ihlal edilmemesi ve gereksiz risk ya da istismardan korunmaları için erişkinlere sağlanandan daha fazla koruma verilmeli ve en uygun koruma önlemlerinin alındığı konusunda güvence verilmelidir.

Çocukların korunması gerektiği biçimindeki yaklaşım, çocuklarla ilgili araştırmalarda da genel olarak kabul görmekte ve ilkeler için temel dayanak oluşturmaktadır. Çocuk sağlığı ve bakımı konusunda geçerli bilgi elde edilmesi için, araştırmaların çocuklar üzerinde yürütülmesi gerektiği ve koşullar sağlanırsa çocukların uygun araştırma denekleri olabilecekleri görüşünün, son zamanlarda yaygın olarak kabul edilmesiyle eşzamanlı olarak, klinik çalışmalarda onlara uygulanması gereken özel koruma yöntemlerinin de geliştirildiğine tanık olunmaktadır.

İnsan araştırma deneklerinin korunması konusunda, bilimsel ve toplumsal çevrelerdeki ilgi göreceli olarak son zamanların olgusudur. 2. Dünya Savaşı öncesi genel olarak klinik denemeler ve elbette çocuklardaki klinik denemelerin, küçük toplum araştırmasına dayanmakta ve düzensiz biçimde yürütülmekte olduğu bilinmektedir. Örneğin, Jenner'in, çiçek aşısını ilk doğan oğlunda ve komşularının çocuklarında denediği; İngiltere Kraliçesi Carolaine'ın, çiçek aşısının krala ait çocuklara yapılmadan önce, terkedilmiş çocuklar hastanesindeki çocuklar üzerinde denenmesini planladığı; Joseph Meister kuduz hastalığına yakalandığı ve Pasteur'e gönderildiğinde, Pasteur'ün konuyu iki tıp meslektaşı ile konsülte ettiği ve daha sonra "çocuğun ölümünün kaçınılmaz göründüğü" ne karar verildiği noktada aşıyı uyguladığı bilinen örnekler arasındadır. (Kauffman ve Kearns, 1992).

İkinci Dünya Savaşından sonra, Nuremberg duruşmaları sırasında etik dışı insan deneylerinin bireylere verdiği zarar ve istismarın dehşeti açığa çıkmış, duruşmaların doğal bir sonucu olarak bu tür gaddarlıkların tekrarlanmasını önlemek üzere bir etik kod oluşturulmuştur. Bununla birlikte, Nuremberg Kodunun araştırmaların erişkinler ve çocuklara zarar vermesi konusunda uzun süre spesifik bir adres olamadığı, ancak 1964'de Dünya Hekimler Birliği'nin Helsinki Bildirgesinde, onam verme kapasitesi sınırlı denekler için özel koruma ve vekil atama gereksiniminin karara bağlandığı dile getirilmektedir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Klinik araştırma çerçevesinde insan hakları sorunu, Dr. Henry Beecher tarafından 1966'da yazılan "Etik ve Klinik Araştırma" (Ethics and Clinical Research) makalesinde dramatik olarak toplumun dikkatine sunulmuştur. Dr.Beecher, önemli kurumlarda yürütülmüş ve saygın dergilerde yayınlanmış insanlar üzerindeki 22 çalışmayı, insan araştırmasının temel etik ilkelerini ihlal ettiği için kınamıştır. Beecher'in kınadığı araştırmalardan birisi, araştırma amacıyla enfekte fekal ekstrelerin yedirildiği mental retarde çocuklar üzerinde yapılan viral hepatit çalışmasıdır. Bir başkası ise, normal mesaneli bebeklerde ortaya çıkan üreter reflüsünü görmek için, 26 sağlıklı yenidoğan üzerinde, yaygın X ışınıyla karşı karşıya bırakılarak vezikoüreterografi yapılmasıdır. Beecher'in makalesi, tıbbi araştırmaların yürütülmesi sırasında bireyin insan haklarının hiçe sayılmasının ve etik dışı uygulamaların, toplumun büyük çoğunluğu tarafından yüksek sesle dile getirilmesine yol açmıştır. Söz konusu süreç, 1974'de Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında İnsan Deneklerin Korunması için ABD Ulusal Komisyonu'nun (US National Commission For The Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) kurulması ile sonuçlanmıştır. Komisyonun konuya yönelik görüşleri ve belirlediği ilkeler, "Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subject of Research" adlı yönergede özetlenmiştir. (Belmont Report 1979). Çocukları da kapsayan insan deneklerin korunması konusundaki Amerika Birleşik Devletleri Federal Düzenlemeleri 1978'de yayınlanmış (Federal Register 1978) ve ek olarak 1983'de çocuklar için özel koruma sağlayan düzenlemeler oluşturulmuştur (Federal Register 1983). İnsan deneklerin korunması için hazırlanan bu düzenlemeler ve yönergeler, 3 temel varsayımdan kaynaklanmıştır:

1. Bireyin haklarına saygı gösterilmesi.
2. Bireyin gereksiz ve aşırı riskten korunması yükümlülüğü
3. Araştırmanın yükleri/sıkıntıları ve yararlarının dağıtımında adalet.

Ulusal Komisyonun çalışmasıyla uyumlu olarak, Amerikan Pediyatri Akademisi Tıbbi İlaçlar Komitesi, 1974'de çocuklarda ilaç araştırmalarına yönelik yol gösterici ilkeleri bir rapor olarak yayınlamış, 1977'de ise FDA ile anlaşma yapılarak bebekler ve çocuklarda ilaç araştırması etiği için ilkeler geliştirilmiştir. Son yıllarda çocuklarla ilgili çalışmaların yürütülmesi üzerinde belirleyici etkide bulunmuş olan söz konusu belgeler, pediyatrik klinik farmakoloji ile ilgili 3 temel konuyu içermektedir:

1. Çocukların herhangi bir yaş grubunda kullanılması amaçlanan ilaçlarla ilgili çalışmalar.
2. Pediyatrik hastalarda etik açıdan savunulabilir klinik araştırmalar.
3. Pediyatrik hastalarda yapılabilecek olan bilimsel açıdan geçerli çalışmalar (Kauffman ve Kearns, 1992).

5.5. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Etik İlkeler

Çocuklar üzerindeki araştırmaların savunulabilirliği için, araştırmanın bilimsel yönden geçerliği kadar, etik açısından da uygun olması gereklidir. Tıbbi araştırmalarda uyulması gereken yaşama saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ve özerklik ilkeleri çocuklar üzerindeki araştırmalarda da geçerlidir. Özerlik ilkesi, bir sonraki başlıkta aydınlatılmış onam bağlamında ele alınacağı için, bu bölümde yer verilmemiş, öteki ilkeler ise çocuklar açısından değerlendirilmiştir.

5.5.1. Yaşama Saygı İlkesi

Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında İnsan Deneklerin Korunması ABD Ulusal Konseyi belgelerinde, kişilere saygının en az iki etik varsayımı kapsadığı; bunlardan ilkinin bireylere özerk kişiler olarak davranılması gerektiği, ikincisinin ise kişinin özerkliğini azaltmanın onun korunmasına hak kazandırdığı biçiminde dile getirilebileceği belirtilmektedir. İlk varsayım, Kant ve Mill'in "ne olursa olsun

herkesin yararı için ötekilerin özerkliğine saygı kadar, ötekilerin yararı için başkalarının özerk eylemlerine karışmamak gerektiği" biçimindeki uyarılarından çıkarılabilir.

Kanada Geçici İşbirliği Kurulu "çocuklar büyüdükçe özerkliklerinin artması gerektiği " ilkesinin kabul edilmesini önermektedir. Bu ilke, henüz kendi kaderini belirleyemeyen ya da hiçbir zaman belirleyemeyecek olan çocukların durumuna uygulanabilir mi? Çocukların bazılarının kişi olarak kabul edilmemeleri gerektiği, çünkü bu nedenle bakımsız bırakılabileceklerinin ve hatta öldürülebileceklerinin kabul edilir duruma geleceği görüşünü ileri sürenler olduğu gibi, çocukların kişi olmak bakımından değil, "yardım etmek, zarar vermemek ve ne yardım ne de zarar görmek" ile ilgili olmak bakımından erişkin olmadıklarından söz edenler de bulunmaktadır. Öte yandan, çocuklara insan toplumunun bir üyesi olmaları nedeniyle kişi olarak davranılması gerektiği ileri sürülmektedir. Geçici İşbirliği Kurulu'nun görüşü çocukların özerk olarak dikkate alınabilecekleri ve onlara bu nedenle saygı gösterilmesi gerektiği biçimindedir. Onlara göre, çocuklar olgunlaşmalarının belirli düzeylerine doğru gelişme potansiyeli taşıyan insanlar oldukları ölçüde ve insan toplumunun bir üyesi olduklarından dolayı saygı görmelidirler. Bu temel üzerinde ve yarar ya da zarar vermeme değerlendirmesinden oldukça farklı olarak Geçici İşbirliği, "çocuklara saygı" ilkesinin kabul edilmesini önerir; bu ilkenin önerilmesinin nedeni, kişilere saygının ötesinde bu grubun katıldığı araştırma tartışmalarında amaca yönelik ve uygulanabilir bir ilke olmasındandır. Bu ilkeden dolayı; yetenekli ve yeterli olan çocuğun araştırmaya katılmaya ilişkin özerk karar alabileceği, çok küçük çocuk ya da hiçbir zaman yeterli olamayacak olan çocuklara ise, "hiç olmazsa değerli bir insan olarak davranılması" gerektiği kabul edilmektedir (Miller, 1993, s.: 18).

Sonuç olarak Geçici İşbirliği'nin çocuklara saygı anlayışı, temel olarak gizliliğe saygı, güvenilirlik, özel yaşamın dokunulmazlığı ve dürüstlüğü içermektedir. Bu bağlamda, tartışmanın ödev ve yarar etiği zemininde yapılması söz konusudur. Çocukların bir araştırma projesine katılmaları konusunda seçim yapmaları için, onlara, katılımın olası zararları ve yararları konusunda tam açıklama yapılması gerekir. Ayrıca, özerk olmak kendisi hakkında bilgilenme ve bu bilgiyi anlamanın ötesinde kişisel kontrolün sağlanmasıdır. Özerkliğe doğru olgunlaşan daha küçük

çocuklar ya da gelişimsel gecikmesi olan çocukların durumları gözden geçirilebilir; onlar açısından özel yaşamın dokunulmazlığı, gizliliğe saygı, güvenilirlik ve dürüstlük gibi evrensel değerler, çocuğun gelişimiyle orantılı olarak kazandırabilir. Onamın yorumuna ilişkin gereklilikler ile çocuğa saygının yorumuna ilişkin gereklilikler adalet, zarar vermeme gibi öteki etik yükümlülüklerin değerlendirilmesinde belirleyici olmalıdır (Miller, 1993, s.: 18).

5.5.2. Zarar Vermeme İlkesi

İyilik ilkesi, hem "zararlı olmama" hem de "olanaklı en çok yarar, olanaklı en az zarar" biçiminde anlaşılacak olursa, bu iki yükümlülük arasında egemen olana öncelik vermek biçiminde bir ilişki vardır. Ayrıca, günlük konuşmalarda bir terim tümüyle farklı iki anlam çerçevesinde kullanıldığında karışıklık çıkması olasılığı bulunmaktadır. Örneğin "zararlı olmamak" genellikle "yarar" ile eşit midir? Birinde, diğerine üstün açık bir yüküm var mıdır? Bazılarına zararlı, ötekilere yararlı olan şeyin "zararlı" ya da "yararlı" olduğu kabul edilebilir mi? (Miller, 1993, s.: 19).

"Zararlı olmama" yükümü şu anlaşılma biçimlerini kapsar:

- Ağrı, acı ya da zarar vermeme
- Kötülüğü, kederi ya da zararı önleme
- Kötülüğü uzaklaştırma

Bu sıralamada birincinin, her zaman ikinci ve ötekilere göre bağlayıcı olmak gibi bir önceliği vardır. Bu durumda "söz konusu ilke çocukların katıldığı araştırmalara nasıl uygulanabilir?" sorusu gündeme gelmektedir. Zarar vermeme ilkesinin, yukarıda sözü edilen üç öğesini kapsadığı ve karşıladığı ölçüde çocuklar üzerindeki araştırmaların uygun olduğu, araştırma yapılmaması durumunda ise çocuklara zarar verildiği söylenebilir.

Hekimin, hasta çocuğa verilen tedavinin yararı ve değeri konusunda kuşku duymasına karşın, bu tedaviyi uyguladığı zaman etik açıdan yanlış davrandığı söylenebilir mi? Eğer öyle ise, iyi düzenlenmiş bir araştırma protokolü, kuşkulu bir terapötik yöntem uygulamaktan nasıl daha kötü olabilir? Gerçekten bir araştırma protokolünün uygulanmasında bireysel açıdan sonuç pozitif olmayabilir; yine de

önerilen tedavinin etkinliği konusunda gerçekten kuşku varsa, uygulanması doğru değildir. Zarar vermeme ilkesiyle uyumlu olarak, kuşku kesin olduğu zaman; hekim, yalnızca acı vermemekle kalmamalı, aynı zamanda olabildiği kadar acıyı önlemeli ve uzaklaştırmalıdır.

Bu durumlarda hekim zararı önlemeye çalışırken, başlangıçta bilgi edinmelidir. Böylece terapötik araştırma yoluyla, çocukların katıldığı araştırmada yarar sağlama ve zarardan koruma isteği için, bazı iyi gerekçelerin oluşturulması olasılığı yaratılmış olacaktır. Bu tür araştırma bütün çocukları (ve toplumu) zarardan koruyacak ve daha az olarak bütün çocuklar (ve toplum) için doğrudan yarar sağlayacak, gelecekte bu hastalığın gelişebileceği çocukların uygun tedavisi konusunda bilginin artışına yol açacak; aynı zamanda genel olarak bilimsel bilgiye katkıda bulunacaktır.

Araştırmalar, sağlıklı çocukların toplu olarak zarardan korunması ve uygun yöntemlerle büyütülmesi için de gereklidir. Kuşkusuz araştırmaya katılan sağlıklı çocuğa doğrudan yarar verilmiş olmayacaktır. Bununla birlikte, terapötik araştırma ya da non-terapötik araştırma, zarardan koruma ve bilginin artışına yol açmak aracılığıyla dolaylı olarak bütün çocuklara ve topluma yarar sağlayacaktır. Non-terapötik araştırmalarda daha fazla olmak üzere, tüm araştırmalardaki kaygı, çocuğa yarar olmaksızın doğrudan ya da uzun dönemde zarar olasılığıdır (Miller, 1993, s.: 20).

Açıkça dile getirilmektedir ki, araştırmaların, öteki çocukların ve toplumun bazı olası yararları adına bir çocuğa ya da çocukların bir grubuna, orta ya da uzun dönemde zarar verme olasılığı varsa haklı gösterilemeyecektir. Etik bakış açısı çocuklara doğrudan ya da dolaylı zarar ya da zarar olasılığı varolduğu zaman, genel olarak çocukları zarardan korumanın yollarının ya da yararın anlamının ve bunun doğrudan ya da dolaylı olup olmadığının anlatılmasını gerektirir. Bu bakış açısı elbette, zarar vermeme ilkesi kadar, yarar ve çocuklara saygı ilkelerine özen göstermeyi kapsamalıdır.

İlk olarak, daha önce tartışılan çocuklara saygı ilkesi gereği onların, özerk bireyler olarak, reddetme haklarını uygulamaya geçirmelerine izin verilmelidir. Çocukların katılımı istenilir olduğu sürece, kendi öz çıkarları ve grubun iyiliğinin, onların seçimi doğrultusunda olmasına saygı gösterilmelidir. Benzer biçimde çok küçük ya da

yetersiz çocukların katıldığı araştırmalarda, onlara bakım verenlerin seçimine saygı gösterilmesi gerekir. Araştırmacının kuşkularına karşın, eğer bir mahkeme işe karışmamışsa ana-babanın ya da bakım verenin seçimi, reddetme biçiminde de olsa, onların kararına saygı gösterilir. Orta çocukluk dönemindeki çocuklarda ise, onların özerk seçimine saygı, onların yetiştirilmesi ve korunması görevleri olmak üzere üç tür yükümlülük göz önünde bulundurulmalıdır.

İkinci olarak, araştırma sürecinin ayrılmaz bir parçası olan ya da onun doğasında var olan zarar olasılığının sınırının belirlenmesi gerektiği göz önünde tutulmalıdır. Araştırmanın haklı gösterilmesi, uygulamada zarar vermemenin sınırı belirlenmediği sürece ortaya çıkan zararı haklı çıkarmayacaktır. Araştırma sürecinin planlanmasında, çocukların zarardan korunmasının sağlanması ve güvence altına alınması ilk gereksinim olarak görülmelidir. Ayrıca, araştırma yalnızca özerklik ve onamın varolduğu koşullarda, ve araştırmanın çocuğa doğrudan yararı ya da ihmal edilebilir ve/veya minimal ölçüsünü aşmayan zarar yeterli biçimde değerlendirildiği zaman yürütülmelidir. Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi belgelerinde zarar vermeme ilkesi, yaşama saygı ilkesi temelinde tartışılmaktadır, çünkü yaşam olmaksızın, etik değerlendirmeye konu olacak bir araştırma söz konusu olmayacaktır ve ancak yaşayan deneklerle yapılan araştırmanın insanlarla ilgili en çok bilgiyi sağlayacağı açıktır. Bu belgelerde sözü edilen "yaşama saygı", "yaşam kalitesine saygı"yı da kapsayacak genişlikte yorumlanmaktadır (Miller, 1993, s.: 21).

5.5.3. Yarar İlkesi

En genel anlamda iyilik "başkalarının ilerde gerçekleşebilecek önemli ve haklı yararı için, bize en az risk getirebilecek durumlarda onlara yardım etme görevi"dir. Felsefi olarak bu görev, deontolojik ve utiliteryen yaklaşımlarda tanımlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri belgelerinde de, iyiliğin ayırt edilmesi için aşağıdakilerin var olması gerektiği dile getirilmektedir.

- Zarar olmaması
- Olanaklı en çok yarar ve olanaklı en az zararın sağlanması

Levine ise bu yaklaşımı "iyilik ilkesi, bireylerin iyiliğini sağlama ve gelecekte bizim sosyal açıdan daha iyi olabilmemizin temelinde yer alacak olan bilgiyi geliştirme yükümlülüğü biçiminde açıklanmıştır. Bununla birlikte sosyal iyiliğin sağlanması yararına, tek bir bireyin zararına kastetmemeliyiz" biçiminde yorumlamaktadır.

Araştırmayla ilgili olarak ikinci yükümlülük (olanaklı en çok yararlar ve en az zararlar) olan iyiliği istemek, yalnızca kendi çıkarından değil, ama çevresinin ve üyesi olduğu toplumun iyiye doğru ilerlemesi onu ilgilendirdiğinden dolayı, kişinin katılma yükümlülüğünü doğurabilir. Ancak burada Mill tarafından öne sürülen "kişi karşılığını ödemekte isteksizse, toplumun ona sağladığı yararı kabul etmemelidir"biçimindeki görüşün gözden uzak tutulmaması gerekir. Sosyal yararın ölçüsü kadar bir araştırmanın topluma ve üyelerine getireceği yararın ne kadar açık olduğu, herhangi bir yükümlülüğü yerine getirme bir çok yolundan biri olan araştırma projesine katılmayla ilişkilidir (Miller, 1993, s.: 19).

Erişkinler ve daha büyük yeterli çocuklara ne sağladığı konusuna gelince; herhangi bir yükümlülük öteki yükümlülüklerin (örneğin aileye karşı) ve yeğlemesi kendini korumanın göz önünde bulundurulması tarafından sınırlandırılacaktır. Orta çocukluk dönemindeki çocuklar, olgunluklarının düzeyiyle uyumlu olarak ötekilerin yararına bazı yükümlülükleri alabilirler, yine de bu yükümlülüğün, ötekilerin yukarda sözü edilen çıkarlarıyla uyumlu bir sınırı olacaktır. Ancak, çok küçük çocukların ya da yeterlikten yoksun çocukların iyilik için herhangi bir sorumluluk almaları görüşü kabul edilemez. Bu yaştaki çocukların araştırma süreçlerine katılmalarının sağlanması, onların eğitimlerinin ve bakımlarının bir parçası olarak toplumun iyiliğine bir ölçüde katılmayı öğrenebilecekleri bağlamında tartışılmaktadır. Bu yükümlülük ise çocukların değil, ana-babaların yükümlülüğüdür.

Yararın göz önünde tutulması kuşkusuz önemlidir, ancak çocukların katıldığı araştırmalarda, araştırmanın "zararlı olmama" temelinde yapılması daha inandırıcı görünmektedir (Miller, 1993, s.:19).

5.5.4. Adalet İlkesi

Adalet ilkesi birkaç farklı şekilde anlaşılır. En temel olarak "eşitlere eşit olarak davranılmalı" görüşünü içermekle birlikte, "hak edilenin sağlanması" ve "dağıtımda

tarafsızlık" olarak da betimlenir. "Dağıtımda tarafsızlık"tan araştırmanın yükleri, sıkıntıları ve yararlarından bireylerin etkilenmesi konusunda tarafsızlık anlatılmak istenmektedir.

Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında İnsan Deneklerin Korunması ABD Ulusal Komisyonu, çocukların katıldığı araştırmalara "kişilerin temel eşitliği" ve "ötekilerden daha zayıf, daha kolay incinebilir ve daha az avantajlı olanların daha fazla korunması gerektiği" biçiminde yorumlanabilen "hakkaniyet" kavramını kapsayan bir görüşü uyarlamaktadır. Bu çerçeve içindeki adalet Levine'e göre; doğrulukla iyiliğin uyumlulaştırılması biçiminde anlaşılamaz ve tartışma "en çok iyi, en büyüğe sahip olan içindir" argümanını üretecek şekilde yürütülemez. Geçici İşbirliği bu görüşleri kabul etmiş ve adalet ilkesini, çocukların moral statüsünün anlaşılmasıyla ilişkilendirmiştir. Ayrıca, adalet yükümlülüğünün, çocukların yer aldığı araştırmalara uygun olduğunu ve araştırmaların daha önce sözü edilen öteki etik ilkelerin göz önüne alınmasıyla birlikte yürütülmesinin bir zorunluluk olduğunu dile getirmiştir (Miller, 1993, s.: 22).

Araştırmalarda çocuklar için bireysel düzeyde adalet, onun belirli özelliklerinin göz önüne alınarak dezavantajlı biçimde ayrımına izin verilmemesi gerektiğidir. Bu nedenle araştırma handikapsız bir çocuk üzerinde yürütülebilecektir, örneğin denek grubunda handikaplı çocuklar oransız sayıda olmamalıdır. Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi belgelerinde bu konu açıklığa kavuşturulmuştur: "Araştırma riskinin, haksız biçimde zayıf ve hasta olanlar ile ırksal, ekonomik ve başka türlü dezavantajlılar üzerinde kalmamasına büyük özen gösterilmelidir". Benzer biçimde handikaplı çocuklar da, araştırma denekleri olmanın dışında tutulmamalıdır, çünkü onların handikapları ayrımcılık olarak görülecektir. Araştırma katılımcılarının seçiminde bireysel düzeyde tarafsızlık zorunlu, ama yetersizdir; çocuğa saygıya ilişkin kaygılarla, çocuğun zarardan korunması dengelenmelidir.

Çocuklarla ilgili araştırmaların, yine çocuklar üzerinde yapılması gerekliliğinin adalet ilkesiyle ilişkili bir boyutu vardır. Erişkinler üzerinde yapılan araştırmalar yoluyla elde edilen veriler çocuklar için geçerli bilgiyi sağlayabiliyorsa, bu araştırmaların çocuklar üzerinde yapılmaması gerekir. Yalnızca çocuk denekler üzerinde yürütülen araştırmalarda ise, çocuklara saygı, zarar vermeme ve yarar

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

sağlama ilkeleri yanı sıra adalet ilkesine de yeterli özen gösterilmelidir (Miller, 1993, s.: 22).

Toplumun çocukları zarardan koruma yükümlülüğünü araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır. Koşullar el verdiği ölçüde hasta çocukların bakımının sağlanması kuşkusuz araştırma projelerine göre önceliklidir. Ancak sağlık bakımının araştırma olmaksızın ilerlemeyeceği de bilinen bir gerçektir. Hem araştırma ve tedavinin her ikisi de, çocuklar için yeterli korumanın sağlanması içindir. Geçici İşbirliği araştırmanın yürütülmesiyle ilgili olarak çocukların erişkinlerle karşılaştırıldığında dezavantajlı bir grup olmaması gerektiği görüşündedir. Bu bağlamda Levine "ciddi bir adaletsizlik ve haksızlık" olarak "terapötik yetim fenomeni"nden söz etmekte ve konuyla ilgili tartışmasında şunları öne sürmektedir. "Eğer şimdi erişkinlerde yaptığımız gibi faz 2 ve faz 3 klinik deneyleri çocuklarda yaparsak, farklı ilaçların ilk uygulanması, tıp pratiğinin alışılmış biçimine göre daha fazla kontrol altında ve daha dikkatlice izlenmiş olacaktır. Bu durumda çocuklara özgü ters ilaç reaksiyonlarının, şu andakine oranla çok daha erken görülmesi olasıdır; sonuç olarak ya çocuklara ilaç vermeyi keseceğiz ya da ilaçları kullanan hekimleri uygun şekilde uyaracağız".

Çalışmanın zorunlu bir parçası olarak seçilmedikçe geniş toplum içindeki belirli sosyo – ekonomik, ırksal ya da etnik gruplar bir klinik denemeye adaletsiz olarak katılmamalıdır. Örneğin, bir kistik fibrozis çalışmasına en çok katılanlar, beyaz, oysa bir orak hücreli anemi çalışmasında neredeyse bütün katılımcılar siyah olacaktır. Benzer olarak populasyonun doğuştan karakteristikleri ve/veya çalışmanın amacı gerekli kılmadıkça belirli gruplar bir klinik denemenin yararlarından yoksun bırakılmamalıdır (Kauffman ve Kearns, 1992).

5.6. Araştırmaya Katılan Çocukların Yaşa Göre Gruplandırılması

Günümüzde, doğumdan ergenliğin sonuna kadar olan dönem "çocukluk dönemi" olarak adlandırıldığı için, "çocukları kapsayan araştırmalar" terimi, bu dönemde olan bireyler üzerinde yapılan araştırmaları dile getirmektedir. 0-18 yaş aralığında bağımsız olarak yürüyebilme, konuşma, toplumsallaşma, soyut kavramlar oluşturma, bağımsız seçimler yapabilme gibi yaygın olarak kabul edilen ve normal çocukluk gelişim sürecinin göstergesi olan pek çok fiziksel, bilişsel ve psikolojik

karakteristikler, tez çalışmasının önceki bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınmıştır. vardır. Bu karakteristiklerin bir ya da daha fazlasını ortaklaşa olarak taşıdıkları düşünülen çocuklar arasında da, kuşkusuz pek çok farklılıklar vardır. Konuyla ilgili olarak, Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, çocuk populasyonu içinde başlıca üç yaş grubunun var olduğunu, bu grupların "kenarlarında yer alan" bazı çocukların ise en yakın kategoride ele alınabileceğini öne sürmektedir.

1. *Doğum - 7 yaş grubu*: Zarardan korunmaya en çok gereksinimi olan ve aynı zamanda sürekli bakılıp büyütülmesi gereken çok küçük çocuklar.
2. *7-14 yaş grubu*: Olgunlaşmanın orta sınırında olan, kendilerini zarardan korumaya bir dereceye kadar yetenekli, yine de henüz erişkin olmadığı için bakıma muhtaç olan çocuklar kendi aralarında iki alt gruba ayrılır.

- 7-10 yaşlar arası
- 10-14 yaşlar arası

3. *14-18 yaş grubu*: Kendilerini zarardan korumaya en çok yetenekli olan ve daha çok erişkinliğe ulaşacak biçimde yetiştirilmesi gereken büyük çocuklar (Miller, 1993, s.: 10).

Yukarıdaki sınıflandırma, Piaget'nin bilişsel gelişim aşamaları temel alınarak yapılan ve bebeklik (0-2 yaş), ilk çocukluk (2-6 yaş), orta çocukluk (6-12 yaş) ve ergenlik (12-18 yaş) dönemlerini kapsayan sınıflandırmanın mantığına uygun görünmektedir. Söz konusu iki sınıflandırma arasında ilk bakışta göze çarpan farklılık, birincisinde bebeklik ve ilk çocukluk dönemlerinin tek bir grup olarak sınıflandırılmış olmasıdır. Ancak bu, görünüşte olan bir farklılıktır. Çocukların bakım gereksinimi ve karar süreçlerine katılımı açısından değerlendirildiği zaman doğumdan 7-8 yaşına kadar olan çocukların aynı grupta yer alması kabul edilebilir yaklaşımdır.

Çocukların gelişim aşamaları ile ilgili olarak her bir çocuğun kendine özgü karakteristiklere sahip olduğu bilinmektedir. Çocukluktan erişkinliğe geçiş fenomeni de içinde olmak üzere, aşamalar arasındaki geçişler ve bireysel farklılıkların göz önünde bulundurulması; çocuğun korunması ve yetiştirilmesi, özerklik gelişimi, bireysel potansiyelin desteklenmesi ve çocuğun en temel gereksinimlerinin (sağlık, eğitim, beslenme gibi) belirlenmesi açısından oldukça önemlidir. Erişkinlerce

sanıldığının tersine çocuklar, kendi gelişimlerini etkileyen hastalık, sağlık, sakatlık, ağrı, sıkıntı, ıstırap gibi konularla yakından ilgilenirler ve bu konularda kendi "iyi"lerini aramaktadırlar. Anlayış düzeyi farklı olmakla birlikte, tıpkı erişkinler gibi çocukların da seçme hakkı, gizlilik, doğruluk, güvenilirlik, kendinin farkında olma konularında kendi çıkarlarını korumaya çalıştıkları kabul edilmelidir.

İngiltere Tıbbi Etik Çalışma Grubunda da, çocuklarla ilgili çalışmaların kapsamında kimlerin bulunması gerektiği konusunda benzer tartışmaların yaşandığı, sonuçta doğumdan 16 yaşa kadar, canlı doğmuş çocuklar üzerindeki araştırmaların kapsama alınmasına karar verildiği dile getirilmektedir. Örneğin fetüs üzerindeki araştırmaların dışarıda bırakılması gerektiği, çünkü söz konusu alanda var olan etik sorunların yeterince büyük ve tartışmalı olduğu, bu alanda çaba gösterilecek olursa doğmuş çocukların sorunlarının geri planda kalabileceği öne sürülmektedir. Ayrıca, çocukların bu yaş sınırları öncesi ve sonrasında bir insan olarak süreklilik gösterdikleri, yaşama yeteneğini henüz kazanmamış kazanmamış bir fetusle yeni doğan arasındaki fizyolojik spektrumun sürekli olduğu, ancak abortus olduğu durumda yasal ve moral bir ayrımdan söz edilebileceği kabul edilmektedir (Nicholson, 1986, s.: 17-18).

5.7. Araştırmalarda Hasta Çocukların Yer Alması

Sağlıklı erişkinler üzerinde sıklıkla yapılan klinik araştırmalar (özellikle klinik farmakokinetik çalışmalar), genel bir kural olarak sağlıklı çocuklar üzerinde yürütülmemektedir. Pediyatrik çalışmalardaki denekler çoğunlukla, yürütülmekte olan araştırmayla doğrudan ilgisi olmayan, spesifik bir tıbbi endikasyon nedeniyle tedavisi yapılmakta olan hasta çocuklardır. Bu nedenle pediyatrik uygulamalarda ve araştırmalarda genel olarak geçerli kılınan yaklaşım, hasta çocukların araştırmalarda yer alması için ana-baba ya da vasilerin onayının istenmesi, hasta-denek çocukların ve ana-babaların araştırma ya da tedavi ile ilgili sorunlarına özel duyarlılık gösterilmesi, tıbbi araştırmalar konusundaki ulusal ve uluslararası düzenlemelere tümüyle uygun davranarak hasta çocukların araştırmalara katılımının desteklenmesi biçimindedir.

*Öte yandan, t*edavi nedeniyle hastaneye yatırılan bebek ya da çocuklar üzerinde herhangi bir araştırmanın yapılması hasta ve ana-babalarda kaygıya yol açmaktadır. Yerine getirilmesi, araştırma açısından zorunlu olan bu prosedürlerin, tedavinin planlanmış yönünü değiştirebileceği ya da hastanede kalış süresini uzatabileceği biçimindeki kaygılarla sık sık karşılaşılmaktadır. Herhangi bir klinik araştırmaya hasta deneklerin katılımı nedeniyle, verilmesi planlanan tıbbi tedavi biçiminin değiştirilmemesi ya da olumsuz yönde etkilenmemesi konusundaki istek ve beklentilerin, araştırmacı tarafından anlayışla karşılanması ve bunlara saygı gösterilmesi son derece önemlidir. Öncelikle araştırmacı, hastanın durumu hakkında bilgi edinmeli, tıbbi kayıtları dikkatle gözden geçirmeli, hasta ya da ana-babalarına araştırmadan söz etmeden önce primer bakım veren hekim ile konuyu tartışmış olmalıdır. Potansiyel hasta-denek belirlendikten sonra hastanın primer hekiminin desteği sağlanmalı, hastaya ve ana-babalarına çalışma protokolü açıklanmalı, çalışma prosedürleri ve deneysel bulguların sonuçları dikkatli ve tam olarak gözden geçirilmelidir. Araştırmacı, hasta ve ana-babalarına uygulanacak olan çalışma prosedürlerinin tıbbi tedavinin planlanan gidişinde bir değişikliğe yol açmayacağını ve koruyucu önlemlerin alınacağını, deneğin katılımına eşlik eden bütün risklerin en aza indirilmesinin sağlanmaya çalışılacağını göstermelidir. Ayrıca, araştırmaya katılma konusunda son karar ve yetkinin hasta ve ana-babalarda olduğu açıkça anlatılmalıdır. Son ve en önemli olarak, araştırmacının hasta ve ana-babalarla hastanın sağlığı, güvenliği ve iyiliğine eşlik eden ve kendisi için öncelikli olan kaygıları görüşmeye gereksinimi vardır. Bu tür bir yaklaşımın, araştırmacı adına önemli bir zaman ve kaynak yatırımını gerektirmiş olsa da, terk edilmemesi gereken sorumluluklar ve araştırmanın başarıyla yürütülmesi ve sonuçlandırılması açısından yararlı olacağı dile getirilmektedir. Bir başka deyişle, çocukları araştırmaya alma konusundaki başarı araştırmacının hasta ve ana-babalarla kurduğu ilişkiye doğrudan bağlıdır (Kauffman ve Kearns, 1992).

Hasta çocukların, etik açısından uygun olarak araştırmalarda yer alabilmesi için öncelikle aşağıdaki koşulların sağlanması gerekmektedir:

- Çalışmaya girişe ilişkin hasta motivasyonunun değerlendirilmesi ve spesifik olarak hasta ve/ ya da ana-babaları gereksinimlerine karşı duyarlı olunması.

- Hasta ya da ana-babaların temel gereksinimlerini (ulaşım, yemekler, hastanın kardeşleri için çocuk bakımı vs) karşılamak üzere parasal kaynakların sağlanması yoluyla, hasta yararının düzeyinin yükseltilmesi
- Çocuğa primer bakım veren hekime, hastanın durumu ve/veya test sonuçları konusunda bilgi sağlanması

Göz önünde bulundurulması gereken son bir nokta; araştırmaya kaydedilen hastanın yaşadığı yer ile hasta kayıt ve çalışma için kullanılan yerlere ilişkindir. Araştırma nedeniyle, hastanın bir hastane odasından başka bir yere taşınması gerekiyorsa, zorunlu tıbbi bakımının yürütülmesi için uygun donanımı ve personeli olan bir ortamın oluşturulması gereklidir; bu tür kolaylıkların sağlanmasının, hastanın gereksinimlerinin ve isteklerinin (örneğin, çalışma odasında tuvalet-banyo, hastanın rahat ettirilmesini sağlayan araç ve gereçler, hasta ve aile üyeleri arasındaki olağan etkileşimi sağlamak için yeterli yer ve zaman vs.) karşılanmasına büyük ölçüde yardımcı olduğu öne sürülmektedir. Böylece hastanın rutin tıbbi tedavisine ve bakımına önemli ölçüde haksızlık yapılmaksızın, çalışmanın yürütülmesi sağlanmış olabilecektir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Hasta çocuklar üzerinde yapılan klinik araştırmalar, sıklıkla tekrarlanan kan ve idrar örneklerinin alınmasını gerekli kılmakta ve bu nedenle, çocuklarda ve ana-babalarında çeşitli sıkıntılar ve rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, farmakokinetik çalışmaların çoğunluğu tekrarlanan ven ponksiyonları ile alınan kan örnekleri aracılığıyla yürütülmektedir. Tekrarlanan venöz örnekleme eşlik eden risklerin önde gelenleri arasında kan volümünde aşırı azalma (örneklemde alınan kan miktarının, dolaşımdaki toplam kan miktarının %10'nu aşması), ağrı, ekimoz, infeksiyon ve anterior intra ossöz sendrom gelişme olasılığı sayılmaktadır. Bebeklerde parmak ucu ya da topuktan tekrarlı kan alımında da ağrı, ekimoz, infeksiyon, kemik hasarı, anksiyete artışı ve ilaç ölçümünde potansiyel hataların ortaya çıkması olasılığından söz edilmektedir. Yapılan çalışmalar, silastik venöz kanüller ya da heparinize edilmiş küçük ölçekli enjektörlerin kullanılması ile yukarıda sayılan riskleri ve rahatsızlıkları belirgin olarak azalttığını, tıbbi endikasyon olursa santral venöz kateterlerin kullanılabileceğini göstermektedir.

Renal fonksiyonda belirgin gelişimsel değişimlerin, ilaçların farmakokinetiğini etkilediği, tekrarlanan idrar örneklerinin, böbrekten atılan bileşiklerin renal klirensini ve hastalık sürecinden etkilenmiş olan hepatik transformasyon yollarını göstermesi açısından önemli olduğu dile getirilmektedir. Bu nedenle idrar örneklerinin doğru toplanmasının farmakokinetik araştırmanın niteliğini artırabildiği ve prosedüre eşlik eden sorunların giderilmesi ya da önlem alınmasına katkıda bulunduğundan söz edilmektedir. Mesane kateteri yerleştirme endikasyonu olmadığı sürece, kendiliğinden boşaltılan idarar örneklerinin kullanılması önerilmektedir. Tuvalet eğitimi almamış küçük çocuklar ve bebeklerde dışarıdan uygulanan idrar toplama aygıtları sızdırdığı için ve bebeğin bezinden fekal materyalle kontamine olmamış idrar örneği alınması olanaksız olduğundan yeni yaklaşımlar denenmektedir. Erkek bebeklerde bir dış toplama aygıtının bağlanması ve her boşaltmadan sonra idrarın aspirasyonu ile doğru idrar toplanacağı belirtilmektedir. Tuvalet eğitimi almış çocuklarda ise, bir araştırma hemşiresinin gözetiminde ya da örnek almanın önemini kavramış bir ana-babanın güdüleyici etkisiyle doğru örnek alınmasının sağlanabildiği gösterilmiştir. Tekrarlanan kan ve idrar örneklerinin alınmasında, araştırmacının yukarıda söz konusu edilen riskleri değerlendirerek çocuk deneklere en az zararın sağlanması ve araştırmanın bilimsel değerinin yükseltilmesi olanaklıdır (Kauffman ve Kearns, 1992)

5.8. Çocuklara Zarar Veren Araştırmalar

Çocukların büyüme ve gelişmesi konusunda bilgi elde edilmesi için, erişkinlerin her zaman uygun araştırma denekleri olmadıkları, öte yandan çocuklar üzerinde yapılan bazı araştırmaların da toplum tarafından kabul edilemez bulunduğu bir gerçektir.

Çocukların yer aldığı araştırmaların çoğunluğunun birey olarak çocuğa ya da çocuklara yarar sağlayabileceği kabul edilmekle birlikte, bazı araştırmalar birey olarak çocuğa ya da çocuklara zararla sonuçlanabilmektedir. Bu tür araştırmalar ya bilimsel geçerlik açısından tartışılır, ya katılan araştırma deneklerinin onamı konusunda yetersiz ya da katılan çocukların zarar riskine veya zarara karşı yeterli korunma olmaksızın sürdürülmüş olmaktadırlar. Oysa, Uluslararası Tıbbi Etik Kodunda (The International Code of Medical Ethics) bir insanın fiziksel ya da

mental direncini zayıflatabilecek olan herhangi bir eylem ya da önerinin yalnızca onun çıkarına kullanılabileceği dile getirilmektedir. Aşağıda sözü edilecek olan iki araştırmada bu ilkeye uygun davranılmadığı açıkça görülmektedir.

İlk örnek, New York'taki bir okulda yapılmış olan araştırmadır. Willowbrook Devlet Okulu, 5000 mental retarde çocuğun yerleştirildiği bir kurumdur. Viral hepatit ve kızamığı kapsayan enfeksiyonlar çocuklar arasında yaygındır. Bu kurumda uygulanmak üzere planlanan bir çalışma, hepatit enfeksiyonunun kliniğine ilişkin bilginin arttırılması ve bağışıklık sağlanması amacını taşımaktadır. Son zamanlarda okula kabul edilen ve önceden hepatit olmayan çocuklar, okulda kalanlardan ayrı bir üniteye yerleştirilmiş ve hasta çocuklardan elde edilen ve virüs içeren materyalle kasıtlı olarak enfekte edilmişlerdir. Çalışmanın sonucunda hepatitin klinik gidişi hakkında bazı değerli bilgiler elde edilmekle birlikte, sonuçlar yayınlandığında çok ciddi etik kaygılar ve tartışmalara neden olmuştur. Araştırmacılar; araştırmanın çocukların yararına olduğunu, çocukları, okulda yaygın olan kızamık, şigellozis, paraziter ve respiratuar enfeksiyonlara karşı korumak için ayrı bir ünitede tuttuklarını, immunitenin gelişmesiyle subklinik bir enfeksiyon geçirme olasılığı fazla olan çocukların izlenmesi amacıyla kontrollü bir şekilde virüs verildiğini öne sürmüşlerdir. Ancak, gösterilen bu tür gerekçeler, yapılanları haklı çıkarmaya yetmemiştir. Bunların dışında, çocuklarının bu araştırmaya katılması için izin vermeleri konusunda ana-babalara baskı yapıldığı yolunda kuşkular ortaya çıkmıştır. Çünkü, araştırmanın yapıldığı dönemde Willowbrook'a girişlerin sınırlandırılmış olduğu ve yalnızca, çocuklarının bu araştırmaya katılmasına izin vermeyi kabul eden ana-babaların çocukları okula kaydedildiği saptanmıştır. (Miller, 1993, s.: 15).

İkinci araştırma, Ankara'da Fatih Üniversitesi Neonatoloji Bilim Dalında yapılan bir çalışmadır. Çalışmada, respiratuar distres sendromu (RDS) tanısı konulan 57 prematüre yenidoğan, aminofilin ve/veya deksametazon ile tedavi edilen 3 grup ve 1 kontrol grubu olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Birinci gruba (15 hasta) herhangi bir ilaç verilmemiş; ikinci gruba (14 hasta) aminofilin; üçüncü gruba (13 hasta) deksametazon; dördüncü gruba (15 hasta) ise, aminofilin ve deksametazon kombinasyonu verilmiştir. Araştırmanın sonunda, bebeklerin 3'ü intraventriküler kanama, 2'si sepsis, 1'i pulmoner kanama ve 1'i de böbrek yetmezliğinden kaybedilmiştir. Ölen bebeklerin 5'i birinci grupta (kontrol grubu), öteki 2'si ikinci ve

üçüncü gruplarda yer almaktadır. Dördüncü grupta ise, hiç ölen olmamış ve önemli bir yan etki görülmemiştir (Kaya ve ark., 1996). Surfaktan tedavisinin çok pahalı olması nedeniyle, seçenek ilaç tedavilerinin morbidite ve mortalite üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada, hiçbir ilaç verilmeyen kontrol grubundaki hastaların 1/3'ünün ölmüş olması, geri dönüşsüz zarar olasılığının yüksek olduğu bu tür bir çalışmada neden kontrol grubu oluşturulduğu sorusunu haklı kılmaktadır.

Çocukların yer aldığı araştırmalar, risklerin doğrudan yararlara ağır bastığı durumlarda etik açısından "kabul edilemez" niteliktedir. Bununla birlikte, araştırma riski olasılığının varlığı, bilimsel açıdan geçerli ve etik ilkelere uygun olarak yürütülen araştırmalara olan gereksinimi ortadan kaldırmamaktadır.

5.9. Özel Gruplar Üzerinde Yapılan Araştırmalar

Çocuklar arasında bazı alt gruplar, çocukların genel populasyonuna göre baskı, zorlama ve istismara uğrama bakımından daha fazla risk taşımaktadır. İncinebilirliği daha fazla olan ve özel koruma gerektiren bu gruplar arasında başta gelenler, kurumlarda yaşayan çocuklar (yetimler), ölümcül hastalığı olanlar ve küçük yaşta ailesinden ayrı yaşamaya başlayanlardır. Özel gruplar üzerinde çalışma yapmak; araştırmacının özel çabasını gerektirdiği gibi, araştırma etik kurulunun da çocukların yeterli ölçüde korunması ve varolan araştırma çalışmalarından yararlanmaları için güvenilir yöntemlere sahip olmasını gerektirir (Kauffman ve Kearns, 1992).

5.9.1. Kurumlara Yerleştirilmiş Çocuklar

Kurumsal bakımdaki çocuklar (engelli – dezavantajlı olsun ya da olmasın) günlük yaşamlarının çeşitli biçimleriyle ilgili olarak özgür seçim yapma hakkına daha az sahip olduklarından, istismara uğrama riski büyük ölçüde artmıştır. Ayrıca bu grupta vekil onayı ile ilgili önemli bir sorun vardır; "çocuğun bir araştırma deneği olması konusunda, onun en iyi çıkarını korumak koşuluyla katılımına izin vermeye yasal hakkı olan erişkin" varsayımı, burada geçerli olmayabilir. Bundan dolayı bu

çocuklar, katılımdan doğrudan yararlanmadıkları ve/veya onların özel durumlarına uygun çalışmanın denekleri olmadıkları klinik deneylerde yer almamalıdır. Aynı zamanda kurumlarda yaşayan çocukların, doğrudan yararlanabilecekleri terapötik deneylerden yoksun bırakılmaması gereklidir. Eğer bu çocuklar bir klinik denemeye katılmışlarsa, araştırma etik kurulu; araştırmacı, kurum ve yasal vasiden bağımsız olarak temsilci atamak aracılığıyla ek koruma sağlamak isteyebilir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Son zamanlarda birkaç ülkede ortaya çıkan ve çeşitli tıbbi araştırmalarda yetimlerin kullanıldığı konusundaki açıklamalar bilim dünyasını ve olaydan haberi olan insanları endişelendirmiştir. Örneğin, Avusturalya'da 1947 ve 1970 arasında çeşitli aşı denemeleri için yetimhanedeki çocukların kullanıldığı savının ortaya atılması üzerine, konuyla ilgili bir araştırma gerekli olmuş ve sonuçta hayvan testleri yapılmamış bazı aşıların ve erişkin dozu belirlenmemiş grip aşısının toksisite testleri için çocuklarda denendiği saptanmıştır.

Benzer bir olay İrlanda'da 1960 ve 1973'de yetimler üzerinde yürütülmüş olan aşı denemeleridir. İlk çalışma, üçlü DBT aşısı ile kombine edilen Salk polio aşısı verilmesiyle üretilen antikorların düzeyiyle ilgilidir. İkincisi, absorbe edilen üçlü aşılara karşı basit yan etki ve etkinliğin karşılaştırılması çalışmasıdır. Yine 1970'de bir araştırmacının, rubella aşısının intranazal olarak verilmesinin etkilerini yetim çocuklar üzerinde çalıştığı ortaya çıkmıştır. Sözü edilen deneylerdeki başlıca etik sorun, onam alınması konusundadır. Denemeler için herhangi bir biçimde izin vermiş olan kişiler, yetimhanede çalışan tıbbi memurlardır ve konumları "zoraki ana-baba sözleşmesi"ni çağrıştırmaktadır. Ancak daha önemli başka bir sorun, yetimlerin kullanılmış olmasına ilişkin moral çerçevedir. Denemelerde, toplumun zaten yeterince dezavantajlı olan grubunun gereksiz ve etik dışı olarak kullanılmış olması, yasal soruşturmayı ve etik tartışmayı gerektiren bir sorundur.

Avustralya ve İrlanda deneyimlerinin yanı sıra, Tayland'da Bangkok'un dış kesiminde bulunan Pakrot yetimhanesinde yapılan bir deney konusunda da benzer kaygılar doğmuştur. Nestle tarafından desteklenen ve 6-36 ay arasındaki 200 bebek üzerinde yürütülen çalışmanın amacı, diyareye karşı koruyucu olduğu düşünülen bifidobakteri eklenmiş bebek maması ile beslenen çocuklarda, diyare epizodlarının azalmış olup olmadığının görülmesidir. Yiyeceğin 6 tonu Danimarka'dan ithal

edilmiştir ve bu miktar, deneme için gerekli olanın en az iki katı büyüklüktedir. Randomize deneyin hiç bir kanıtı olmadığından, yapılan çalışmanın hangi yararlı bilgiyi vereceği açık değildir. CIOMS uluslararası ilkelerine göre, deneyin Danimarka'da bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması gerekir, ancak söz konusu çalışmada bu tür bir onay belgesi gösterilememiştir. Ayrıca, Tayland gibi gelişmekte olan bir ülkede diyarenin azaltılması için temel, öncelikli ve geçerli yöntemin temiz su sağlanması olması gerekli iken, söz konusu ülkenin yetim çocuklarının kendilerine uygun olduğu kuşkulu bir ürünün pazarlanmasında araç olarak kullanılmış olmaları etik açısından kabul edilemez bir durumdur (Bull. Med. Eth., 1997).

5.9.2. Sürekli Güçsüzlüğü ya da Ölümcül Hastalığı Olan Çocuklar

Doğumsal anomali ya da geçirilmiş hastalık sekeli nedeniyle kalıcı güçsüzlüğü olan ya da malignite ve HIV enfeksiyonu gibi öldürücü hastalığı olan çocuklar son derecede bağımlı ve zedelenebilirdirler. Bazı durumlarda, bu gruplarda potansiyel olarak yararlı ilaçlar çalışılabilir. Öte yandan birçok araştırma protokolü çeşitli yan etkiler, hastalıklar ve ıstıraplarla sonuçlanabilir. Ortaya çıkan bu tür güç sorunlar araştırmacı ve araştırma etik kurulu tarafından özenle göz önünde bulundurulmalıdır. Bu koşullarda "her zaman vekil onaylayıcının çocuk için en iyi kararı verdiği varsayılabilir mi?" ve "çocuklar hangi noktada katılmayı reddetme hakkına sahiptir?" sorularının yeterince tartışılması gereklidir. Örneğin, sosyal boyutları nedeniyle ek sorunlar getiren HIV enfeksiyonu çocuklarda sık olarak dikey geçişlidir ve çoğunlukla ana-babaların yüksek riskli davranışlarına eşlik eder. Bu durumun, çocuk için sorumlu bir vekil onaylayıcı olarak ana-babanın tutumunu nasıl etkileyeceği akla gelen ilk sorulardan biridir ve çözüm üretmekten çok, yeni tartışma konularını gündeme getirmektedir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Kanserli çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, etik açısından pek çok tartışma konusu içermektedir. Hastalık nedeniyle yeterince ıstıraplı olan çocuklar üzerinde araştırma yapılmasının uygun olup olmadığı, terapötik ve non-terapötik araştırmalarda uyulması gereken ilkelerin neler olması gerektiği, hasta çocukların göreceği zararın nasıl en aza indirilebileceği, öteki hasta gruplarına göre ek koruma

önlemlerinin gerekip gerekmediği, ana-baba ve hastanın yakın çevresiyle nasıl bir iletişim kurulabileceği, klinik denemelerin hangi kanser türlerinde ve hangi aşamalarda yürütülebileceği bu alandaki başlıca sorulardır. Söz konusu sorulara yeterince ve/veya olabildiği ölçüde doyurucu yanıtların verilmediği durumlarda, kanserli çocuklar üzerinde yürütülen araştırmalar etik açısından sorgulanabilir olacaktır.

Burada, konuyla ilgili olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde var olan bir takım yasal düzenlemelerden ve uygulamalardan söz edilecektir. Birleşik Devletler Halk Sağlığı Servisi'ne bağlı Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI), erişkinlerde MTD (maksimum tolere edilebilen doz) belirlenene kadar, çocuklardaki Faz 1 ilaç denemelerine izin vermemektedir. Yapılan çalışmalar, pediyatrik hastaların, anti-kanser ajanlara, erişkinlere göre daha fazla toleranslı olduklarını göstermektedir. Faz 1 denemeler genel olarak, pediyatrik malignensilerin, erişkin solid tümörleri ya da lösemilerine göre daha yanıt verici olduğu bilgisiyle başlatılmaktadır. NCI tarafından erişkinlerdeki Faz 1 denemelerinde saptanmış olan MTD'un yaklaşık olarak %80'ine kadar olan dozlarına 1983'den beri izin verilmektedir. Glaubiger ve arkadaşları ile Marsoni ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalar, pediyatrik hastaların erişkinlerdeki MTD'un en azından 1.2 katını genel olarak tolere ettiklerini göstermektedir. Bunun yanı sıra, farmakokinetik parametrelerin yaş gruplarına göre farklılaşmasına karşın,doz-sınırlı toksisitenin erişkinler ve çocuklardaki spesifik organ disfonksiyonu bakımından aynı etkilere sahip olduğu bildirilmektedir (Pratt, 1991).

Faz I pediyatrik klinik denemeler, lenfoblastik lösemi ve akut myeloblastik lösemileri kapsamaktadır. Faz I denemelerde en sıklıkla çalışılan solid tümörlerin, ilaca dirençli nöroblastom, Wilms tümörü, non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin hastalığı, rabdomyosarkom, osteosarkom, Ewing sarkomu olduğu bildirilmektedir. Beyin tümörlü hastalar, çoğunlukla Faz I klinik denemelerde katılımcı değildirler, ancak kemoterapi ya da radyoterapiye yanıt vermeyen tümörlerde faz I çalışmaları yapılabilmektedir. Malign rabdoid tümör, anaplastik Wilms tümörü, epiteloid sarkoma gibi yumuşak doku sarkomları, adrenokortikal karsinoma ve primitif nöroektodermal tümör gibi az görülen durumlarda standart terapinin eksikliği söz konusu ise, Faz I çalışmalar yürütülebilmektedir. Pediyatrik ve erişkin tümör tipleri

arasındaki farklılıklar ile kemoterapötik ajanların çocuk ve erişkinlerdeki farmakokinetik farklılıkları, hem bilimsel açıdan, hem de kanserli çocukların yeni tedavi biçimlerine olan gereksinimleri açısından konuyla ilgili klinik araştırmaların çocuklar üzerinde yapılmasını haklı göstermekte ve gerekli kılmaktadır (Pratt, 1991).

5.9.3. Aileden Ayrı Yaşayan Çocuklar

Ailelerinden bağımsız yaşayan çocuklar, öteki özel grubu oluşturmaktadır. Türkiye'de geleneksel aile yapısının egemenliği nedeniyle, Batı ülkelerinde görüldüğü kadar büyük bir sorun olmamakla birlikte, özellikle kırsal kesimde erken yaştaki evliliklerin yaygın olması göz önünde bulundurularak küçük yaşta aileden bağımsızlaşan çocukların durumuna kısaca değinilmiştir.

Yasal erişkinlik yaşından küçük olan bu bireylerin evlilik, eğitim vb. nedenlerle zorunlu olarak aileden uzakta kalma ve/veya ayrı yaşamayı seçmeleri sonucunda, onların erişkin koruyucu ilişkisinden bağımsızlıkları kabul edilmiştir. Bu bireyler özerk onam verme yeteneği taşıdıkları için değil, konumları gereği bağımsız olarak nitelendirilmektedirler. "Özgür kılınmış küçükler" olarak tanımlanan bu grup, birçok durumda kendilerinin tıbbi tedavileri için yasal açıdan bağımsız olarak onam vermeye hak kazanmışlardır. Buna uygun olarak, kendi sağlık-hastalık durumları ile ilişkili çalışmalara katılma konusunda da bağımsız onam verme hakkına sahip oldukları söylenebilir. Bu son derece duyarlılık gösterilmesi gereken bir konudur ve eğer özgür kılınmış küçükler, onların bağımsız onamına dayanılarak bir çalışmada yer almışlarsa, araştırma etik kurulu tarafından yapılan değerlendirmede araştırmacının güvenilirliği öncelikli konulardan biri olmalıdır (Kauffman ve Kearns, 1992).

5.10. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Sorunlar

Çocuklar üzerindeki araştırmalarla ilgili olarak ortaya çıkan sorunların önemli bir bölümü, iki temel konuda yoğunlaşmaktadır. Bunlardan ilki, plan ve metodoloji sorunları, ikincisi ise konuya ilişkin etik ikilemlerdir. Bu bölümde, söz konusu sorunlara kısaca değinilecektir.

5.10.1. Klinik Araştırmalarda Plan ve Metodoloji Sorunları

Yakın döneme kadar çocuk ve adolesanlardaki araştırmalarla ilgili olarak, içerik ve yöntem açısından geçmişten günümüze süzülüp gelen bir gelenek egemendi; yeni tedaviler ve araştırma yöntemlerindeki ilerlemelerin büyük bölümü bazı ayrıksı durumlar dışında, önce erişkinlerde kanıtlanır, daha sonra çocuklara uyarlanırdı. Çocuklar ve adolesanlar üzerindeki çalışmalar ve tedavi yöntemlerindeki gecikmeler, güvenilirlik ve etik kaygılar gerekçe gösterilerek haklı çıkarılırdı. Buradaki mantık, erişkinlerde deneninceye kadar çocukların yeni bir ilacın riskine konu edilmemesi gerektiğiydi. Ancak söz konusu yaklaşımın yansıması, bu tür bir önlemin, aslında riskin bir başka biçimine neden olmasıdır. Çünkü çocuk ve adolesan çalışmalarında gecikme;

- Çocukların gereksinimi olan yeni tedavilerin elde edilebilmesinde gecikmelere yol açmaktadır.
- Klinisyenleri, erişkinlerde çalışıldığı bilinen, ancak çocuklarda henüz çalışılmamış olan tedavileri "çocuklar üzerinde deneyenler" pozisyonuna koymaktadır.
- En önemlisi, çocukların yararlanabileceği tedavi deneylerinin, erişkinler üzerinde yapılması metabolizmadaki gelişme aşaması farklılıklarından dolayı risklidir (Arnold, 1993).

Sözü edilen zorlukların, çocuk ve adolesan çalışmalarının erişkinlere koşut olarak yürütülmesiyle aşılabileceği, erişkin araştırmaları alanından personel, teknoloji, anlayış ve girdi aktarımı başlangıçta yararlı olabileceği dile getirilmektedir. Ancak, bu tür bir girişim çocuk ve adolesanların özel araştırma gereksinimlerine bağımsız olarak yanıt vermeli ve onlara en uygun metodoloji bulunmalı, ancak bu durum onların erişkin alanından izolasyonlarına yol açmamalıdır. Erişkin ve çocuk/adolesan tedavi araştırması arasındaki farklılıkların pek çoğu yöntemden çok vurgu farklılıklarıdır. Örneğin, erişkin araştırmalarıyla çocuklarda farmokolojik ve psikososyal tedavi araştırmalarının etkileşimi ve birinin çerçevesi içinde ötekini çalışmaya ilişkin gereksinim giderek artan ölçüde kabul görmektedir. Bu tür kombine edilmiş çalışmalara olan gereksinim psikososyal girişimlerden daha kolay etkilenen

çocuklar için daha öncelikli ve ivedilikli olabilir. Söz konusu yöntemlerin kullanılması sonucu, günümüzde çocuk ve adolesan tedavi araştırmasının bir alanını oluşturan psikososyal tedaviler konusunda bazı önemli gelişmeler sağlanmıştır; davranış değişiklikleri, ana-baba eğitimi ve özgün olarak çocukların gereksinimleri için planlanan davranış tedavileri bunlar arasındadır (Arnold, 1993).

Çocuklar üzerindeki araştırmalarla ilgili plan ve metodoloji sorunları şu temel noktalarda toplanmaktadır:

1. Tanısal değerlendirme (sağlıklı ve hasta çocukların değerlendirilmesinde kullanılacak araçların ve yöntemlerin standardize edilmesi).
2. Denek seçimi (önerilen araştırma projesinin denekler için gerektirdiği bilimsel ölçütlerin yanı sıra, kültürel, sosyal, bireysel farklılıkların, gelişimsel etkenlerin ve çocuğun aile ilişkilerinin göz önünde bulundurulması).
3. Plan (tedavi ve/veya araştırmanın süresine, başarısızlık ve ertelenme karakteristiklerine, araştırma sonuçları ile tedaviye başlanması arasındaki ilişkiye, plasebo ya da kontrol gruplarının varlığına bağlı olarak çapraz grup, paralel grup gibi farklı araştırma planlarının hazırlanması).
4. Risk, zarar ve yarar değerlendirmesi (araştırmanın getireceği risk, zarar ve yararın standardize edilmesi, kabul edilebilir risk/yarar oranının belirlenmesi).
5. Aydınlatılmış onam (çocuğun araştırmaya katılımına kimin ya da kimlerin karar verebileceğinin belirlenmesi)
6. Araştırmanın süresi (araştırmanın, tedaviyi geciktirme olasılığı ve/veya süresi, hastalığın karakteristikleri, yetersiz izlemin olumsuz etkilerinin göz önünde bulundurulması).
7. Örnek büyüklüğü (kullanılabilir veri elde etmeye yetecek sayıda deneğe ulaşılması).
8. Denek bağlantıları (deneklere ulaşma, araştırmaya kaydetme ve denek bağlantıları konusunda standart bir planın yapılması)

Tıbbi araştırmalarla ilgili olarak, çıkarların "prima facie" çatışması söz konusudur. Bu çatışma, araştırmacının deneye bilimsel geçerlilik kazandırmak üzere (ki bilimsel

olmayan bir araştırma projesi yalnızca bu nedenle etik dışı sayılır) uygun bir sürede, yeterli sayıda deneği elde etme zorunluluğu ile deneklerin karşılaşacağı bütün risklerin açığa çıkarılması zorunluluğu arasındadır.

Bir çok durumda, araştırma riskleri sayısal olarak gösterilemez ve pek çok komplikasyonun hekimler tarafından yapılan olası bir eksik bildirime bağlı olarak ortaya çıktığı varsayılabilir. Risk bilgisinin belirsizliği yanı sıra, çoklu riskler arasındaki etkileşimin niteliği konusunda da yeterli bilginin olmadığı dile getirilmektedir. Pearn, bilgi yetersizliğiyle ilgili olarak onam konusunun yol gösterici olabileceğini, ancak hekimlere karşı hastaların eylem alanlarını sınırlandıran yasal düzenlemelerin bile hastalardan çok tıp mesleğini sürdürenlerce belirlendiğini dile getirmektedir (Hall, 1991).

5.10.2. Etik İkilemler

Amerikan Pediyatri Akademisi tarafından 1977'de yayınlanan "Research Involving Children" adlı rapor, İngiliz Pediyatri Birliği'nin konuyla ilgili ilkeleri ve İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi'nin 1962-63 Raporu, çocuklar üzerindeki araştırmaların genel ilkelerinin belirlenmesinde, daha sonraki çalışmalara temel oluşturmuştur. "Çocuklar üzerindeki araştırmalar yasal mıdır?" ve "Çocuklar üzerindeki araştırmalar etik midir?" sorularının yanıtlanması çabaları, 1991'de İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi'ne bağlı bir çalışma grubunun oluşturulmasıyla sonuçlanmıştır. İngiltere'de konuya yönelik çalışmaların ve şimdiki Tıbbi Etik Enstitüsü'nün öncüsü olan çalışma grubunun (Society for the Study of Medical Ethics) temel amacı, çocuklar üzerindeki klinik araştırmaların etik boyutlarını incelemek olarak belirlenmiştir. Söz konusu çalışma grubu, çocuklardaki araştırmaların yürütülmesindeki moral sorunların ayrıntılı olarak tartışalabilmesi için multi disipliner bir yaklaşımın gerektiğini öne sürmüşler ve yaptıkları çalışmanın özgün amaçlarını aşağıdaki biçimde sıralamışlardır:

1. Özellikle çocukların yer aldığı klinik araştırmalarda ortaya çıkan karmaşık moral sorunların irdelenmesi.
2. Çocuklardaki klinik araştırmaların yürütülmesinde varolan kuralların moral temelinin yeniden ele alınması.

3. Pediyatrik araştırma önerilerinin değerlendirildiği etik kurulların çalışmalarının incelenmesi.

4. Araştırmanın yürütülmesinde yaygın olarak kabul edilebilir moral ölçütlerin belirlenmesi.

5. Çocukların katıldığı klinik araştırmaların yürütülmesindeki etik ilkeleri kapsayan bir çalışma dokümanının hazırlanması ve planlanması.

- Rehberlik için tüzüğün hazırlanmasında araştırma etik komite üyeleri ve profesyonel kişilerin yer alması.
- Gelecekte herhangi bir yasanın hazırlanmasına destek olunması.
- Bu konuda profesyonellerin ve toplumun görüşünün alınarak çocuklar üzerindeki araştırmaların niteliğinin arttırılması (Nicholson, 1986, s.: 17-18).

Yukarıda sözü edilen çalışmaların sonuçları ve konuyla ilgili öteki belgelerin ışığında çocuklar üzerindeki araştırmalara ilişkin etik sorunların, temel olarak aşağıdaki noktalarda odaklandığı söylenebilir:

1. Farklı ilkeler ve kurallar olmasına karşın üzerinde anlaşma sağlanan bir konu, terapötik araştırmaların non-terapötik araştırmalardan daha az soruna yol açtığıdır.

2. Kontrollü randomize deneylerle ilgili olarak;

- Uygun bir araştırma projesinin parçası olmayan çalışmalarda,
- Güvenilir tedaviler dışındaki denenmemiş yeni tedavilerde,
- Tedavi görmekte olan ve randomizasyonla seçilen denekler söz konusuysa zorluklar ortaya çıkmaktadır.

3. Araştırmacının daha önceki tedavilere ve deneylere kuşkuyla bakabilmesi, araştırmanın etik olmasına katkıda bulunur.

4. Ne denek ve ne de araştırmacı, tedavilerinin araştırmaya verilecek onama bağlı olduğunu bilmiyorsa ya da deneğin terapiye alınacağına randomizasyonla karar verilecek ve deneğin ve ana-baba/vasinin onamının istenmesinin etik açısından doğru olup olmadığı sorusu ortaya çıkar.

5. Araştırmacıların ve hekimlerin farklı terapilerin görece yararları ve bu alandaki eski deneyler konusunda farklı ya da temelden karşıt anlayışlara sahip olmaları başka bir sorundur.

6. İdeal olarak bir klinik araştırmada onam, risk ve yararın tek bir bireyi ilgilendirmesi gerekir. Yasal bakımdan yeterliği olan erişkinlerde yapılan araştırmalar ve çocuklar üzerindeki terapötik araştırmalarda, alınan onam, risk ve yarar yalnızca aynı bireyin kazancıdır. Çocukların bir grubuyla ilgili non-terapötik araştırmada ise, öteki çocuklar yarar sağlamakta iken, denek çocuk riski üstlenmekte, söz konusu grubun dışındaki çocuklar ise ne risk almakta, ne yarar sağlamakta ve ne de onam vermektedir.

7. Araştırmacılar, çocuklar hakkında edinilecek bilgiler açısından, araştırma yapmamanın etik dışı olacağını, bundan da öte çocuklar üzerinde araştırma yapmanın moral bir yükümlülük olduğunu ileri sürmektedirler. Onlara göre, eğer çocuk onam verme yeteneğinden yoksunsa, bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi onun kişisel özerkliğine saldırı anlamına gelebilecektir. Böylece onamın alınıp alınmadığı konusu çocuklar ve ana-babalar açısından can alıcı önem kazanmaktadır.

8. Onamın özgürce verilmesi ve deneğin, araştırmanın doğası ve olası sonuçları hakkında önceden tam olarak bilgilendirilmesi gerektiği konuları onamın temelini oluşturmaktadır. Araştırma denekleri "çocuklar" olduğu zaman, bu ikisinden birinin başarılıp başarılmadığı konusunda kuşkular ortaya çıkmaktadır. Pek çok yazar, çocukların özgeci davranma ve onam verme kapasitesi bakımından 5-16 yaş arasında farklılıklar gösterdiğini ileri sürmektedir. Bazı araştırmacılar ise "çocukların onam verme kapasitelerine bakılmaksızın onların ana-babaları ya da velilerinin vekil onamına güvenilmeli ve geçerli kılındıktan sonra harekete geçilmelidir" biçiminde görüş bildirmektedirler (Nicholson, 1986, s.: 15-17).

5.11. Erişkin ve Çocuk Araştırmalarının Karşılaştırılması

Geleneksel hekim-hasta ilişkisi, hasta çocuk ya da erişkin olsun temel olarak iki tarafı olan bir ilişkiyi dile getirmektedir. Çünkü, gerek hekim-hasta ilişkisi, gerekse ana-baba ve çocuk arasındaki ilişki özünde paternalistik bir karakter taşımaktadır.

Son zamanlarda ortaya çıkan ve birbiriyle ilişkili olan iki önemli toplumsal gelişme, yukarıda sözü edilen paternalistik hekim-hasta ilişkisinde, en azından kuramsal düzeyde bir dönüşüme yol açmıştır. İnsan hakları bağlamında çocuk haklarının gündeme gelmesi, bununla eşzamanlı olarak hasta haklarının kabul edilmesi ve aydınlatılmış onam aracılığıyla bu kavramların tıp etkinliğinde uygulamaya geçirilmesi, sözü edilen dönüşümün temelinde yer almaktadır. Pediyatride, çocuk-ana-baba ve hekimin içinde yer aldığı ilişki, daha önceden olduğu gibi çocuğun sağlığı hakkındaki kararların yalnızca hekim ve ana-baba tarafından alındığı biçimde değil, çocuğun da karar sürecine katıldığı bir ilişki biçimine dönüşmektedir. Çocuklar üzerindeki araştırmalarda da benzer bir değişim söz konusudur. Tüm bu gelişmeler, gerek klinik uygulamada, gerekse araştırmalarda, erişkin ve çocuk arasındaki farklılıkların yeniden tartışılır duruma gelmesine yol açmıştır. Söz konusu faklılıkların yalnızca bilimsel yönleri değil etik boyutları da tartışılan konular arasındadır.

Erişkin ve çocuk/adolesan araştırması arasındaki göze çarpan farklılıklar şu alanlarda toplanmaktadır: etik farklılıklar, denek katılımı ve uyumu, bağımsız değişkenlerin yapısı, gelişme ve olgunlaşma, fizyoloji, değerlendirmenin temeli ve bilgi kaynakları, eko-davranışsal faktörler.

5.11.1. Riskin Haklı Gösterilmesi

Herhangi bir yaş grubundaki denekler üzerinde yapılacak olan araştırma Yerel Etik Kurul tarafından kabul edilmiş ve olası risk, beklenen yarar tarafından haklı çıkarılmış olmalıdır. Yerel Etik Kurul incelemesi ve riskin haklı gösterilmesi erişkinler için sıklıkla yeterliği olan kişinin aydınlatılmış onamı üzerinde odaklanır, oysa çocuklar için daha çok çocuk deneğe doğrudan yararın miktarı üzerinde odaklanır. Tam olarak bilgilendirilmiş ve yeterli erişkinin, bireysel yarar beklentisinin az olmasına karşın, eğer "tıp bilimi" ve aynı hastalığı taşıyacak gelecekteki hastalara yararlı olacaksa büyük risk için onam vermesi çoğu kez övgüye değer bulunur. Buna karşın, çocuklarda bu tür özgeciliğe çoğunlukla minimal risk durumu dışında izin verilmemektedir. Minimal riskten daha fazlasıyla birlikte olan çocuk/adolesan araştırması, deneğe bazı yararlar konusunda umut sunmalıdır. Elbette

bu kaygının bir nedeni, çocuk deneğe ilerdeki yılları etkileyen herhangi bir kalıcı zarar olma olasılığıdır. Daha zorlayıcı bir neden ise onam süreciyle ilgilidir.

5.11.2. Onam

Çoğunlukla tutuklu ya da asker olmayan erişkinler, riskler karşısında onam verme bakımından özgür olarak kabul edilirler. Bununla birlikte çocuklar ve daha küçük adolesanlar onam verme yeteneğinde sayılmazlar, onlar için ana-baba ya da vasileri onam vermelidir. Yeterli olmamakla birlikte çocuğun onayı da alınmış olmalıdır, çoğunlukla 14 yaş üzerinde olan daha büyük adolesanlar (bu yaş sınırı yargı tarafından değiştirilebilir) onam verebilir, ancak aynı zamanda ana-baba onamı da alınmalıdır. Yüksek risk ya da risk oranına göre düşük yararın olduğu bazı araştırmalar için, her iki ana-babanın onamı gerekli olabilir. Adolesanların onamları konusunda ise, ana-baba tarafından "aşırı ve/veya gereksiz etkilenme"ye ilişkin bazı sorunlar var olabilir. Çocuklar ve adolesanların durumu tutukluların ya da askeri personelinkine benzetilebilir: Güçlü bir otoritenin isteklerine karşı gelmeleri, hatta bu tür davranma haklarını sözel olarak güvenle dile getirmeleri akla uygun görülmeyebilir. Onların durumu, mental retardasyonlu erişkinlerin, riski tam olarak anladıklarından kuşku duyulduğundaki durumlarına da benzetilebilir. Sonuç olarak çocuklar ve genç adolesanlar olağan anlamda aydınlatılmış onamı özgür olarak veremeyeceklerdir. Ana-babaların çocuğun zararına karşın, araştırma amacıyla daha özgeci olmalarına izin verilmediği için , çocukları adına onam vermeleri sınırlandırılmıştır. Araştırmaya onam almanın yasal açıdan olanaksız olması nedeniyle, çocuklar yeni tedavilerden yoksun kalmakta ya da üzerlerinde yeterince araştırma yapılmamış tedaviler uygulanmaktadır.

Genellikle ana-babaların onam vermede çocuğun en iyi çıkarını koruduğu varsayıl maktadır, ancak tehlikeli ya da çaresiz bir ana-babanın olduğu ve ana-baba ile çocuk ilişkisinin bozuk olduğu durumlarda bu varsayım geçerli olmayabilir. Kuşkusuz, tümüyle istismar ya da ihmal durumunda, devlet, ana-babanın çocuğa karşı sorumluluğunu ve onu koruma görevini ortadan kaldırabilmektedir. Bu tür durumlarda onam elde edilmesi daha sorunlu olabilmektedir. Çocuğun esenliği için rutin olarak onam vermenin reddedildiği yerlerde, otoritelerin çocuğun tedavi

araştırmasına katılmaktan doğacak potansiyel yararları hakkında, araştırmacıların eğitimi ve danışmanlığı için bir miktar çaba göstermesine gerek olabilmektedir.

5.11.3. Deneğin Zararlarının Karşılanması

Deneğin zararlarının karşılanması konusunda yol gösterici ilke adaletin sağlanmasıdır. Adaletin sağlanması ise, deneğin katlandığı sıkıntı, zahmet, ağrı ve çeşitli rahatsızlıklar ile birlikte zaman kaybının uygun biçimde karşılanması, ancak bu süreçte baskılayıcı ya da zorlayıcı olunmaması ile olanaklıdır. Erişkinler için yaygın olan ücret ödemesi yönteminin, her bireyin alışık olduğu gelire ve varsıl ya da yoksul oluşuna göre düzenlenmediği sürece, bu ölçütleri taşıdığı kabul edilmektedir. Bununla birlikte, çocuklar için ücretin yaygınlaştırılması, zorlayıcı bir "cazibe" gerekçesi olabilir. Çocukların, ana-babanın verdiği karar aracılığıyla korunduğu varsayılır; ancak bu varsayım, başka komplikasyonlar doğurmaya adaydır. Araştırma sürecinde araştırmaya katılan çocuk ya da adolesan kadar, ana-babalar da değişik biçimlerde güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Ulaşım giderleri, zaman kaybı ve araştırma nedeniyle çalışma yaşamından uzaklaşmaya bağlı ücret kaybının karşılanması için ana-babalara adaletli ödeme gereklidir. Ayrıca, işsiz ana-babalara, çalışan ya da işi olan birine verildiği kadar kompanzasyon sağlanırsa adil davranılmış olur; çünkü aşırı ücretin, işsiz bir ana-babanın çocuğun güvenliğini riske etme konusundaki tutumuna olumsuz ve haksız etkilerinin olabileceği yönünde kaygılar ortaya çıkabilir. Bir başka deyişle, zararın parasal karşılığının ana-baba için "koruyucu", buna karşılık çocuk için "zorlayıcı" olmamasına özen gösterilmelidir.

5.11.4. Gerekli Hazırlık Çalışması

Yeni ilaçlar çoğunlukla klinik denemeler öncesinde güvenirlik için hayvan modeller ve normal gönüllü erişkinler üzerinde test edilmektedir. Fizyolojik farklılıklardan dolayı, erişkinler üzerinde yapılan testlerin çocuklarda kullanılmasının uygunluğu konusunda bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Ancak bu sorunları ortadan kaldıracak açık çözümler yoktur, çünkü normal çocuk ya da adolesan "gönüllüler"de güvenirlik testinin uygulanması, tartışmalar daha çok onam konusunda odaklandığı için elverişsizdir. Testler küçük hayvanlarda yapılmış olmakla birlikte, erişkin ya da genç

bir türde bulunan ilaç metabolizması ötekiler için gerçek dayanak olmayabileceğinden, türler karşısında bilinenden bilinmeyene doğru yapılan genellemede dikkatli olunmalıdır. Bir başka soru, yeni bir tedavinin, çocuklar ya da adolesanlarda denenmeden önce erişkinlerde yararlı ve güvenli olduğunun belirlenmiş olmasının gerekip gerekmediğidir. Güvenirlik istenebilir olmakla birlikte, erişkinlerde çok yararlı olabilen, ancak çocuklar için ya etkisiz ya da pek çok yan etkilere sahip olabilen yanlış tedaviler risklidir.

5.11.5. Denek Katılımı ve Uyumu

Erişkinler için katılıma ikna etmek eğer kişi yeterli ise hastaya, eğer hasta yetersiz ise, bir açıklamayla birlikte aileye, arkadaşlarına ya da vasiye yöneliktir. Çocuklar ve adolesanlar için, hastanın ve ana-babanın, küçük çocuklar için ise öncelikle ana-babanın ikna olması gereklidir. Ayrıca, çocuklar ve adolesanlar okul aracılığıyla ve işyeri başvuruları sırasında sıklıkla araştırmalara katılmaktadırlar. Özel durumlar dışında, ajans başvuruları aracılığıyla araştırmalara katılmak göreceli olarak erişkinlerde daha az yaygındır (Arnold, 1993).

Erişkin ayaktan tedavi edilenler için tedavi olma isteği, genellikle hastadan gelmektedir, ancak çocuklar ve adolesanlar için başlıca güdüleyici ana-babadır. Aynı durum tedavi araştırmasına uyum için de geçerlidir. Çoğunlukla erişkin denekler ve yatan hastalar, personel desteğine, bazı ayaktan tedavi görenler de aileden ve yakın çevreden etkilenmiş olsalar da kendi uyumlarından sorumludurlar. Bununla birlikte, küçük çocuklar için uyum başlıca ana-babanın sorumluluğundadır. Adolesanlarda uyum, çocuk modelini, erişkin modelini ya da hastalık, tedavi ve ana-baba-adolesan ilişkisine bağlı olarak sorumluluğun eşit paylaşımını izleyebilir.

5.11.6. Bağımsız Değişkenlerin Yapısı

Bağımsız değişkenler açısından erişkinler ve çocuklar arasındaki en önemli farklılık, deneğin sosyo-ekonomik statüsüdür. Erişkinler için sosyo-ekonomik statü genelde kaçınılmaz değilse de, kendi kendine bir belirlemedir ve deneğin önceki gelişimsel ya da öteki yetersizliklerinin, motivasyonal düzeyinin, yaradılış özelliklerinin,

anlayışının, aile kökeni, kültürü, güçlüğü ve elverişsiz yaşam olaylarının bir sonucu olabilir. Çocukların ve adolesanların sosyo-ekonomik statüsü ise, ana-babaların sosyo-ekonomik statüsü tarafından belirlenmiştir ve bundan dolayı, onların kendi kişisel niteliklerinden bir ölçüde uzaklaşmıştır. Gerçekten, küçükler için sosyo-ekonomik statü, ana-babalık rolünün niteliği, uyarma, besleme ve ana-babaların önceki gelişimsel, psikiyatrik ya da mental bozukluğu için bir vekil değişkeni olarak göz önünde bulundurulabilir.

Öteki bağımsız değişkenler, bazı açılardan farklılık gösterebilir. Örneğin küçük çocuklar için cinsiyet değişikliği erişkinler ve adolesanlar için olan dramatik hormonol değişimi göstermemektedir. Irk ve etnisite değişkeni de, bir küçük çocuğun göreceli olarak korunmasından dolayı erişkinde olduğu kadar ayrıma yol açmayabilir. Yaş değişkeni ise, gelişimsel faktörler nedeniyle farklı yaşlarda farklı anlamlara sahiptir.

5.11.7. Geçmişin ve Plasebonun Etkileri

Geçmiş ve plasebo etkisi erişkinler ve çocuk/adolesanlar arasındaki fark açısından bütün tedavi araştırmalarının iki klasik şanssızlığıdır.

Erişkinler için geçmişin etkisi, yaşam olaylarına, ideolojik seçimlere; politik ve toplumsal durumlara (savaş ve ulusal kimlik gibi) ve ekonomik dönemlere dayalıdır. Çocuklar, ailelerin işlevinin olumlu olarak yerine getirilmesi aracılığıyla politik ve ekonomik dönemlerden bir ölçüde yalıtılmış olabilirse de, geçmişe ilişkin öteki değişimlerden daha fazla etkilenmektedirler. Bunlar arasında olgunlaşma ve okul yılları önemlidir. Ayrıca, çocuklar, erişkinlere göre çoğunlukla daha kırılgan ve daha doğaldırlar, yaşam olaylarını daha yoğun algılarlar ve hatta, bir erişkinin farklı bir görüş üretemeyeceği yaşam olayları karşısında bazı görüş ve tutumları deneyebilirler. Bu nedenle yaşam olaylarını algılama sıklığı ve yoğunluğu, çocuklar için genellikle şiddetlidir ve geçmişin dolaysız etkisi onlarda daha fazla görülmektedir.

Plasebo ya da Hawthorne etkisinin, genellikle ilgi ve pozitif beklentilerin sonucu olduğu düşünülür. Bu etkiler, erişkinlerde başlıca deneğin beklentileri tarafından oluşturmakla birlikte, bir dereceye kadar araştırmacı ya da klinisyen beklentisinin de

önemli işlevi vardır. Çocuklar için bu etki genellikle bakım verenin (ana-baba ve öğretmen) beklentileri ve daha az olarak da deneyimlerin, araştırmacının ve klinisyenin beklentileri temelinde ortaya çıkar. Erişkinlerde plasebo etkisi sık sık "gerçek" düzelmedir ve tümüyle ölçülebilir nitelikte olmadığı için ölçüm hatasına bağlı değildir. Çocukların konumunda ise, plasebo etkisi bakım verenin değerlendirmesine dayandığı zaman ölçüm hatasını yansıtıyor olabilir. "Negatif plasebo etkisi", zarar, yan etkiler ya da etkisizlik beklentilerinin bir sonucu olabilir. Bazen erişkinler beklenileni aşan anksiyete ya da "aşırı aydınlatılmış" onamdan kaynaklanan negatif bir plasebo etkisi gösterebilmektedirler Çocuklardaki negatif plasebo etkisinin ise, hastalığın doğal seyrinde sağlığa zararlı ya da tedaviye olumsuz etki yaratan bir yanlışlık olduğunda, bu sonuç nedeniyle bakım verenin hayal kırıklığına uğramasından kaynaklanan bir "halo" etkisi olması olasılığı daha fazladır (Arnold, 1993).

5.11.8. Gelişme ve Olgunlaşma

Gelişimsel faktörler erişkin çalışmalarında da, en azından örneklerin seçiminde yaş kriteri olarak önemlidir. Örneğin, involusyona bağlı olduğu düşünülen hastalıkların tedavisini kapsayan çalışmalarda, deneklerin menapoz öncesi ya da klimakterik dönemde olması oldukça önem kazanabilir. Olgunlaşma etkisi ise, geçmişe ilişkin değişken olarak, birkaç yıl sürmüş olan erişkin çalışmalarında ihmal edilebilir düzeydedir. Buna karşılık çocukların gelişimi hızlı olduğundan olgunlaşma, çoğu çalışmalarda birkaç ay geçmişe ilişkin olsa bile önemli bir değişkendir.

Ayrıca çocuklarda gelişimsel aşamadaki birkaç yıllık fark, beyin yapısı ve işlevleri, hormonlar, bilişsel ya da metabolik açılardan daha büyük değişiklikleri gösterebilir. Örneğin, 5-7 yaş arasında olan kavrama ve beyin fizyolojisindeki ortalama farklılıkların ya da 9-12 yaş arasında olan belirli hormonlardaki ortak farklılıkların, 20 ve 40 yaş arasındaki farklılıklardan çok daha fazla olması beklenir. Yaş sürelerindeki ayrım tamamıyla yaşların mutlak sayıları bakımından değil (2 ya da 3 yıl vs.), ama aynı zamanda oran bakımından da etkileyicidir: 5'den 7'ye 2 yılda 5 in sadece % 40'ı ve 9'dan 12'ye 3 yılda 9'un yalnızca % 33'ü olmasına karşın, 20'den 40'a 20 yılda 20'nin % 100'üdür. Çocuklar ve adolesanlar için bir başka karmaşık

konu, gelişimsel evre bakımından, özellikle puberte döneminde aynı yaştakilerde bile, önemli gelişim destekleri sonucu gelişmenin hızlı adımlarla birleşmesiyle ortaya çıkan büyük bireyler arası değişikliklerdir.

Gelişimsel açıdan göz önünde bulundurulanlar aynı zamanda ruhsal tanımları da içerecek biçimde sonuç değerlendirmesini etkilemektedir. Örneğin, bağımlılık ve belirli korkular, çocuklar için normal ya da en azından kabul edilebilirdir. Erişkinlere uygun ölçütler ise; kazançlı iş, kendine bakma, bağımsız yaşantı, doyurucu cinsel yaşam gibi çocukluğun değişik dönemlerindeki ölçütlerle büyük ölçüde uyumsuz olan ölçütlerdir. Bu nedenle, çocuklar ve adolesanlar üzerindeki çalışmaların sonuçları, yalnızca birkaç yaş ya da gelişimsel evre için genelleştirilebilir; buna karşın, erişkin çalışmalarında çoğunlukla dekatlar biçimindeki yaş genellenebilirlikleri söz konusudur.

5.11.9. Fizyoloji

Çocuklarda ve adolesanlarda metabolizmanın hızlı olmasına bağlı olarak ilaç etkileri ve başarısızlık süresi, sıklıkla erişkinlerden daha hızlıdır. Bundan dolayı bazen daha sık ilaç vermek kaçınılmaz olabilmektedir. Psikososyal tedavilerde ise, bu hız daha fazladır; çünkü çocukların daha büyük esnekliği ve daha kısa süreli görüş açısı değişiklikleri vardır.

Hormon düzeyleri, bütün yaşlarda hastalık nedeniyle farklılaşabilir. Tedavi etkin olursa, demografik değişiklikler de ortaya çıkar. Hormon profillerinin erişkinlerde cinsiyete göre, çocuklar ve adolesanlarda ise daha çok yaşa göre farklılık göstermesi olasıdır. 8 yaşındaki erkek ve kız çocukların sahip olduğu hormon profilleri, 13 yaştaki aynı cinsiyetlerde olanlara göre daha çok birbirine benzer. Çocukların erişkinlere göre GH düzeyleri daha yüksek, cinsiyet hormon düzeyleri ise daha düşüktür, oysa adolesanlarınki her ikisinde de kısa süreli yükselmeler göstermektedir.

Erişkinlerde ve çocuklarda nörotransmitter konsantrasyonu, nöral enzim konsantrasyonu, reseptör yoğunluğu ve duyarlılığı tanı, ırk ve etnik grup, önceki tedaviler ve yaşa bağlı olarak değişebilir. Bununla birlikte, yaşa bağlı değişiklik çocuk ve adolesanlar için daha dramatiktir ve bazı durumlarda bebekten adolesana 10

kat değişiklik görülür. Ayrıca , çocuklar ve erişkinlere oranla daha az tedavi deneyimi geçirdiklerinden, onlar için önceki tedaviden kalan değişikliklerin daha az olması beklenir.

5.11.10. Değerlendirme ve Karar Verme Ölçütleri

Erişkinlerde hastalık sürecinin değerlendirilmesinde, genellikle hastanın anlatımlarına, muayene bulgularına ve yatan hastalarda hasta personelinin gözlemlerine yer verilir. Çocuklar ve adolesanların değerlendirilmesi, hastanınkinden çok daha ağırlıklı olarak ana-babaların ve öğretmenlerin anlatımlarına bağlıdır. Bütün yaşlar için değerlendirmenin odağı ve içeriği, elbette semptomlar, psikolojik durum, kavrayış ve işlevsellikleri kapsamaktadır; ancak erişkinler için psikopatolojide, günlük yaşam aktivitelerinde ve iş yaşamında daha çok vurgu vardır. Çocuklar ve adolesanlar için okul yaşamı, aile ve gelişimsel görevleri yerine getirmeye ilişkin yetenek-yeterlik (ya da yeteneksizlik) üzerinde daha fazla odaklanılmaktadır.

Erişkinler için sonuca ilişkin ölçüt, sıklıkla hastalık belirtilerinde azalma ve normalizasyonun derecesine bağlıdır; oysa çocuklar için ölçüt, normal gelişmenin geri dönmesi, yeniden başlaması ya da ortalama düzeye gelmesine göre belirlenmektedir. Erişkinlerde sonuç kararını belirleyen, klinik değerlendirme, hasta hoşnutluğu ve/veya beklentileridir; çocuk ve adolesanlarda ise belirleyici olan hasta hoşnutluğundan çok, ana-baba ve öğretmen beklentileridir.

5.11.11. Çevresel Belirleyiciler

Aile, okul, iş ortamı gibi çevresel belirleyicilerin hastalık semptomları ve hasta davranışları üzerindeki etkileri bedensel ya da ruhsal patolojinin kendisi kadar önemli olabilir. Erişkinler için göreceli olarak daha az etkili olan bu belirleyicilerin çocuklar üzerindeki etkisi özenle değerlendirilmelidir. Çünkü çocuklar tanı ve tedavi sürecinde hastanede kalma, kardeş ya da arkadaş ortamından uzaklaşma, aile bireylerinin ilgi düzeyi, tedavinin yan etkileri gibi yaşantılardan daha fazla etkilenmektedirler.

5.11.12. Hekim-Araştırmacı Değişkenleri

Tıp uğraşının bütün aşamalarında olduğu gibi araştırmalarda da kişilik, istek beklenti, yönelim ve deneyim gibi hekim karakteristikleri, denek uyumu ve araştırmanın sonucu üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilerde bulunur. Bu etki, özellikle plasebo yanıt konusunda daha belirgindir. Hekim-araştırmacı ve hasta-denek ilişkisinde de belirgin işlevi olan karakteristikleri, araştırma alanı ve türüne bağlı olarak değişik düzeylerde etkili olmaktadır. Örneğin araştırmacı-denek ilişkisi, psikososyal araştırmalarda farmakolojik araştırmalara oranla daha fazla etkilidir. Benzer biçimde cinsiyet ve karizma gibi ek hekim karakteristikleri farmakolojik araştırmalarda göreceli olarak önemsiz sayılmaktadır, buna karşın psikososyal araştırmalarda sıklıkla göz önünde bulundurulan önemli özelliklerdir (Arnold, 1993).

6. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA AYDINLATILMIŞ ONAM

Çocukların sağlıklı yaşama hakları ve çocuk hasta haklarının tanınması, çocukların kendi sağlık ve hastalık süreçleriyle ilgili kararlara katılımının sağlanması düşüncesini de birlikte getirmiştir. Günümüzde, pediyatrideki tedavi edici klinik uygulamalarda ve çocuk sağlığının geliştirilmesine yönelik tıbbi araştırmalarda, çocukların karar süreçlerine etkin olarak katılımının desteklenmesi yönündeki eğilim giderek yaygınlaşmaktadır. Aydınlatılmış onam uygulaması ise, tıp etkinliğinde karara katılımın en etkin yöntemi ve göstergesi durumundadır. Bu bölümde, genel anlamda aydınlatılmış onamın tanımı, kapsamı işlevleri ve türleri kısaca ele alındıktan, sonra çocuklar üzerindeki araştırmalarda aydınlatılmış onamın özellikleri, onamı etkiyen süreçler ve konuyla ilgili yasal çerçeve üzernde durulacaktır.

6. 1. Aydınlatılmış Onamın Tanımı, Kapsamı ve İşlevleri

Genel anlamda "onam" (consent) sözcüğü ilk kez 1529'da hukuk alanında; yasal açıdan geçerli kararlar verebilme yaşını dile getirmek anlamında kullanılmıştır. Onamın bugünkü kavramsal çerçevesiyle kullanılması ise, Aydınlanma döneminin paternalizme karşı, insan özerkliğine saygıdan yana söylemine dayanmaktadır. Ancak, kavramın bu bağlamdaki içeriği, doğrudan bireyin kendisi ile ilgili değildir; daha çok toplumsal düzenlemelere katılma anlamındadır. Sonuç olarak, onam kavramının günümüzdeki içeriğinin, çağdaş tıp etiğine bağlı olarak belirlendiği söylenebilir. Genel etik terminolojisinde yer almayan onam ve "aydınlatılmış onam" (informed consent) kavramları tıp etiği bağlamında ele alınacak olursa onam, kişinin kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise, bu kabul ya da reddetme eyleminin, kişiye konuyla ilgili olarak verilen bilgiye dayanması anlamına gelmektedir.

Tıp etkinliğinde "aydınlatılmış onam" terimi temel olarak iki öğeyi içermektedir. Terimin aydınlatma bölümü; uygulanacak yöntemin kapsamını, yapısını, yararlarını, olumsuz sonuçlarını, bu yönteme seçenek oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bunların yapısal ve sonuçsal özelliklerini kapsamaktadır. Onam bölümü ise, bu aydınlatmanın ışığında kabul ya da reddetme eylemini içermektedir; söz konusu

eylemin, yeterliği olan kişi tarafından özgürce usavurularak yapılması temel koşuldur. Bu bağlamda aydınlatılmış onam, yeterliği olan bir kişinin kendisine uygulanacak tıbbi yönteme ilişkin kararını, bu yöntemle ve ona seçenek olan öteki yöntemlerle ilgili aydınlatıcı bilgi aldıktan sonra, hiçbir baskı altında kalmaksızın özgürce usavurarak vermesi biçiminde tanımlanabilir (Oğuz, 1994, s.:7-9)

Kişinin, tıbbi tedavi ve araştırma girişimine geçerli onam vermesi konusunda bilgilendirmeyle ilgili olarak birkaç onyıl önce geliştirilen standartlar, bilginin açıklanmasına ve gerekli olan anlamanın derecesine bağlıdır. Bu bağlamda "makul kişi standardı" günümüzde de işlevsel durumdadır. Uygulanacak yöntem ya da girişimle ilgili açıklama, potansiyel yararları ve önemli riskleri göz önünde tutabilecek mantıklı bir kişinin karar verebilmesi için gereksindiği bilgiyi kapsadığı ölçüde elverişli sayılmaktadır. Bu yaklaşım, az çok nesnel olma değerine sahiptir, ancak bireysel gereksinimler tarafından belirlenen spesifik konuların kimi durumlarda, bu tür nesnel standartlara uygulanmasının olanaksız oluşu nedeniyle "subjektif standart" ın özgünlüğünden yoksundur (Miller, 1993, s.: 39).

Yukarıda dile getirilen kavramsal çerçevede, aydınlatılmış onamın temel özelliğinin özerkliğe dayalı olduğu söylenebilir. Özerklik ise, gerek karar verme , gerekse eylemde bulunma anlamında olsun, temel olarak gönüllülük ve yeterlik öğelerini içermektedir. Yasalar tarafından zorunlu kılınan, moral değerler ve etik belgelerde insan onuruna saygının bir göstergesi olarak değerlendirilen gönüllülük, hastanın kendisi için uygun gördüğü kararın uygulanmasına izin vermesi demektir. Gönüllülüğün ortadan kalktığı ya da engellendiği durumlarda özerklik bozulmuş olmaktadır. Gerçekte bir hukuk terimi olan yeterlik (medeni ehliyet) ise, hastanın karar verme sürecine katılma yeteneğini dile getirmektedir. Tıbbi kararlar verme konusundaki yeterlik, ekonomik ya da hukuksal kararlar verme konusundaki yeterlikten farklıdır. Bu nedenle, bazı ruh hastalıklarında ve demansta yeterliğin tümüyle ortadan kalktığı söylenemez. Çoğu yazar, tedavi kararlarına katılmak için gereken yeterliğin, kişinin içinde bulunduğu durumu, önerilen tedavileri, bunların yararlarını ve olası zararlarını anlama yeteneğine bağlı olduğunu dile getirmektedir.

Yukarıda sayılan öğeleriyle aydınlatılmış onam, tıp etkinliğinde temel olarak hastanın özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak amacına yöneliktir. Bu amaca

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

uygun olarak, aydınlatılmış onamın hekim-hasta ilişkisindeki başlıca işlevleri ise; bireyleri istenmeyen girişimlerden korumak, bireysel özerkliği ve sorumluluğu geliştirmek, hastaların baskı ve zor altında kalmalarını engellemek, hekimi ve hastayı korumak, tıp etkinliğinde akılcı kararlara ulaşma olanaklarını artırmak biçiminde sıralanabilir (Miller, 1993, s.: 39).

6. 2. Aydınlatılmış Onamın Türleri

Aydınlatılmış onam, yazılı ya da sözlü olabilir. Onamın, yukarıda sözü edilen işlevleri karşılaması, hekim ve hasta açısından koruyucu olabilmesi için yazılı onam en uygun olanıdır. Alınma zamanı ve hastanın/hastalığın durumuyla ilişkisi bağlamında aydınlatılmış onamın başlıca türleri şunlardır:

1. Varsayılan onam (assumed consent): Hekim, hastasının kabul edeceğini düşünerek, ondan onam almaksızın uygun gördüğü tedaviyi seçmişse varsayılan onamdan söz edilir. (Üst solunum yolu enfeksiyonu olan hastada enjektabl antibiyotik kullanımı konusunda hekimin seçimi gibi.)
2. Öngörülen onam (presumed consent): Acil girişim gerektiren ve hastanın yeterliğinin olmadığı durumlarda hastanın onam vereceği varsayımına dayanılarak işlem yapılır. (Kafa travmasıyla acil kliniğine getirilen hastada uygulanan girişimler gibi.)
3. Zorlanan onam (forced consent): Hastanın, yapılacak uygulamayı çaresizlik içinde ve hekimin kararıyla kabul etmesi durumunda bu tür onamdan söz edilir.
4. Sözsüz-davranışsal onam (tacit consent): Hastanın uygulanacak yöntemi anlamasına karşın, engel olacak herhangi bir eylemde bulunmaması yoluyla, dolaylı olarak dile getirilen bir onamdır. (Hastanın tedavide kullandığı ilacın yararı konusunda ikna olmamasına karşın, ilacını düzenli olarak alması gibi.)
5. İma edilen onam (implied consent): Tanı ve tedavinin gündelik işlemlerinde geçerli olan ve hastanın hareketlerinden çıkarılan onam için kullanılır. (Kan basıncı ölçümü için hastanın kolunu açması gibi.)

6. Geçmiş onam (past consent): Daha önce alınan onamın, hasta tarafından reddedildiği durumlar için kullanılan tanımlamadır. (Kişisel bilgilerin araştırma amacıyla kullanılabileceğine ilişkin onamın, daha sonra reddedilmesi gibi.)
7. Geleceğe yönelik onam (future consent): Ana-babaların çocukları için gelecekte kabul edeceklerini düşünerek verdikleri onamdır. (Doğumsal cinsiyet anomali olgularında, ana-babanın, çocuğun cinsiyetiyle ilgili seçimine yönelik verdikleri onam gibi.)
8. Vekil onamı (proxy consent): Kişinin gelecekte kendisini temsil edecek kişiyi belirlemesi ve karar yetkisini vekile bırakmasıdır.
9. Temsili onam (advanced consent): Bireyin yeterliğinin bulunduğu dönemde, onu kaybetmesi durumunda tıbbi girişimlerle ilgili olarak alınacak kararları belirleyen yazılı bir belge düzenlemesidir (Oğuz, 1994, s.: 73-74).

6. 3. Tıbbi Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam

Tıbbi araştırmalar, tıp etkinliğinin ve tıpta bilimsel bilgi elde etmenin vazgeçilmez yöntemidir. Tedaviye yönelik araştırmalarda hasta hem amaç, hem araç konumunda olmakla birlikte, tedaviye yönelik olmayan araştırmalarda tümüyle araç konumundadır. Araştırma denekleri hangi konumda olursa olsun, araştırmada yer almanın ilk ve en temel koşulu deneklerin yazılı onamlarının alınmış olmasıdır.

6.3.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam

Tıp etkinliğinin tedavi uygulamasında olduğu gibi, araştırmalarda da hasta denekler önerilen yöntem ve araştırma konusunda tam, yeterli ve açık olarak bilgilendirilmeli, araştırmadan beklenen yarar ve zararlar anlatılmalı ve araştırma için yazılı onam alınmalıdır.

Helsinki Bildirgesinin "Mesleki Bakımla Kombine Edilmiş Tıbbi Araştırma" başlığı altındaki 6. Maddesi "Hekim, yeni tıbbi bilgi kazanmayı hedefleyen tıbbi araştırmayı, sadece, hasta için olası tanı veya tedavi değeri bakımından haklı gösterildiği ölçüde, mesleki bakımla kombine edebilir." biçimindedir. 5. Maddede

ise, "Eğer hekim, bilgilendirilmiş olur alınmamasının esas olduğu görüşündeyse, bu önerisinin özgül nedenleri, bağımsız kurula gönderilmek üzere deney protokolünde belirtilmelidir" denilmektedir (Kayaalp, 1996, s.: 265).

Hasta deneklerin yer aldığı araştırmalarda onam alınması konusunda iki farklı görüş vardır. Bunlardan ilki, hasta denek üzerinde yapılacak araştırmalarda araştırma için ayrıca onam alınması gerektiğini öne sürmekte; tedavi için başvuran kişinin onamının araştırmada da geçerli olmasının varsayılmasını (varsayılan onam), etik olarak kabul edilemez bulmaktadır. Çünkü araştırmanın doğası gereği, yarar ve zararların önceden kestirilmesi güçtür. Öte yandan, geleneksel klinik uğraşın etiği hastanın yararının en önde geldiği Hipokratik ilkeyle düzenlenmektedir. Tedaviye yönelik araştırmada ise, bu ilkenin, asıl amacı bilgiyi geliştirmek olan araştırma adına, ikinci plana itilmesi olasılığı söz konusudur.

Karşıt görüş ise, hastadan tedavi için alınan onamla, araştırma için alınan onam arasında fark olmasını "çifte ölçüt" olarak değerlendirmektedir. Çünkü, iki onam arasında etik açıdan fark yoktur. Tedavide hekim hastayı bilgilendirirken özenli davrandığı için, alınan onam güven öğesine dayalıdır. Aynı şekilde güvenilir yöntemlerle çalışan tıp araştırmacısı da kullanılan tedavi yönteminin yarar ve zararlarını değerlendirerek deneği bilgilendireceği için, yalnızca etikçilerin çifte ölçütünü tatmin etmek için ikinci bir aydınlatılmış onam almaya uğraşarak araştırmayı zorlaştırmasına gerek yoktur.

Deneğin tedavisiyle birlikte giden araştırmalarda hasta hem araç, hem amaç olduğundan değerlendirmede karmaşık bir durum doğmaktadır. Hastanın "amaç mı, yoksa araç mı olduğu" sorusu etik değerlendirmenin önemli dayanaklarındandır. Deneği tedavi etmeyi amaçlamayan klinik araştırma ile tıbbi tedavi arasında uygun ve haklı bir çifte ölçüt vardır. Çünkü temel ilkeler açısından bakıldığında, hastanın tedavisiyle birlikte giden araştırmalar geleneksel tıbbi tedaviden çok, deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalara benzerlik göstermektedir. Araştırma ya da uygulamaların, söz konusu hasta için yararlı mı, zararlı mı olduğu konusundaki değerlendirme, ancak araştırmanın sonunda kesin olarak yapılabilmektedir. Bu nedenle hasta, bu tür bir araştırmanın öğesi olmakla belirli bir riski, daha uygulamanın başında almış olmaktadır.

Çifte ölçüte karşı çıkanlar, hastalar üzerinde onların tedavilerinin parçası olarak gerçekleştirilen klinik araştırmaların, tedavi amacı içermeyen klinik araştırmalardan sayılamayacağını, bu araştırmaların hastalara en yararlı ve en az zararlı tedavileri saptamaları konusunda hekimlere yol gösterici olduğunu, bu tür çalışmaların sonuçlarının hem örneklem grubundaki, hem de gelecekteki hastalar için yararlı olacağını savunmaktadırlar. Onlara göre, etkinliği ve olası yan etkileri kuşkulu olan geleneksel tıbbi tedavi ile klinik araştırmalar arasında fark olmaması gerekir.

Araştırma onamı ile tedavi onamının farklı olması gerektiğini savunanlar hastanın yararının, tasarlanan araştırma ya da toplumsal yarar için feda edildiğini öne sürmektedirler. Özellikle plasebo ile yapılan çift kör araştırmalarda hasta tedavi olma süresi ve etkinliği konusunda da riske girmekte, kontrol grubunda yer aldığında hem daha uzun süre hastalığına katlanmak zorunda kalmakta, hem de kimi zaman tedavi olma şansından bir oranda vazgeçmektedir. Özellikle bu durumda hastanın araç olma özelliği ön plana çıkmakta ve araştırma, deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalar sınıfına daha çok yaklaşmaktadır.

Öte yandan hasta denek üzerinde yapılan araştırmalarda "tedavi kavramı yanılsaması" göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Hasta deneğin zihninde araştırmacı ile hekim rollerinin kavramsal olarak ayrışmamış olması nedeniyle hasta "araştırma" kavramını algılayamamakta, bunu tedaviyle doğrudan ilgili, kendisine yararlı olacak bir uygulama olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle bilgilendirilse bile, içinde bulunduğu riskin kendisi açısından gerekli mi gereksiz mi, araştırmaya katılmanın kendisi açısından yararlı mı, zararlı mı olduğunu gerçek anlamda değerlendirememektedir. Bu durumda deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalarda "tedaviye yönelik olmayan araştırma" kavramının deneğe açıklanması oldukça önemlidir.

Rastgele seçme yöntemi, plasebo kullanımı, kontrol gruplarının varlığı ve çift kör yöntemlerinin uygulanması aydınlatılmış onam alma işleminde önemli etkenler olmaktadır. Yapılan bir araştırma hastaların örneklem grubunu ve rastgele seçme yöntemini algılayamadıklarını, plaseboyu kendilerine özel bir tedavi olarak algıladıklarını, çift kör yönteminde yalnızca kendilerinin tedavinin daha etkili olması için verilen ilaç konusunda bilgilendirilmediklerini düşündüklerini ve kontrol

grubunda olmayı denetimli bir tedavi görmek açısından daha yararlı bulduklarını ortaya koymuştur. Araştırmanın anlamını kavrayamayan deneklerin, araştırma yönteminin her yönden kendi yararları ile ilişkili olarak yorumladıkları, bu nedenle yarar-zarar değerlendirmesi yapmalarının neredeyse olanaksız olduğu saptanmıştır. Hastaların denek olarak araştırmaya katılma amaçları, genellikle daha iyi bir sağlık hizmeti ya da ek yardım almaktır ve sonuç olarak denekler araştırmanın, doğası gereği kendi yararlarını öncelemediğini anlamamaktadırlar.

Hastaların denek olup olmama konusunda gerçek bir onam verebilmeleri için araştırmacının yukarıda söz konusu edilen bilgileri onlara vermesi gerekmektedir. Özellikle, deneklere araştırmada onların kişisel yararlarının düşünülmediği ve hatta kimi zaman bunun tümüyle karşıtı bir durumun ortaya çıkabileceği belirtilmelidir (Oğuz, 1994, s.: 138-144).

6.3.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam

Hasta ya da sağlıklı denekler üzerinde yapılan arı bilimsel araştırmalarda uyulması gereken temel kurallar. Helsinki Bildirgesi'nde ana çizgileriyle belirlenmiştir. Tümüyle bilimsel amaca yönelik araştırmalarda deneğin yaşamının ve sağlığının korunması konusundaki sorumluluk öncelikle hekim araştırmacıya düşmektedir. Sözü edilen temel kurallar şu biçimde sıralanabilir (Kayaalp, 1996, s.: 265).

1. Bireyin özerkliğini korumak için deneklerin gönüllü olmaları yanı sıra, onam verebilecek biçimde aydınlatılmış olmaları gerekmektedir. Gönüllü deneklere karar vermeleri için yeterli zaman tanınmalı, araştırmaya katılım konusunda zorlanmamalıdır.
2. Araştırma sırasında deneğin kendi bütünlüğünü koruma hakkına her zaman saygı gösterilmeli, deneğin özel yaşamı göz önünde bulundurulmalı, yapılan çalışmanın onun fiziksel, ruhsal bütünlüğüne ve kişiliğine getireceği olumsuz etkiler en aza indirilmelidir.
3. Sağlıklı ya da hasta denekler araştırmaya katılımdan kaynaklanabilecek hastalık, sakatlık ve ölüm durumlarında zararların nasıl karşılanacağı konusunda bilgilendirilmelidir. Bunların yanı sıra, araştırma süresince deneğin yaptığı

sağlık, ulaşım, beslenme, barınma vs. harcamalarının ve zaman kayıplarının nasıl karşılanacağı ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. (Kadıoğlu, 1996, s.: 66).

Deneği tedavi etmeyi amaçlamayan araştırmalarda, aydınlatılmış onam uygulaması günümüzde oldukça kesin kurallara bağlanmıştır. Bu tür araştırmalarda başlangıçta hasta ya da deneğe; uygulanacak yöntem, olası yararları ve riskleri, bu uygulamaya katılıp katılmamakta tümüyle özgür olduğu, katılmamaya karar verirse bunun sürmekte olan tedavisini hiçbir biçimde etkilemeyeceği, araştırmanın herhangi bir anında gerekçe göstermeksizin araştırmadan çekilebileceği, bu durumda araştırmacının kendisinden elde ettiği verileri kullanmasına izin vermeme hakkının olduğu, kendisinden alınan bilgilerin gizli tutulacağı tüm açıklığıyla anlatılır ve bilgilendirilir, hasta bu bilgileri aldığını ve anladığını, hiçbir baskı altında kalmaksızın karar verdiğini gösteren bir belgeyi imzalayarak araştırmaya katılır.

Sağlıklı denekler için de benzer bir süreç işletilir. Sağlıklı deneğin araştırmaya katılıp katılmamak konusunda özgür olabilmesi için, araştırma karşılığında kendisine sağlanacağı bildirilen çıkarların etik açısından özgür istenci zedeleyici olmaması gerekir.

Bazı özel grupların sağlıklı denek olarak kullanılması ek etik sorunlara yol açmaktadır. Tutukluların, zihinsel özürlülerin, yuva çocuklarının ve ruh hastalarının sağlıklı denek grubunda yer almaları ya da örneklem grubunun tümünün bu kişilerden oluşturulması gibi uygulamalarda önemli etik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hasta hakları bağlamında hak ihlallerine uğrama bakımından riskli grup olarak nitelendirilen bu grupların klinik araştırmalarda denek olarak kullanılması etik açısından ve bilim açısından pek çok sakıncalar taşımaktadır (Oğuz, 1994, s.: 145-146).

6.4. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Aydınlatılmış Onam

Uluslararası nitelikteki belgelerde çocuğun onamla ilgili süreçlere katılımı konusundaki görüşlere yer verilmektedir. Helsinki Bildirgesinin "Temel İlkeler" bölümünde yer alan 11. Madde, çocuklar da içinde olmak üzere yasal açıdan aydınlatılmış onam verme yeterliğinde olmayan kişileri söz konusu etmektedir: "Yasal bakımdan yeterli olmama durumunda bilgilendirilmiş olur ulusal hukuka

uygun olarak yasal vasiden alınmalıdır. Bedensel ya da zihinsel yetersizlik bilgilendirilmiş olur almayı olanaksız kılıyorsa, ya da denek reşit değilse, ulusal hukuka uygun olarak sorumlu akrabadan alınan izin deneğin izninin yerine geçer. Reşit olmayan çocuk gerçekte olur verebilecek durumdaysa, yasal vasinin oluruna ek olarak çocuğun oluru da alınmalıdır." (Kayaalp, 1996, s.: 264). Avrupa Konseyi Strasbourg Bildirgesi (1996) kararlarında, çocuklara yönelik tıbbi girişimlere ilişkin onam alınmasında çocuğun görüşünün, yaşı ve gelişimi ile orantılı olarak artan bir biçimde belirleyici etken olması gerektiği dile getirilmektedir. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi" nde de, görüş oluşturma yeteneğine sahip çocuğun, kendisini ilgilendiren her konuda düşüncelerini özgürce dile getirme hakkına sahip olduğu, bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak özen gösterilmesi gerektiği belirtilmektedir (Tüzün ve ark., 1998)

6.4.1. Çocuklar Açısından Onam Kavramı

Çocuklar üzerindeki tibbi girişimlere ilişkin onam konusunda, erişkinlerden farklı olarak bazı kavramsal sorunlar vardır. Çocukların büyük çoğunluğunun anlama, kavrama ve buna bağlı olarak tedavi ya da araştırmaya katılmaya onam verip vermeme konusunda rasyonel bir karar alma yeteneğinden yoksun oldukları kabul edilir. Bu nedenle, onlar adına onam alınması için üçüncü bir gruba baş vurulmaktadır. Genellikle yasada kabul edilen bu üçüncü grup ana-babalardır. Herhangi bir girişim hakkında kişisel karar ve anlayış gibi özerkliği dile getiren "onam" (consent) teriminin kullanılması, çocuklar için her durumda uygun görünmemektedir. Çünkü çocuğun onam verdiği uygulamalarda bile, ek olarak ana-baba / vasi ya da yasal temsilcinin onamına gerek duyulmaktadır. Konuyla ilgili bir öneri, üçüncü bir grup onamının arandığı durumlarda "izin" (authorization) teriminin kullanılması biçimindedir. Kavramsal açıdan aynı kümede bulunan "ruhsat" (permission) teriminden farklı olarak, ilk terim "uygun görme" anlamını içerdiğinden bir değer yükü taşımaktadır. Ayrıca, ikincisinin taşıdığı izin veren kişi için bireysel mülkiyet imalarını da dışlamaktadır. Üçüncü grup onamı için sıklıkla kullanılmakta olan "vekil onamı" (proxy consent) terimi semantik açıdan sorunludur; çünkü bu terim dolaylı biçimde aktif süreçten primer sorumlu olarak tanımlanan

birey konumu için elverişli olmayan çocuğu anlatmaktadır. Daha az kullanılmakla birlikte "naip onamı" (surrogate consent) terimi de benzer biçimde uygun görünmemektedir; çünkü bu terim yargı kararının söz konusu olduğu durumları çağrıştırmaktadır. "Onay" (assent), "onam" (consent) dan farklı olarak hukuksal bir tanımlama değildir; sözlü olarak dile getirilebildiği gibi örtük de olabilir. Üçüncü grup onamının gerekli olduğu durumlarda, yasal açıdan geçerli olmadığı için çocuktan alınan onamın "onay" terimiyle dile getirilmesi uygun görünmektedir (Miller, 1993, s.:39).

Aydınlatılmış onam vermek için, öncelikle bireyin sunulan tedaviyi kabul ya da reddetme konusunda mental olarak yeterli ve özgür olması gerekir. Gönüllülük ya da onam verme kapasitesi üzerindeki vurgu çocuklar, tutuklular ya da zihinsel özürlüler gibi özel grupların araştırmaya katılımları konusunda var olan etik kaygıdan kaynaklanmaktadır. Gönüllülük ve yeterlik koşulu, geçmişteki olumsuz sonuçlar doğuran araştırmalara karşı iyi temellendirilmiş bir tepkidir, ancak ayrımcılığın farklı bir tipinin de tohumlarını taşımaktadır. Çünkü, yeterliğin azalmış olduğu bir kişinin araştırmaya katılmasına kesinlikle izin vermemek, onun gönüllülük haklarını ortadan kaldırmaktadır. Araştırmanın riskleri, bir kurumda kaldığı için kolay ulaşılabilir olan ya da hastalıkları nedeniyle incinebilir olan bireylerin üzerine kolayca yıkılmamalıdır. Çünkü hastalık, zaten bir kişiyi zayıf duruma düşürmektedir. Bu tür zedelenebilir kişilerin istismara karşı korunması; bireyin yeterli olup olmadığı, önerilen tedavi araştırmasını reddedebileceğinin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceğinin söylenip söylenmediği gibi konulardan daha fazlasını içermektedir (Milliken, 1993).

6.4.2. Baskı ve Zorlama Olmaması (Gönüllülük)

Aydınlatılmış onamın önemli bir öğesi olan gönüllülük, çocuklar söz konusu olduğu zaman erişkinlerden farklı bir boyut kazanmaktadır. Çocukların savunmasız, korunmaya gereksinim duyan ve kendi haklarını korumakta yetersiz kalan kişiler olması nedeniyle aldatma, baskı ve zorlamayla karşılaşmaları daha olasıdır. Öte yandan, hasta olmaları durumunda seçme ve anlama yetisi bakımından sınırlı tüm öteki insanlar gibi amaçlarına ulaşmak için bilgi, öğüt ve yardıma gereksinim

duymaktadırlar. Bu nedenle, çocuklarla ilgili tıbbi işlemlerde gönüllüğün önemi büyüktür; gönüllülüğün varolduğunun değil, onu ortadan kaldıran her tür baskı, aldatma ve zorlamanın olmadığının kanıtlanması gereklidir.

Helsinki Bildirgesinin 10. Maddesi denekler üzerindeki baskı ve zorlama konusuyla ilgili olarak, "Hekim araştırma projesi için bilgilendirilmiş olur alırken, deneğin kendisiyle bağımlılık ilişkisi içinde olup olmadığı ve baskı altında olur vermesinin mümkün olup olmadığı konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum varsa, bilgilendirilmiş olur, araştırmaya katılmamış olan ve araştırmayla resmi ilişkiden bütünüyle bağımsız olan bir hekim tarafından alınmalıdır" biçiminde düzenlenmiştir (Kayaalp, 1996, s.: 264)

Çocuklarda onamla ilgili olarak öncelikli sorun, yalnızca yaşlarının küçük olması nedeniyle araştırmaya katılmak için onam verme konusunda yeterli olmamaları değil, aynı nedenle daha sıklıkla zedelenebilir durumda olmalarıdır. Çocuklar araştırmaya katılım konusunda olduğu kadar; onların tıbbi bakımının sağlanması koşullarında verilen bakımdan da zedelenebilir. Tıbbi araştırmaya katılan çocukların hemen tümü, çocuk hastanelerinde ya da üniversite hastanelerinde yer alırlar ve önemli hastalıkları olan çocukların çoğu burada tedavi edilirler. Bir çok örnekte ciddi doğumsal hastalıkları, sakatlıkları ve yaşamı tehdit edici hastalıkları olan çocuklar, bir uzman klinikten ve az sayıdaki tıbbi personelden tıbbi bakım almaktadırlar. Bu tür hastanelerde ve/veya hekimin yönetimi altındaki araştırmalarda, bakım koşuluyla araştırma protokolüne katılma yönündeki baskı büyük olabilir. Ayrıca bir çok ciddi çocukluk hastalığı göreceli olarak seyrektir ve bu hastalıklar hakkında daha fazla bilginin olabildiği ölçüde arttırılması için, tedavi protokolüne kaydolan klinik hastalarının tümünün katılımını sağlamaya yönelik büyük bir baskı vardır (Miller, 1993, s.: 43).

Çocuklukta özellikle acı veren ve yaşamı tehdit edici hastalık durumlarında yukarıda sayılanlara ek baskılar ortaya çıkar. "Olağan dışı tedavi" girişimi için ailelerden gelen baskı, örneğin çocukluk kanserlerinde genellikle erişkinlerde olduğundan daha fazladır. Benzer baskı, öldürücü olmayan, ancak ciddi biçimde sakat bırakan mental retardasyon ve serebral palsi gibi hastalıklarda da ortaya çıkabilir. Serebral palsili çocuklar üzerindeki çalışmalarda, fiziksel terapinin geleneksel olmayan çeşitli

biçimleri ve sınanmamış tedavileri yararlı kılmaya yönelik baskı örneklerine sıklıkla rastlanmaktadır.

Hasta ve ana-baba eğitimi üzerindeki ağır vurgu ve pediyatrideki çocuk taraftarlığı geleneği, bu baskılara karşı denge oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, aynı etkenler ve eğilimler bilinçli ve kasıtlı olmasa da, terapötik protokollere hastaları yönlendirme konusunda baskı, otoriteyi kullanma, ayartma ve sonuçta çatışma yaratabilir. Araştırma etik kurulu tarafından öne sürülen bakış açısı bunu önlemeye elverişli olabilir, ancak aynı zamanda özellikle araştırmacı ve yönetici bir ve aynı kişi olduğu zaman onam verme işleminde özel dikkat gerekebilir. Ayrıca, onam formlarının dili, herhangi bir uygunsuz baskının ima edilmesinden kaçınıldığını sağlayacak biçimde özenle seçilmelidir, özellikle pahalı bir bakım almanın ya da özel bir kliniğe kaydolmanın bir araştırma protokolüne girişe bağlı olduğu durumlarda bu konunun önemi artmaktadır. Bu tür baskılar karşısında çocuğun ve/veya ana-babalar ya da vasilerin incinebilirliğine ayrıca özen gösterilmesi gereklidir. Bir onamın etik açıdan geçerli olması için; baskı, tehdit ve zorlamadan arınmış olması gerekir. Eğer araştırmacı aynı zamanda çocuğun bakımıyla ilgili hekim ise, çocuk ve/veya ana-babalar ya da vasiler hekime minnettarlık duymanın ötesinde, örneğin gelecekteki bakımının yararı doğrultusunda uyum göstermenin bir yolu olarak ileri sürülen araştırma önerisine katılma konusunda bazı yükümlülükler duyabilir. Bunun için araştırma aktivitesine katılım konusunda "dış" konsültasyon için çocuğa ve/veya ana-babalarına ya da vasilerine bazı olanaklar sağlanmalıdır. Çocuk ve/veya ana-babalar ya da vasilerin, araştırmaya katılan çocuk üzerindeki görünen ya da gerçek herhangi bir baskıyı uzaklaştırmak ya da önlemek amacıyla hekim-araştırmacı dışındaki üçüncü bir grupla araştırma önerisini tartışmaları konusunda desteklenmesi gerekir (Miller, 1993, s.: 44).

Benzer biçimde, çocuk araştırma projesine katılmayı reddetse ya da başlangıçta katıldığı projeden bir süre sonra çekilmeyi seçse bile hiçbir şekilde çocuğun bakımında sıkıntı çekmeyeceği konusunda çocuk ve/veya ana-babalar ya da vasilere güvence verilmelidir. Araştırmaya katılmak için alınan onamın gönüllü olduğu kadar, bilgilendirilmiş olma koşulunu da taşıması gerekir. Bu tür bir araştırmaya katılmak için, çocuğun onamının ve/veya ana-baba ya da vasilerin izninin elde edilmesi süresince, potansiyel katılımcının, cezalandırılmaksızın reddetme ve/veya

vazgeçmenin olanaklı ve kabul edilebilir olduğu konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Çocukların incinebilirliği, araştırmaya katılmayı kabul etme konusunda çocuk ve/veya ana-baba ya da vasiler üzerindeki olası baskı bakımından çeşitli yönleriyle tartışılmaktadır. Örneğin, Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, özendirici etkenler ya da "ödüller" sorununu ele almıştır. Temel adaletin bir konusu olarak harcamaların ödenmesinin, emeğinin karşılığını vermek olduğu biçiminde genel bir uzlaşma vardır ve bunun hesaplanması araştırmacı ve çocuk ve/veya ana-baba ya da vasiler arasındaki anlaşmaya bağlıdır. Ödüllerin, araştırmaya katılmayı daha sonra reddebilecek olan çocuk ve/veya ana-baba ya da vasiler için pek çok güçlükler doğuracağı; aynı zamanda araştırmaya katılması olanaklı çocuğun takdir edilmesinin de bazı sakıncalar ortaya çıkaracağı biçiminde endişeler vardır. Geçici İşbirliği üyeleri, araştırmaya katılma kararından önce söz konusu edilmemiş olması ve daha önce başlanmış çalışmadan çekilme durumunda vermemezlik yapılmaması koşuluyla "minnettarlığın hatıraları"nın kabul edilebilir olacağını öne sürmektedirler (Miller,1993, s.: 44).

6.4.3. Özerklik ve Sınırlı Özerklik

Özerklik (autonomy), kişinin özgür ve bağımsız olarak düşünebilme, özgür istencini ve düşünme yeteneğini kullanarak kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliğidir. Bu yeterlik ve yetkinlik, insanlarda bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından biridir. Yukarıdaki tanımdan, özerkliğin üç öğesinin olduğu anlaşılmaktadır; düşünce özerkliği, istenç özerkliği, eylem özerkliği. Düşüncenin özerk olması karar verme, inanç sistemi geliştirme, estetik seçimler yapma ve etik değerlendirmelerde bulunma gibi ussal etkinlikleri kapsar. İstencin özerkliği, kişinin kendi yargılarına dayanarak bir eylemde bulunma ya da bulunmama kararı vermekte özgür olmasıdır. Üçüncü öğe olan eylem özerkliği ise, bireyin düşünce ve istenç özerkliğine dayanarak eylemde bulunmasıdır (Oğuz, 1994, s.: 44-45).

Sözü edilen nitelikler, özerk bireyin kendi yetilerini ve değerlerini kullanarak kendi yaşamını yönetmesini ve kendi geleceğini belirlemesini sağlar. Sayılan nitelikleri

taşıyan tam özerklik ve hatta tam özerk bireysel seçim, az çok yaklaşmanın, ancak umut edilebileceği ideal bir durumdur. Bunun nedeni, her tür etkenin bireylerin özerk seçimde bulunma kapasitesini düşürücü bir etkiye sahip olmasıdır. Bireyin özerkliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok etkenin, genel olarak dört temel başlıkta toplanması olanaklıdır:

1. Bireyin isteklerini ya da eylemlerini ya da her ikisini de denetim altına alabilme yeteneğindeki eksiklikler.
2. Bireyin uslamlama ya da yargılama yetisindeki eksiklikler.
3. Bireyin, seçim yapmasına dayanak oluşturacak bilgilerindeki eksiklikler.
4. Bireyin, kendi isteklerinde kararlı olma konusundaki eksiklikler (Harris, 1998, s.: 268).

Yukarıda sayılan bireysel özerkliği azaltıcı etkenlerin yanı sıra, paternalizmin egemen olduğu toplumlarda özerkliği azaltıcı bir toplumsal boyut da bunlara eklenmiş olmaktadır. Bilişsel ve istençsel yetilerle yakından bağlantılı olan özerklik, yaşamın bütün dönemlerinde değişik nedenlerle azalabilir ya da kaybolabilir. Örneğin, hastalık olgusu özerkliğin azaldığı bir durumdur. Bebeklik ve ilk çocukluk dönemindeki çocukların ise özerk olmadıkları söylenebilir. Özerkliğin temel öğeleri, özerkliği azaltan etkenler ve çocuğun gelişme ve olgunlaşma süreci göz önüne alındığında, çocukları orta çocukluk döneminden başlayarak "özerkleşme potansiyeli taşıyan sınırlı özerk bireyler" olarak nitelendirmek olanaklıdır.

Tıp etkinliği bağlamında aydınlatılmış onam aracılığıyla özerkliğin güvenceye alınması söz konusudur. Onamın gerçek bir onam olabilmesi için; hastanın en alt düzeyde de olsa, yeterli olması ve ilgili sorun konusunda yeterince bilgi sahibi olması ve kararın gönüllüğe dayanması gereklidir

6.4.4. Yeterlik

1990'ların başında çocukların onam vermeye ilişkin mental ve moral yeterliği konusundaki tartışma egemenliğini sürdüren geleneksel psikolojik kuramlar üzerinde temellendirilmiş; sosyal değişimler, çocukların erken fiziksel ve sosyal gelişimi

ve/veya olgunlaşması ve kuramlara yönelik eleştiriler görmezden gelinmişti. (Alderson, 1992).

Günümüzde ise, çocukların "yeterlik" paradigması içinde tıbbi araştırmaya konu olması, genelde Kantçı yaklaşım açısından tartışılmakta ve çıkış yolu bulunmaya çalışılmaktadır. "Minimal risk"in söz konusu olduğu, çocuğun onay verdiği, bir erişkin olduğunda araştırmanın amaçlarını tartıp kabul edebileceği, bu kabulün ana-baba tarafından kullanıldığı düşüncesiyle üstün olduğu varsayılan araştırmalar etik açıdan uygun görülmektedir (Sabuncuoğlu ve ark., 1998).

Geleneksel olarak 21 yaşında ortaya çıkan bir evet/hayır dikotomisi biçiminde ele alınan yeterlik sorunu, günümüzde yalnızca kronolojik yaş değil, aynı zamanda standartları ve eşikleri de içeren daha kompleks bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle yapılan değerlendirmelerde 21 yaşın üzerinde olup özel korunmaya gereksinim duyanlar olduğu gibi, 21 yaşın altında olmasına karşın araştırmaya katılma konusunda onam vermeye yeterli olan bireylerin var olduğu da göz önünde bulundurulmaktadır (Milliken, 1993).

Yasal açıdan ehliyetsiz olan hastalar için, tıbbi tedaviye vekil onamı alınması sürecinin ana çizgileri belirlenmiş olmakla birlikte, tıbbi araştırmalar için vekil onamı konusu yeterince açık değildir. Bir klinik denemeye katılma aracılığıyla yarar görebilecek olan çocukların ana-babaları, yaşlıların ya da akıl hastalarının yakınları, vekil onamı konusundaki bu eksiklik yüzünden trajik bir ikilemde kalmaktadırlar. Bu ikilem, Helmchen ve Muller-Cerlinghausen tarafından tanımlandığı gibi "çift-kör" bir durumu andırmaktadır: "öncelikle, bilimsel olarak etkinliği açıklanmamış tedavide kullanılmaları etik dışıdır; ikinci olarak araştırma öncesinde tedavinin bilimsel olarak etkin olduğunun açıklanması etik dışıdır" (Milliken, 1993).

Yapılan çalışmalarda 7-8 yaşındaki çocukların sağlık ve hastalık konusunda anlama ve anlatma yeteneklerinin olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, gelişmenin bu aşamasında onam almak olanaklı olmasa bile, önerilen araştırma prosedürüne çocuğun onayını elde etmek için çaba gösterilmesi gerektiğini dile getirmektedirler (Miller, 1993. s.: 45). Onay alma çabaları sırasında çocuğun prosedürleri, riskleri ve yararları anlamasına ilişkin olgunluğu ve yeterliği dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Janofsky ve Starfield tarafından yürütülen bir çalışmada,

araştırmacıların % 75'i, klinik kararın alınmasında çocuğun onay vermek için yeterli olgunluğa sahip olup olmadığı değerlendirmesini kullandıklarını, öteki yanıtlayıcılar ise, 5-15 arasındaki yaş sınırlarını temel aldıklarını dile getirmişlerdir.

Bir çocuğun geçerli onamı için bir önkoşul olan uslamlama kapasitesi, kronolojik değil entelektüel yaşa bağlıdır. Pearn'in bildirdiğine göre, ABD'deki 67 pediyatri hastanesinde yapılan bir çalışmada, bir eşik sınır olarak 13 kronolojik yaşı kullanılmış; bir çocuğun hangi yaşta onam verme kapasitesinde olduğu incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre dört hastanede 7 yaş, üçünde 12, ikisinde 13 ve ötekilerin her birinde 5, 9, 10, 15 olarak saptanmıştır. Pearn, çocukların onamının deneyler hakkında belirleyici etki yaptığını; eğer çocuk "hayır" derse ana-baba onamının olmasının onu geçersiz kılmadığını, eğer çocuk "evet" demişse ana-babaların reddetmiş olmasının gözönünde bulundurulmayacağını öne sürmektedir. Bu bağlamda onun " 10 yaş üzerindeki bütün çocuklarda bilgilendirilmiş onam için başvurulmalıdır" önerisi mantıklı görünebilir, ancak onamda çocuklarla ana-babalar arasındaki farklılıkların sonuçları ile birlikte ele alınan sorunlar yanıtlanmadan kalmıştır. Çocuğun onam verme kapasitesi, çocukların sosyal aktörler olarak tanınması yolunda ilerleyici bir görüştür, ancak keyfi yaş sınırlamaları konması nedeniyle kolayca istismar edilebilir; örneğin 18 yaş gibi sabit bir ergenlik yaşının kabul edilmesi de benzer biçiminde keyfidir, ancak onam yeterliği için önerilen 5, 7 gibi özellikle çocuğun öngörülen risklerin üstesinden gelemeyeceği ve bu nedenle daha fazla koruma gerektiren yaşlardan daha yüksek bir değere sahiptir (Hall, 1991). Bu bağlamda özellikle epidemiyolojik araştırmalarda 4 yaşın üzerindeki çocukların anlayacakları dilde bilgilendirilmesi gerektiği önerisi de tartışılmaya açıktır (Mandıracıoğlu, 1995).

Nasıl bir çalışmaya katıldığını anlama olgunluğuna gerçekten sahip olan çocukların onamının yetersiz olduğu varsayımının riskleri ile yeterli olgunluğa sahip olmayan çocukların onamının yeterli olduğu varsayımının riskleri arasındaki dengede, küçük yaş sınırlarına göre daha çok, "büyüklerin" yararı ciddi olarak göz önünde bulundurulan bir hak ediştir. Tıbbi Etik Enstitüsü (Institüte of Medical Ethics) raporundaki öneri "7 yaş üzerindeki çocukların onayı aranmalıdır" ve "14 yaş üzerindeki çocuğun onamı reddetmesi, ana-baba onamına karşın kabul edilmelidir" biçimindedir. 7-14 yaş arasındaki çocuklar için ise, "terapötik araştırma prosedürleri

için ana-babanın onamı yeterlidir, çocuğun onayı reddetmesi önemsenmemelidir; ancak non-terapötik araştırmalar için çocuğun onayı reddetmesi ana-baba onamından daha fazla göz önünde bulundurulmalıdır" önerisi getirilmiştir (Hall, 1991).

Çocuk tarafından onam vermeye uygun yaşın ne olduğu konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, Batı dünyasında, dereceli bir sistem geliştirilmiştir. Küçük çocukların (örneğin 6 yaş) tedavi ya da araştırmayla ilgili herhangi bir tıbbi prosedüre onam vermeye yeterli olmadıkları, oysa adolesanların (örneğin 16 yaş) tam onam (full consent) için sorumlu oldukları varsayılmaktadır. Çocuk haklarının sınırlandırılmasının temelini oluşturan bu rasyonel, olgunlaşmanın doğası hakkında yürürlükte olan yaygın anlayıştan gelmektedir. Oysa, 9 yaşındaki çocuğun bilişsel potansiyeli 5 yıl sonrası olan bilişsel düzeyinden farklı olmayabilecek iken, aynı çocuğun bu iki yaştaki yaşam deneyimi ve emosyonel olgunlaşması bütünüyle farklı olabilir.

Günümüzde yaygın olarak kabul edilen görüş, bir çalışmaya çocukların kaydedilmesi konusunda ana-babaların kabulüne ek olarak çocuğun da bu tür bir kabulü dile getirmesi gerektiğidir. Onay, yasal olarak onam verme yetkisi olmayan ancak çalışmanın amacını, risklerini ve yararlarını kavrayabilen çocuklardan alınmış olmalıdır. Amerikan Pediyatri Akademisi 7 yaş ve daha üzerinde entelektüel düzeye sahip çocukların bu tür bir onay verme yeteneği ve yeterliğinin olduğunu kabul etmektedir. Entelektüel yaşın kestirilebileceği durumlarda karar vermek için kronolojik yaş olarak 7 yaş göz önünde bulundurulmaktadır. Amerikan Pediyatri Akademisi onay alma girişiminin çocuk üzerinde ağır bir stres yaratabileceğini dile getirmekte ve bu tür durumlarda çıkarının ne olduğunu göz önünde tuttuktan sonra, onay gereksiniminden feragat etme konusunda kararın etik kurula bırakılmasını önermektedir. Kanada İnsan Araştırmaları Biyoetik Ulusal Konseyi (Canadian National Council of Bioethics in Human Research) tarafından oluşturulan Geçici İşbirliği Kurulu da, 7-14 yaş arası çocuklardan onay alınması için çaba gösterilmesi gerektiğini öne sürmektedir (Koren ve ark., 1993).

İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi Çalışma Grubu Raporu (1991)'nda bir çocuğun, onamı kavramaya yeterince uygun olduğu durumlarda onunla gönüllü olarak iletişim kurma konusunda çaba gösterilmesi ve eğer onlar için bir yarar sağlayacaksa

çocukların tıbbi araştırmalara katılmasına izin verilmesi gerekliliği dile getirilmektedir (Alderson, 1992).

Söz konusu rapora göre çocuk, onam verecek derecede anlama yeterliğine sahipse, elbette onamı aranmalıdır. Etik açısından araştırmacılar ve yerel araştırma etik kurulları, onam verebilecek çocuğun onamına ek olarak ana-baba onamı alınması önerisiyle ilgili olarak, çocuğun olgunluğunu, ve bağımsızlığını ve ana-babanın olası beklentilerini dikkatle ele almalıdır. Örneğin, yerel araştırma etik kurulu çocuktan ayrı yaşayan bir ana-babanın onamının alınmasının uygun olmadığına karar verebilir. Çocukta onam vermek için yeterli anlama kapasitesi yoksa, gönüllü işbirliği sağlanmalıdır (Medical Research Council, 1991).

Onam veremeyecek durumda olan çocukların terapötik araştırmaya katılması konusunda önemli bir etik sorun, katılımın hastanın yararına olduğu koşullarda onların araştırmaya alınmamış olmalarıdır ve bu durum etik açıdan uygun değildir. Çocuk onam verecek kapasitede değilse, terapötik araştırmaya katılımı ana-baba/ vasi onamına bağlıdır; araştırmanın yararı olası zarar görme riskine ağır bastığı zaman, bu katılım çocuğun çıkarlarına uygundur.

Çocukların non-terapötik araştırmalara katılması, toplumun korunmasında özel dikkat gösterilmesi gereken bir grubun haklarını zedeleyebileceği için daha karmaşık etik sorunları gündeme getirmektedir. Çocukların non-terapötik araştırmalara katılması her durumda çıkarlarına uygundur denilemez, ancak bazı durumlar vardır ki, genel olarak çocukların yararı için bilgi elde edilmesinin tek yolu çocuklarda araştırma yapılmasıdır. Bu nedenle onam veremeyecek çocukların bu tür araştırmalara katılmasını gerektiren durumlarda araştırmaya katılımın temel kurallarına uyulmalı ve çocuğun uğrayabileceği zarar riski "ihmal edilebilir" düzeyde olmalıdır. Ancak ana-baba ya da vasi riskin ihmal edilebilir olduğu ve araştırmaya katılımın çocuğun çıkarlarına zarar vermeyeceği konusunda görüş birliği içinde ise, çocuğun araştırmaya katılımı etik açısından uygundur (Medical Research Council, 1991).

Raporlarda ve çeşitli yönergelerde yer alan önerilere karşın, onay için uygun yaşın ne olduğuna yönelik çalışma göreceli olarak az sayıdadır. Schwartz'ın bir çalışmasında GH yetersizliği olan çocukların algıları değerlendirilmektedir. Araştırmacı, onların

hastaneye yatırılışlarının nedeni üzerindeki çok yönlü tartışmalara karşın, 11 yaşından daha küçük çocukların hiç birinin araştırma amacıyla hastaneye yatırıldıklarının farkında olmadıklarını keşfetmiştir. Lewis ve arkadaşları ise, 6-9 yaş arası ilk ve ortaokul çocuklarının, influenza aşısı çalışmasının ayrıntılarını tanımlamalarını incelemişlerdir. Araştırmacılar, 6 değil, ancak 7-9 yaşındaki çocukların çalışmanın riskleri, yararları ve tekniğini anlamak için gerekli olan bütün verileri araştırdıklarını saptamışlardır. Araştırmacılar bu sonucu, bunu bir araştırma projesini anlama ve reddetme yeterliğinin 7-9 yaş olduğunun gösterilmesi olarak yorumlamışlardır (Koren ve ark., 1993).

Weithorn ve Campbell, çocukların tıbbi tedaviler hakkında onam vermesi ile onların gelişimi ve yeterliği arasındaki ilişkiyi sorguladıkları çalışmalarında 14 yaşındaki adolesanların, erişkin çalışma gruplarıyla karşılaştırılabilir yeterlik düzeyleri gösterdiklerini saptamışlardır. 9 yaşındaki çocuklar ise, yeterlik ölçüleri erişkinlere yakın olmakla birlikte, kavrayış ve mantıklılıkta anlamlı olarak düşük puanlı bulunmuşlardır. Ancak bu sonuçların genelleştirilebilirliği söz konusu değildir. Çünkü testler beyaz, orta sınıf, sağlıklı ve bilişsel olarak normal çocuklar üzerinde yürütülmüştür. Nicholson ve ekibi ise, kronolojik yaşları nedeniyle ortalama gelişim düzeyine sahip olan çocuklar için, iki "anlamlı dönüşüm noktası" olduğunu ileri sürmüşlerdir. Onlara göre 7 yaş dolayındaki çocuklar, onlarla iletişim olanağı yaratıldığında kendi sağlıkları konusunda bir bilgi düzeyine ulaşırlar. 14 yaşındaki adolesanlar ise, kendi sağlığı hakkında karar verme yeterliği gösterebilirler (Koren ve ark., 1993).

Çocukların sağlık bakımı hakkında karar verebilmeleri için erişkinlerin taşıdığı bazı yeteneklere sahip olmaları gereklidir; tıbbi bilgiyi anlayabilme, değerlendirebilme, uslamlayabilme ve seçenekler arasından özgürce seçim yapabilme bunların önde gelenleridir. Yaklaşık 12-13 yaşlara doğru formel mantıksal düşünce aşamasına ulaşan çocuklar, aynı zamanda tıbbi karar vermenin gerektirdiği kavrayış düzeyine de ulaşmış olmaktadırlar. Yapılan araştırmalar, 14 yaşındaki çocukların bazı farklılıklar olmakla birlikte bilişsel gelişim aşamasına eşlik eden akılcı bir onamın gerektirdiği psikolojik öğeleri edindiklerini kanıtlamaktadır.Yukarıda sözü edilen araştırmalar, sonuçlarına ilişkin yorumlar ve çocuk gelişimi kuramları ışığında,

adolesanlar başta olmak üzere pek çok çocuğun, sağlık bakımıyla ilgili onam verme yeterliğini tam ya da tama yakın olarak taşıdıkları söylenebilir. (Schultz, 1993).

6.4.5. Bilgilendirme

Onamın geçerli olması, bireyin özerk olması kadar bilgilendirmenin derecesine de bağlıdır ve bu bağlamda iki temel belirleyici yapılan bilgilendirmenin içeriği ve bireyin anlama kapasitesidir. Uygulanacak girişimlerin doğası ve amacı hakkında bilgi verilirken yapılacak olan herhangi bir hata, deneğin haklarını ihlal olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, deneğe bilgi verilirken öngörülen işlemler olağan tedavinin bir parçası bile olsa, bir araştırmaya katılmasının istendiği çok açık biçimde anlatılmalıdır. Bu açıklamadan sonra, kişi özgürce onam verdiğini kabul ederse, bu durumda gerçeklerin yanlış ya da eksik tanıtımı yok demektir. Araştırmacının, deneğin katılıp katılmama konusunda akılcı bir karar verebilmesi için tüm sorumluluklarını yerine getirdiğini söyleyebilmesi için girişimin olası riskleri, riklerin derecesi, uygulanacak girişime seçenek oluşturabilecek öteki yöntemler konusunda da açık ve yeterli bilgi vermesi gereklidir.

Bir insanın verilen bilgiyi anlama kapasitesi, her türlü eylemin doğasını, amacını ve yapılması öngörülenlerin kısa ve uzun erimli risklerini ve yararlarını değerlendirebilme yeteneğine bağlıdır. Birey bazı çalışmalara onam vermesine karşılık bazılarına vermeyebilir; onam kapasitesi yalnızca kişinin yeteneklerine ve araştırmanın doğasına değil, aynı zamanda yapılan açıklamanın doğasına da bağlıdır.

Araştırmacı, yapacağı araştırmanın amaçlarını açık olarak anlattığı, elde edilen bilginin bilimsel anlamı ve önemi konusunda hasta ve ana-babaları eğittiği, olası risklerin en aza indirilmesine yönelik önlemleri bildirdiği zaman, onam süreci gerçekten "bilgilendirilmiş" olur. Böylece, hasta ve ana-babaları araştırmaya katılmanın potansiyel yararlarının, olası risklere ağır basıp basmadığının kararının verilmesine kaynaklık edecek uygun bir çerçeveye sahip olurlar. Tedavi eden hekimin aynı zamanda araştırmacı olduğu durumlarda, konunun hekim-hasta ilişkisi temelinde ele alınması gerekir. Bu bağlamda tedaviye yönelik araştırmaya katılımla ilgili herhangi bir çatışma, onam prosedürlerinde açıkça tanımlanmalı ve çözüm önerisi getirilmelidir (Kauffman ve Kearns, 1992).

Çocuklar, onlara tam açıklamalar yapıldığı, saygı gösterildiği ve anlayışla davranıldığı zaman tedavi edici ve tanısal girişimlere, gelişimlerine uygun olan anlayış düzeyine göre en iyi yanıtı verirler. Benzer bir yaklaşım araştırma etkinliklerinde de söz konusudur; bunun bir sonucu olarak katıldığı işlemlerin doğasını anlamaya yetenekli bir çocuğun onayını almaya çaba gösterilmeli ve saygı duyulmalıdır. Bu tür bir yaklaşım, aynı zamanda, çocuğa saygı ilkesinin tanınmasının açıkça dile getirilmesidir. Çocuklarda (ve/veya ana-babalar ya da vasilerde) güvensizlik ve kuşkuyu ortadan kaldıracak biçimde protokol bilgisinin ya da araştırma projesinin tümünün açıklanmasında hile yapılmadığının belirtilmesi çocuğa saygının örtük olmaktan çıkarılması ve uygulamaya yönelik duruma gelmesini sağlayacaktır.

Onamın bilgilendirme boyutu, onam formlarında yasal anlamına kavuşturulmaktadır. Onam formları özellikle çocuklar için yazılmış, onlardan beklenen ya da olanaklı olan onayı gösterecek biçimde düzenlenmiş olmalıdır. Onam formlarının, çocukların anlayabileceği dilde yazılmış olan açıklayıcı formlarla birlikte verilmesi uygun bir yöntem olarak değerlendirilmemektedir.

Yukarıda sözü edilenlere ek olarak, çocuğu tanıyan ve savunan öğretmen, hemşire, aile doktoru ya da özel pediyatrist gibi öteki danışmanların katılımının sağlanması, karar sürecinin tamamlanması öncesinde ailelerin ve çocukların haklarının korunması yolunda olumlu bir adımdır (Miller, 1993, s.: 45).

6.4.6. Ana-Babanın Onamı

Çocukların çoğu onam vermeye yasal olarak yetkilendirilmediğinden, ana-babalar ve vasilerce verilen vekil onamı konusu, bu prosedürün doğası üzerindeki geniş kapsamlı tartışma nedeniyle aşırı derecede duyarlı bir konudur. Bir uçta onam verecek yeterlikte olmayan hiçbir denek üzerinde, örneğin bir çocukta risk içermese bile araştırmanın kabul edilemez olduğunu öne sürenler, öte yanda ise bir çocuğun pek çok durumda eğer yeterli ise onam verebileceğini, "moral bir toplumun" üyesi olarak çocukların toplumun öteki üyelerinin iyiliği, esenliği ve sağlığının ilerletilmesine katkıda bulunmaya yükümlü olduklarını savunanlar yer almaktadır. İkinciler, çocukların erişkinlerden farklı olduğunu, moral ve sosyal

yükümlülüklerinin olmadığını dile getiren etikçilere ters düşmektedirler. Başka bir yaklaşıma göre ise çocuklar daha çok bakım alma hakkına sahiptirler ve bundan dolayı vekil onamı, risk-yarar değerlendirmesini göz önünde bulundurduğu zaman sorun değildir. Farklı bir görüş, bir çocuğun, onun iyiliğinden sorumlu olan erişkinler tarafından önerilen yolu izlemeye eğilimli olduğunu öne sürenlerce dile getirilmektedir; dolayısıyla araştırmaya katılım, ana-babalar ve vasiler tarafından yol gösterilen pek çok öteki etkinlikten ayrı değerlendirilmemelidir. Bunların dışında, bir ana-babanın moral yükümlülüğünün, çocuklarının araştırmaya katılımını desteklemek olduğunu, araştırmaya katılmayı reddeden ana-babalar ve çocukların, sosyal sorumluluk konusunda eğitilmeleri gerektiğini öne sürenler de vardır (Koren ve ark., 1993).

Çocukların yer aldığı araştırmalar çerçevesinde, çocukların bakımıyla ilgili olan ana-babalar, vasiler ve yasal temsilciler izin verebilen gruplardır. Bu gruplar genellikle "yargının atadığı vekil" ya da "en çok ilgililer" olarak betimlenir. Bir vekil yargısı "yetersiz üstüne mental örtü giydirilmesi" anlamına gelmektedir ve o anda yetersiz olan bireyin ileride alacağına inanılan bir karar alma amacını taşımaktadır. Daha önce yeterli olan erişkinler için verilecek olan bu tür bir karar, nesnel bir kanıt üstüne temellendirilebilir; örneğin kişinin yeterli olduğu dönemde benzer durumlardaki tutumu ya da görüşlerinin tanıklığından yararlanılabilir. Bununla birlikte önceden yeterli olmayan çok küçük çocuk için, bir vekil yargısı, yeterli bir çocuk neyi istiyorsa onun öznel (subjektif) bir değerlendirmesini gerektirecektir. Bu tür bir değerlendirme, özellikle bebeklerin durumunda, ancak "hayali"olarak yapılabilecektir, çünkü onların neyi istediği bilinemez. Ayrıca, küçük çocuklar, olgunlaştıklarında çoğunlukla ana-babalardan farklı değerler geliştirmektedirler. Bu bağlamda vekil yargısının, yerlerine üçüncü grubun karar verdiği çocukların o üçüncü grup tarafından dile getirilen değerlerin aynısını taşıyacaklarının varsayıldığı söylenebilir. Örneğin Yehova Şahidi ana-babaların bir çocuğu olmak durumunda, ana-baba tarafından varsayılan vekil yargısına göre çocuk, ölüm riskini ya da olasılığını, kan ürünlerini almaya yeğleyecektir.

İzin veren grupları nitelendirmek için kullanılan "en çok ilgililer" terimi ise, bazılarına göre "totoloji" olarak yorumlanmakla birlikte, belirli bir çocuğun yararına

karar vermesi beklenen üçüncü grubu dile getirmektedir. Vekil izni alınmasının temelinde, örtük olarak onam veren vekilin çocuğun en iyi çıkarını temsil ettiği ve buna göre davrandığı, çocuğun en iyi çıkarına olmayabilen faktörlerden etkilenmemiş olduğu varsayımı bulunmaktadır. Ancak ne yazık ki bu her zaman doğru olmayabilir. Araştırmacıların ve yerel etik kurul üyelerinin, yalnızca çocuğun çıkarlarını temsil etmeyebilen yasal vekil onaylayıcının varolabileceği olasılığına karşı duyarlı olmaları gereklidir. Bu bağlamda, çoğunlukla ve doğal olarak ana-baba sözleşmesi ("in loco parentis") gereği, ana-babaların çocuklarının en iyi çıkarını tanımlayabilecek ve temsil edebilecek kapasiteye sahip oldukları ve her zaman bu yönde davrandıkları varsayılmaktadır. Ancak "en çok ilgililer" terimi fazlasıyla öznel bir içerik taşımaktadır; özellikle konu, fiziksel ağrı gibi bir zararın varlığı ya da yokluğunun ötesinde ele alındığı zaman bu öznellik açığa çıkmaktadır.

Gerek vekil yargısı gerekse en çok ilgililerin kararı, düşük zararın düşük riskte olduğu varsayılan ve çocuğa doğrudan yararı olmayan non-terapötik araştırmalara çocukların katılımını haklı göstermek için kullanılabilir. Bir başka deyişle vekil yargısı, çocuğun, araştırmaya katılımı için izin veren ana-babanın özgecilik ve sosyal vicdanlarına benzer derecede sahip olabileceğini ve çocuğun seçiminin bu etkinliğe katılmayı istemek biçiminde olacağını varsayabilir. En çok ilgililerin yargısı ise, çocuğun çıkarlarının, özgeci ve en azından bir dereceye kadar çıkar gözetmeyen toplumda, aktif bir rol oynamak ve onun bir parçası olmaktan geçtiği savına dayandırılmaktadır. En çok ilgililerin bu yargısı, çocuğun söz konusu değerlerle yetiştirilmiş olmasının onun yararına olduğunu da dile getirmektedir. Gerek vekil yargısı gerekse en çok ilgililerin yargısı, birey olarak çocuğa ya da daha genel olarak çocuğun üyesi olduğu çocuklar grubuna bir zarar olursa, çocuğun zarara karşı korunmasının bir güvencesi olarak, araştırmaya çocuğun katılımı için ana-baba izninin anlaşılır kılınmasında kullanılabilir (Miller, 1993, s.: 41; Kauffman ve Kearns, 1992).

Öte yandan toplum, araştırmacılara çocuklar üzerinde hangi prosedürleri uygulayabilecekleri konusunda çeşitli sınırlamalar getirmektedir. Bunlardan biri 13-19 yaş arası gençlerin dışındaki yaş gruplarında sıklıkla etkin olarak yürütülemeyecek olan araştırmalardır. Ana-baba onamına gereksinim olmadan

yürütülmesi olanaksız olan bu tür araştırma prosedürü örneklerinden bazıları şunlardır:

1. Seksüel aktif adolesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili epidemiyolojik ve girişimsel çalışmalar.
2. Seksüel aktif adolesanların seksüel davranış modelleri ve kontrasepsiyon konusundaki çalışmalar.
3. Seksüel aktif adolesanlarda etkin kontrasepsiyon stratejileri üzerinde çalışmalar.
4. Adolesanlarda ilaç istismarı konusundaki epidemiyolojik ve girişimsel çalışmalar (Koren ve ark., 1993).

Aşağıda dile getirilen durumlarda ise, çocuk üzerindeki terapötik girişimler için ana-baba izni gerekmeyebilir:

1. Yaşamının başka alanlarında özerkliği kanıtlanan çocuklarda ana-baba iznine gerek duyulmaz. Örneğin evli, çocuk sahibi olan ya da aileden bağımsız yaşayan çocukların yasal olarak onam yaşına ulaşmamış olmakla birlikte, kendi haklarında karar verebilecek olgunlukta oldukları varsayılmaktadır.
2. Ana-babalara yapılan açıklama, çocukta gerçek zarara neden olacaksa ana-baba izni alınmamaktadır. Örneğin bir çok yargı kararlarında, ana-babaların bilgisi olmaksızın seksüel geçişli hastalıkların tedavisi için çocukların onam vermesine izin verilmektedir (Miller, 1993, s.: 40).

Amerikan Pediyatri Akademisi de konuyla ilgili olarak, minimal riskin varolduğu ve çocuğa verilebilecek tıbbi tedavinin yalnızca onların onamına dayandırıldığı durumlarda ana-baba izninden vazgeçilmesinin dikkate alınması gerektiğini öne sürmektedir (Koren ve ark., 1993).

6.4.6.1. Ana-Babanın Çocuğu Adına Karar Verme Süreci

Ana-babanın, çocuklarının sağlık bakımı için karar vermelerindeki yetkinin kaynağı ve ahlaki gerekçelerinin, kendileri hakkında verdikleri kararlarda olanlarla aynı olmadığı dile getirilmektedir. Ayrıca devletin ve hekimin, ana-babanın seçimlerini yönlendirmekte, yetişkinlerin kendileri hakkındaki seçimlerini yönlendirmekten daha

büyük sorumluluk taşıdıkları bilinmektedir. Ancak bunlar, ana-babanın hangi seçimlerinin etik olarak kabul edilebilir olduğu ve hangi kararlara etik ve yasal açıdan saygı gösterilebileceği konusunda fazla yol gösterici değildirler.

Ana-babanın karar verme süreçlerinin etik açısından uygun alanını tanımlamak için önerilen çeşitli görüşler vardır. Bir çok yorumcu, çocuğun erişkin yaşa geldiğinde seçenekler arasından en uygunu seçme şansını kaybetmemesi için, ana-babanın belirli seçimleri ertelemesi gerektiğini savunmaktadır. Ancak bu sav, ana-babaların çocuğun gideceği okulu seçmek, ona dini inançlar, belirli davranış kalıpları, ahlaki kodlar ve sorumluluklar aşılamak gibi çocuğun geleceğini etkileyecek çok çeşitli seçimleri yaptığı gerçeğini göz ardı etmektedir.

Bir başka yorum, temel olarak "yarar"a dayanmaktadır ve ana-babanın, çocuğun çıkarlarına en uygun biçimde davranması gerektiğini öne sürmektedir. Bu formül yaygın destek görmekte ve ana-babaya çocuğun yararına kararlar alma önerisini getirmektedir. Ancak burada da iki sorun vardır. Bunlardan ilki, çocuk için neyin yararlı olduğunun saptanması ve bu saptamanın kimin tarafından yapılması gerektiğine ilişkindir. Örneğin, bazı insanlar çocuğu döverek disipline etmenin onun yararına olduğunu düşünürken; bir başkaları bunu istismar olarak değerlendirmektedir. İkinci sorun ise, ana-babanın, çocuklarını etkileyecek kararları alırken öteki çıkarları ve etkenleri dikkate almaması gerektiğini dile getirmesidir. Deneyimler, bütünüyle çocuk-odaklı bir yaklaşımın uygun olmadığını göstermektedir. Ana-baba, çocuklarını etkileyecek bir karar alırken bir dizi çıkarı (ailenin çıkarları, kendi istekleri, ekonomik ve sosyal çıkarlar gibi) göz önünde bulundurmak durumundadır. Bunun yanı sıra çocukların istekleri uzun ya da kısa erimde mantıklı olmayabilir. Söz konusu durum, ana-babaya geniş kapsamlı değerlendirmeler yaparak seçim yapmayı, çocuğa öğretme şansı verir. Bundan daha önemlisi ise, gelişiminin belirli bir noktasından sonra çocukların, öteki insanların çıkarlarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini öğrenmeye gereksinimlerinin olmasıdır. Bu durumda ana-babanın, çocuğun geleceğini biçimlendirecek seçimi yaparken, çocuğunkilere ek olarak bir dizi başka çıkarları da gözetmesinin etik olarak izin verilebilir olduğu söylenebilir (Clayton, 1997).

6.4.6.2. Ana-Babanın Karar Yetkisinin Sınırları

Günümüzde ana-babanın sağgörüsüne her durumda saygı gösterilmesi gerektiği, geçmişte olduğu kadar kolaylıkla öne sürülememektedir. Çünkü, ana-babaların bazı kararlarının sonuçları çocuk üzerinde derin izler bırakabilmekte; bazıları ise etkin olarak önlem alınmasını gerektirmekte, örneğin devlet çocuk istismarı ve ihmalini yasaklamaktadır. Bu yasaklamanın gerekçesi çocuk için tümüyle daha iyi olabilecek kararların alınma olasılığı değil, çocuğun zarar görmesini önlemektir. Bir başka deyişle, çocukları ana-baba gözetiminde bırakmak ya da ayırmak konusunda atılacak adımdaki karar, potansiyel yararı değil çocuk için oluşacak zarar görme riskini temel almalıdır.

Ana-baba, çocukla ilgili kararları kendisi veriyorsa seçim yapmakta daha büyük özgürlüğe sahiptir. Çocuklarla ilgilenen öteki yetişkinler (hekim, öğretmen, avukat gibi) ise, çocuk için primer sorumluluğu taşıyan ve iyi bir yaşam için çok sayıda seçenekle karşı karşıya kalan insanlardır. Ancak ana-babalar da öteki yetişkinleri kendi istekleri doğrultusunda davranmaya zorlayamaz. Örneğin, bazı ana-babalar bedensel cezayı bir disipline etme yöntemi olarak kullanabilir, ama öğretmeni aynı yöntemi kullanması için zorlayamaz. Benzer biçimde, şiddete karşı olan ana-baba öğretmenin bedensel ceza vermesini önleyebilir, ancak öğretmenin kullandığı ödüllendirme sistemi ve olumsuz pekiştireç gibi öteki yöntemleri yasaklayamaz. Bu örneklerde ana-babanın, çocuklarına öteki yetişkinler tarafından nasıl davranılacağını kontrol etme yeteneği iki faktörle sınırlanmıştır. Birincisi, öteki yetişkinlerin moral gücü ve yanlış olduğunu düşündükleri şeyi yapmamalarıdır. İkincisi ise, çocukların göreceği zararın değişik davranış biçimleriyle oluşabilmesidir. Ana-babanın bedensel cezayı önleyebilmesinin, ama olumsuz pekiştireci önleyememesinin nedeni bedensel cezanın çocuğa zarar verme açısından daha büyük risk taşımasıdır. Ek olarak, çocuğu sınıfta tamamen disiplinsiz bırakmak, öteki çocukların eğitimini engellemekte ve hatta onları önlenebilir bir risk altında bırakmaktadır (Clayton, 1997).

Hekimler, çocuğun sağlığı ile ilgili konularda ana-babaların isteklerini yerine getirmemeye karar verirken bu otorite kaynaklarının her ikisinden de yararlanmaktadırlar. Çünkü onlar, hem öğretmenler gibi bağımsız ahlaki bir güce

sahiptir, hem de çocukların iyiliği için çalışmak ve görebilecekleri zararı önlemek gibi bir görevleri vardır. Bu iki nedenle devlet, tıbbın bir çok dalındaki uygulamaları, yalnızca hekimin kararıyla gerçekleşebilir kılmıştır. Bu, uygun yöntemlerin bilgili ve yetenekli bir biçimde kullanıldığından emin olmak ve zarar riskini en aza indirmek için bir yöntemdir (Clayton, 1997).

Ana-babaların yetkilerinin sınırları, onların seçimlerinden çocuğun zarar görme olasılığı üzerine odaklanmaktadır. Ana-baba, kendisi ve öteki çocukları için yararlı olacaksa, söz konusu çocuğun zarar görmeyeceği, ancak bir miktar sıkıntıya girebileceği bir kararı alabilir. Ancak, çocuk hastanın ciddi olarak zarar göreceği bir seçimin, öteki aile bireylerinin yarar göreceği gerekçesiyle haklı gösterilemeyeceği açıktır.

6.4.7. Çocukların Karara Katılımı

Küçük yaştaki çocukların çoğunun kendileri için karar verme yeteneklerinin ve yeterliklerinin olmadığı biçimindeki geleneksel varsayımın, 1980'li yıllardan başlayarak giderek zayıflamasıyla birlikte, kendileriyle ilgili kararlara katılabilecekleri ve geçerli onam verebilecekleri tartışılmaya başlanmıştır. Çocukların giderek artan ölçüde karar alma süreçlerine katılımı, birbirinden kesin sınırlarla ayrılmış olayların bir dizisi değil, bir süreçtir. Örneğin, Macaristan'daki pek çok çocuk hekimi kronolojik yaşın, mental ve entellektüel kapasitenin her zaman doyurucu bir ölçütü olmadığı, dolayısıyla çocukların kendi sağlık bakımlarıyla ilgili kararlara katılmaları gerektiği düşüncesini paylaşmaktadır. Geçmişte, çocukların sağlık bakımı konusundaki uygulamalarda güçlü bir paternalistik tutum gösteren Macar çocuk hekimlerinin bu tutumlarında son yıllarda ortaya çıkan ve giderek artan değişiklik, bazı yöntemleri de gündeme getirmiştir. Günümüzde pek çok çocuk hekimi, çocuğun gelişiminin yetkin karar verici olma yönünde ilerlemesi isteğinin ana-babalar tarafından da paylaşıldığını ve bu gelişimi hızlandırmak için çocuk hekimlerinin yapması gerekenin karar verme süreçlerine "küçük hastalarını" aktif olarak katmak olduğunu savunmakta ve bu savı uygulamaya geçirmektedir. Bu noktada çocuk hekimlerinin çocuk ve aile ile etkileşimi güçlendirmesi ve sağlıklı bir hekim-hasta-ana-baba ilişkisinin kurulması oldukça önemlidir. Sorunun üstesinden

gelmenin ümit verici bir belirtisi, 1993'de yapılan Macar Pediyatri Birliği Kongresi'nde, çocukların sağlık bakımı kararının yine onlarla birlikte verilmesi gerektiğinin gündeme getirilmiş olmasıdır (Schultz, 1993).

Öte yandan, ana-baba görüşünden bağımsız olarak aydınlatılmış onam verme konusu yasal düzenlemeyi de ilgilendiren bir konu olduğu için, çocukların karar almadaki işlevleri büyük bir sorun olmaktadır. Çocuk hekimleri, hastalarının karar verme kapasitelerini değerlendirmek, arttırmak ve böylece olgunlaşmaları ölçüsünde karar süreçlerinde yer almalarını sağlamak için ana-babalarla işbirliği yapmak gerektiğini dile getirmektedirler.

Çocukların görüşlerini göz önünde bulundurma gereksinimi; ideal karar alma kapasitesinin ön koşullarını oluşturan seçenekleri ve onların sonuçlarını değerlendirme, geleceğe yönelik planlar yapma ve sahip olunan kalıcı değerler sistemi karşısında yeni seçenekleri değerlendirme gibi nitelikler üzerinde temellenmektedir. Bu yetenekleri gelişmiş olan çocuklar, sözü edilen ideale daha yakın karar almakta ve böylece daha çok saygı görmeye hak kazanmaktadırlar. Çocuklara kulak verme gereğinin bir başka nedeni, onlara daha yararlı olmakla ilişkilidir. Ergenlik yaşına kadar söz söyleme hakkı tanınmamasına bağlı olarak çocuklar kendileriyle ilgili kararlara olumlu yönde katkı sağlamaktan alıkonulmaktadırlar. Oysa onlar, 18 yaşında karar verme kapasitesinin oluşmasıyla birlikte birden bire "kozadan çıkmış" olmamaktadırlar; tersine onların iyi seçim yapma konusundaki yeteneklerinin, uygulama gerektiren bir süreçte normalden daha fazla gelişmesine gerek vardır. Orta çocukluk döneminde, çocuğun düşünmediği ve/veya savunma gereksinimi duymadığı bir seçenek, açıkça ötekilerden daha yararlı ya da daha az zararlı olduğu zaman, çocuğun istekleri göz önünde bulundurulmaksızın karar alma yoluna gidilebilmektedir. Bu dönemdeki çocukların görüşü çoğunlukla ve yalnızca zararın artışını "önemsememesi" için alınmaktadır. Buna karşılık daha olgun adolesanlar, etik konusunda erişkinler tarafından verilen kararlara gösterilen saygı ile aynı derecede değer taşıyan görüşlere sahip oldukları ve ahlaki açıdan geçerli aydınlatılmış onam vermeye yeterli oldukları için, kararların alınmasında etkin bir rol üstlenmektedirler. (Clayton, 1997).

Tartışmaların bir bölümü, özerk karar vermenin önemi ve bu bağlamda çocuğun bağımsız, ancak ana-babalar tarafından aşırı etkilenmiş seçimlerinin gerçeği yansıtamayabileceği ve ana-babanın istekleriyle çocuğun görüşlerinin uyumlu olarak alınması yönünde hekimin işlevinin ne olması gerektiği sorusu üzerinde odaklanmaktadır. Hekimler, çocuğun karar verme kapasitesinin, araştırmanın ortaya çıkaracağı zarar riskinin başka bir yolla doğrulanamayacağı konusunda ikna olmasına yetemeyeceğini düşündükleri zaman, çocuğun onaylamasına izin vermemelidir. Çünkü bu durumda çocuğun dile getirdiği karar, kendi görüşlerinden çok ana-babaların görüşünü yansıtmış olacaktır. Ancak, özerklik üzerindeki vurgu, eğer olgun adolesanların kararı söz konusu ise çok daha farklıdır ve bütünüyle adolesanın kararı olmalıdır. Aile üyelerinin sıklıkla birbirini etkilediği ama, özellikle ana-babaların çocuklarını etkiledikleri göz ününde bulundurulmalıdır. Adolesanların kararlarının, ailesinin belirleyici etkisi olmaksızın alınmış olması konusu önemlidir. Bu nedenle karar alma girişiminde, araştırmanın lehinde olan dengeyi adolesanların görüşlerine doğru kaydırmak gereklidir, klinisyen adolesanın testi reddetme ya da ikilemde olduğu durumlarda çok güçlü baskı altında olup olmadığını belirlemeye çalışmalıdır. Bu ise genellikle, hekimin adolesanla zaman zaman başbaşa konuşmasını gerekli kılacaktır.

Yapılacak girişim her ne olursa olsun gelişimlerinin belirli aşamasında çocukların karar düzeneklerinde rol alması düşüncesinin temelinde, onların yapılmakta olan girişimin ne olduğunu bilmeye gereksinimlerinin olduğu görüşü bulunmaktadır. Çocuklar eğer ne yapılmakta olduğunu bilirlerse, belki katılmayabileceklerdir. Onlardan bilgiyi saklamak, aynı zamanda onların kişiliğine saygısızlık etmek olacaktır. Bunun yanı sıra, çocukların bakımıyla uğraşan hekimlerin, araştırmayla ilgili olarak çocuklarla konuşmak için uygulamaya yönelik bir takım gerekçeleri vardır. Uzun süren araştırmalar göstermiştir ki, genellikle çocuklardan bilgiyi gizleyerek çalışma yapılamamaktadır. Ayrıca çocukların saklanan sırları anlamalarını önlemeye yönelik çabalar aldatıcıdır ve bu nedenle de terk edilmiştir (Clayton, 1997).

6.4.8. Aydınlatılmış Onam İçin Yasal Çerçeve

Aydınlatılmış onamla ilgili yasal düzenlemeler, çocuğun karar yetki yaşının belirlenmesi biçimindeki hukuksal tanımlamaları ve bunlara dayanan uygulamalar söz konusu etmektedir. Ancak, burada hukuksal düzenlemelerle birlikte, konuya ilişkin olarak değişik ülkelerde kabul edilmiş olan ve tıp etkinliğinde hekimlere yol gösterici nitelik taşıyan yönergelerden de söz edilecektir.

Çocuğun karar yetki yaşının belirlenmesinde, onun bedensel, bilişsel ve psikolojik gelişimi ile birlikte toplumsal, kültürel, çevresel etkenler, örf ve adetler göz önünde bulundurulmaktadır. Türkiye'de çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıklar ve zeka geriliğinin olmadığı durumlarda bu inceleme 11 yaşını bitirmiş çocuklar için yapılmaktadır. Oysa Batılı ülkelerde bu yaş sınırı pek çok değişiklikler göstermektedir; Romanya, Yunanistan ve Hollanda'da 12, Fransa'da 13, Almanya, İtalya ve İsviçre'de 14, İsveç'te 15, Küba'da 16 yaş sınır olarak kabul edilmektedir. Alman Ceza Yasası'nda, 14 yaşından küçük olanlarda anlama ve istenç yeteneği bulunmadığı kabul edilerek tıbbi girişimlerde onamın, çocuğun velisinden alınması gerektiği, 14-18 yaş arasındaki çocuklarda ise onam alınmasının somut olayın koşullarına bağlı olduğu belirtilmektedir (Tüzün, 1998).

6.4.8.1. İngiltere

İngiltere Sağlık Bakanlığı Raporu ve Avrupa Biyoetik Yönergesi gibi çeşitli ulusal ve uluslararası belgelerde "bilgilendirme, özerklik, açık ve özgül onam" önemle vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Raporu, 16 yaşın altındaki çocukların onam vermeye yeterli olsa bile, ana-baba ya da vasi onamı olmadıkça onamlarının kabul edilemeyeceğini ve 16-18 yaş arasında da ana-baba onamının uygun olduğunu dile getirmektedir. Öte yandan, girişimin çocuğun yararına olmadığı ve özellikle ihmal edilebilir riskten daha fazla risk taşıdığı durumlarda ise, erişkin onamının "yasadışı eylem" olduğu dile getirilmektedir (Alderson, 1992).

İngiltere'de Tıbbi Araştırma Konseyi'ne bağlı Çocuklar Üzerinde Araştırmalar Çalışma Grubu'nun 1991 yılında hazırladığı raporda mental yetersizliği ya da hastalığı olanlar da içinde olmak üzere 18 yaşın altındaki tüm canlı doğan çocuklar kapsama alınmıştır. Çalışma Grubu Raporu'nda aydınlatılmış onama ilişkin İngiltere,

Galler ve Kuzey İrlanda'da yürürlükte olan yasal durumdan da söz edilmektedir. Ancak, yasal çerçevenin ele alınmasından önce terapötik ve non-terapötik araştırmaların nasıl yorumlandığı üzerinde kısaca durulmuştur. Rapora göre "terapötik araştırma" terimi, yalnızca hastalığın tedavisini değil aynı zamanda korunmayı (örneğin bağışıklamayı) ve tanısal süreçleri de kapsayan bir "şemsiye kavram"dır. Tıbbi araştırmanın öncelikli amacı hasta olan ya da hastalanabilecek olan tüm insanlığın yararı için bilgi elde etmektir. Terapötik araştırma doğrudan tedaviyle ilgili olduğu için katılımcılara doğrudan yarar olasılığı önerir. Non-terapötik araştırmada katılımcılara doğrudan yarar ya olası değildir ya da uzun erimlidir.

Tıbbi Araştırma Konseyi'nin 1962-63 Bildirgesi'nde ise, çocukların onamı konusu şu biçimde dile getirilmiştir; "Küçüğün doğrudan yararına olmayan ve zarar verme riski taşıyan durumlarda onam alınamaz", "Küçük tarafından gerçek onam verilse bile.., etik anlayış ve ihtiyatlılık, olanaklı ise ana-baba ya da vasinin onayını gerektirir."

İngiltere, Kuzey İrlanda ve Galler'de Yasal Durum

Tıbbi araştırmaya katılacak çocuğun onam verme yeterliği, yalnızca mahkemeler tarafından ele alınan özel bir konu değildir. Bir küçüğün karar verme kapasitesinin yasal yaş sınırından çok, anlama ve zeka yeterliğine bağlı olduğu biçimindeki daha genel bir ilke çerçevesinde ele alınmalıdır. 16 yaş altındaki çocuk onam verme yeterliğindeyse, bu onam genellikle ana-baba vasi onayıyla tamamlanmaya çalışılır. Öte yandan bunun uygun olmadığı, gereksiz olduğu ve uygulamaya geçirilemeyeceği durumlar vardır.

Çocuk 16 yaş ve üstündeyse terapötik araştırma ile ilgili yasal durum açıktır. 1969 Aile Hukuku Reform Yasasına göre, 16 yaşındaki bir kişi tıbbi araştırmaya onam verecek durumdadır Terapötik araştırma, tedavinin bir parçası olduğuna göre çocukların katılım için onam verip veremeyeceği konusunda çok az bir kuşku vardır. Çocuktan alınacak bu tür bir onam, yasal açıdan ana-baba/vasi onayına gereksinim göstermez ve 16 yaşındaki çocuk ana-baba isteğine bağlı olmaksızın onam verdiği tedaviyi alabilir. Eğer çocuğun anlama derecesiyle ilgili kuşkular varsa, araştırma

amaçlarını ana-babaya anlatmak üzere çocuktan izin almak, iyi hekimliğin bir gereği olarak görülebilir. Ana-baba karşı çıkarsa, bu karşı çıkışa gereken önem verilmelidir.

1969 yasasına göre, 16 yaşın altındakiler için şu geçerlidir: yeterli anlama kapasitesine ve zekaya sahip çocuk tıbbi tedaviye onam verebilir ve kronolojik yaş önemli değildir. Ancak araştırmacılar, ana-baba/vasi onayı olmazsa başlamakta isteksiz davranabilirler, eğer çocuk tam olarak anladıysa ve yerel etik kurulun farklı ve öncelikli bir kararı yoksa ana-baba/ vasi onayı gerekli değildir.

Çocuk onam verecek kapasitede değilse, ana-baba/vasi geçerli onam verebilir. Bu durum yasada vekaleten onamın tanındığı birkaç durumdan biridir. Amaç çocuğun yararına davranmak olduğu için, terapötik araştırmanın bu anlamda bir başka tıbbi tedavi biçiminden farkı yoktur.

Yasal onam verme kapasitesi gerektiren non-terapötik araştırma için, 18 yaşın altında bir yaş belirtilmemiştir. 1969 Yasası yalnızca terapötik araştırmayı içermektedir. Genel kural, çocuğun onamının geçerliğinin, anlama kapasitesine ve zekasına bağlı olduğudur. Çocuk araştırma amacını tam olarak anlıyor ve onam veriyorsa, yasada formüle edilmemesine karşın onamın geçerli olduğu düşünülür. Bu durumda anlama kapasitesine ve yeterli zekaya sahip olan çocuğun onamının yasalaşmaması için hiçbir yasal gerekçe yoktur. Ana-babanın bilgilendirilmesi ya da onamının alınmasına ilişkin olarak yasa açık değildir. Ancak, araştırmayı sekteye uğratabilecek de olsa ana-babanın onamının alınması önerilmektedir. Çocuk ne kadar küçükse, ana-babanın onamının o kadar gereklidir.

Çocuğun onam verecek yeterlikte olmadığı durumlarda ana-babanın onamının gerekliliği konusu incelenmesi gereken bir konudur. Yasalara göre ana-baba /vasi, çocuğun çıkarlarına aykırı bir araştırmaya onam veremez. Araştırmacının çocuğun çıkarlarına ters bir araştırmayı düzenlemesi ise, hem etik değildir, hem de yasal kovuşturmaya yol açar. Parlamento yasalarında ve mahkeme kararlarında non-terapötik araştırmaya ilişkin bir ilke yoktur.

Çocuğu ihmal edilebilir riskten daha fazla risk altına sokan bir non-terapötik araştırma, etik olarak uygun değildir. Yargıçların genel olarak düşüncesi, ana-babanın çocuğu günlük yaşamda karşı karşıya bırakabileceği riskten daha fazla olmayan riskin ihmal edilebilir olduğu biçimindedir.

İskoçya'da Yasal Durum

İskoçya'da aydınlatılmış onamla ilgili durum kızların 12, erkeklerin 14 yaşına gelmesine bağlıdır ve bu yaşın altındakiler geçerli onam veremezler. Onlar adına ana-baba/vasi onam vermelidir. 12-14 yaşlarından 18 yaşına kadar olan çocuklar 'küçük' olarak adlandırılır ve geçerli onam verme, yeterli anlama kapasitesine bağlıdır. İskoçya'da 16 yaşın önemi yoktur.

12 yaşın altındaki kız çocuklar ve 14 yaşın altındaki erkek çocuklar üzerindeki terapötik araştırmalarda ana-baba/vasi onamı gereklidir. Durum çocuk bedeniyle ilgili öteki aktivitelerden farklı değerlendirilmez. Yaraya yara bandı yapıştırmak gibi basit tedavi ya da girişimler yapma hakkı yasaya göre olanaklıdır; ne var ki açık bir karar söz konusu değildir. Ana-baba/vasi çocuğun çıkarlarına en uygun biçimde davranmak ve uygun biçimde bilgilendirilmek zorundadır.

12-18 yaş arasındaki ayrı yaşayan kız ve erkek çocuklarda sorun, ergenin yapılan bilgilendirme ışığında yeterli olgunluğa ve onam verecek anlama kapasitesine sahip olup olmadığıdır. Araştırmaya katılım için ana-babanın görüşü dikkate alınmaz. Söz konusu ergen yeterli anlama kapasitesine sahip değilse, 18 yaş ve üzerinde olan ancak, onam verecek düzeyde anlama kapasitesine sahip olmayan kişi olarak işlem görür.

Ana-babadan ayrı yaşamayan 12-18 yaş arası kız, 14-18 yaş arası erkek çocuklar yeterli olgunluk ve anlama kapasitesine sahipse onam verebilir. Bu durumda ana-baba/vasi, vekaleten onam veremez. Ancak yasada açık bir durum olmamasına karşın, ana-baba/vasi ergenin bakımından sorumluysa, bilgilendirilme ve karar verme ya da kararı reddetme hakları olmasa bile, öneride bulunma hakkına sahip olabilirler.

12-18 yaş arası anlama kapasitesi yeterli olmayan ve ayrı yaşamayan kız çocuklar ve 14-18 yaş arası aynı durumdaki erkek çocuklar çoğunluğu oluşturmasına karşın: ana-baba/vasinin onam verip veremeyeceğine ilişkin olarak yasada bir belirsizlik vardır. Anlama kapasitesinde yetersizlik durumu, normal olarak çocuğun yaşıyla bağlantılıysa, ana-baba/vasinin çocuğun çıkarlarına en uygun durumda onam vermesi yasal açıdan olumsuz bir sonuç doğurmaz. Konuyla ilgili 12 yaşın altındaki kız ve 14

yaşın altındaki erkek çocuklar için söz konusu olduğu gibi vasi atanması için mahkemeye başvurabilirler.

Non-terapötik araştırmalarda ise durum, 12 yaş ve üzerindeki kızlar ve 14 yaş ve üzerindeki erkek çocuklarla ilgili olarak çocuğun yeterli olgunluk ve anlama kapasitesine sahip olmaması durumu dışında, terapötik araştırmadaki gibidir. Kapasitesi yetersiz grup için ana-babanın rolü konusunda bir belirsizlik vardır. Bu grup ile 14 yaş altındaki erkek çocuklar ve 12 yaş altındaki kız çocukların durumu, İngiltere ve Galler'de anlama kapasitesi yetersiz olan çocuk ve erişkinler için olduğu gibi, yasalarda onam verme gücüne sahip olmayan kişinin non- terapötik araştırma bağlamında ele alınması durumuna benzer niteliktedir (Medical Research Council, 1991).

6.4.8.2. Kanada

Tıbbi tedavi için onam verme konusunda Kanada'nın çeşitli eyaletlerinde farklı yasal çerçeveler vardır ve yalnızca Quebec eyaleti, çocukların tıbbi araştırmalara katılımına ilişkin yasaya sahiptir. Çocukların, ana-babaların, araştırmacıların, mahkemelerin ya da öteki üçüncü grupların rol ve yetkileri eyaletten eyalete değişmektedir. Kanada'da onamın tek biçimli olmasını sağlama konusundaki başarısızlık; karmaşıklığın, kararsızlığın, farklılığın ve bu konudaki yasal konumların sürekli değişmesinin göstergesi olarak açıklanmaktadır. Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, çocuklar üzerindeki araştırmalarda onamla ilgili olarak aşağıda yer alan öneriyi getirmektedir:

a. Çok küçük bir çocuğun (doğum-6/7 yaş) ana-baba ya da vasilerinden aydınlatılmış ve gönüllü izin;

b. Daha büyük çocukların (7-14 yaş) ana-baba ya da vasilerinden aydınlatılmış ve gönüllü izin ile birlikte çocuktan onay ya da gönüllü onam;

c. Yaklaşık olarak 14 yaş üzerindeki çocuğun aydınlatılmış ve gönüllü onamının alınması (Miller, 1993, s.: 4).

6.4.8.3. Amerika Birleşik Devletleri

ABD'de aileden bağımsız yaşayan çocuklar, yasal onam verme hakkını kazanmış adolesanlardır ve ana-baba onamına gerek olmasızın onam verebilirler. Çünkü onların statüsü evlilik, çocuk sahibi olma, aileden ayrı yaşayan yüksek okul öğrencisi olma ya da ailenin kimliğini reddederek evden ayrılma gibi durumları kapsar. Genel olarak bu adolesanlar kendi ekonomik ve sosyal ilişkilerini yönetmektedirler.

Bunun yanı sıra, çeşitli Amerikan eyaletlerinde olgun çocukların, tıbbi tedavi için onam verme kapasitesinde oldukları varsayılmaktadır. Bunun için tedavinin çocuğa doğrudan bir yararının olması ve çocuğun ergenliğe yakın olması gerekmektedir (örneğin Oregon'da en azından 15, Alabama'da 14 yaşında). Ayrıca, olgun çocuk üstlenmiş olduğu prosedürleri anladığını ve kavradığını göstermelidir. Bazı yetkili mahkemelerde (örneğin Mississippi) bir olgun çocuk yaşı nedeniyle değil, daha çok risk ve yarar kavramlarını kapsayacak biçimde tıbbi sorun ve onun tedavisini anlamaya ilişkin yeterliği aracılığıyla tanımlanır. Bu ayrıcalıklar, ilaç bağımlısı olan ya da veneryal hastalığı olan gebe çocuklarda, çocuğun gizliliğinin ihlaline ana-babanın izin verdiği ve yaşamsal önemi olan tıbbi tedaviler için çaba gösterilmesine engel olunduğu durumlarda uygun tedaviye izin vermek için planlanmıştır. Bağımsız yaşayan ya da olgun çocukların araştırmada yer almasında ana-babanın onamı hakkından vazgeçilmesi sorunu çok daha önemlidir. Çünkü araştırmalar tedaviden farklı olarak, sıklıkla çocuğa doğrudan yarar vermemektedir (Koren ve ark., 1993).

6.4.9. Aydınlatılmış Onamla İlgili Sorunlar

Çocuklar üzerindeki araştırmaların etik açıdan değerlendirilmesi, çocukların korunması gerekliliği ve çocukların sağlık düzeyinin yükseltilmesi için araştırma zorunluluğu gibi önemli bir ikilemi içermektedir. Konuyla ilgili olarak Pappworth eşitlik ilkesine dayanan bir etik standardı önermektedir: "Eğer tasarlanan konulara özdeş ya da benzer durumlarda kişinin kendisi, aile üyeleri ya da saygı ve sevgi duyduğu herhangi birisinin denek olarak önerilmesine karşı çıkılıyorsa bu deneyler tasarlanmamalı, önerilmemeli ya da üstlenilmemelidir" (Hall, 1991). Kant'ın ünlü "eyleminin ilkesi evrensel bir ilke olsun" sözünü çağrıştıran bu standardın, tıbbi

araştırmaların bir ekip çalışması olduğu, araştırmanın kabul edilmesi kararını tek kişinin vermediği gerçeğini göz önünde bulundurmadığı söylenebilir.

Öte yandan Pappworth, bir çocuğun herhangi bir deneye onam veremeyeceğini, ana-babaların çocuğun doğrudan yararıyla ilgili olmayan bir eyleme yasal olarak geçerli onam veremeyeceğini öne sürmektedir. Sözü edilen doğrudan yarar, non-terapötik araştırma olarak adlandırılan, asıl yararın hastaya olmadığı ancak bilimsel bilginin ilerlemesi aracılığıyla gelecekteki hastaların yararının amaçlandığı araştırmalar dışındaki yaşam kurtarıcı eylemler için geçerlidir. Bundan dolayı mental yetersizliği olan hastalar, yaşlılar, ölmek üzere olanlar ve tutuklular gibi öteki denek kategorileriyle birlikte çocuklar üzerindeki araştırma "yasaklanmış"tır. Çocukluk statüsü, erişkin haklarının ve sorumluluklarının uygulanamayacağı "korunan bir statü"dür. Pearn de ana-baba ya da vekil onamının tehlikelerini kabul etmekte ve eğer çocuklar onam verme kapasitesinde iseler onlardan onam istenmesini önermektedir (Hall, 1991).

Onamla ilgili etik sorunlar yalnızca ana-babalar ve çocuklar için değil, aynı zamanda etik kurullar için de önemli ikilemler ortaya çıkarmaktadır. Adolesanlar tarafından benimsenen farklı yaşam biçimlerinin giderek artması, onam ve onay düzeylerinin her ikisi için uygun yaşın ne olabileceği konusundaki toplumsal kararı sürekli olarak değiştirmektedir. Bu etken, çocukların olgunlaşması konusundaki değişen anlayışlarla birleştiği zaman, onam sürecine çocukların katılımı üzerindeki toplumsal görüşlerinde sürekli olarak yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir (Koren ve ark., 1993).

"Onam sürecinde çocuklar nasıl korunacaktır ve onam ne zaman yeterli ve geçerli olacaktır?" sorusu yanıtlanması gereken bir sorudur. Çocuklarla ilgili araştırma hakkındaki federal düzenlemeler, araştırma protokolünde onların yer alması konusundaki kararlara çocukların katılmasına izin vermektedir. Bunlara göre ana-babalar çocuklarının araştırmaya katılmalarına izin konusunda karar verebilirler, ancak araştırma etik kurulu tarafından belirlenen yaşa ulaştıktan sonra, potansiyel deneğin onayı aranmalıdır. Günümüzde yürürlükte olan politikalar ana-babaların çocuklarıyla ilgili en yetkin kararları alacaklarına ve çocuklarının yararı için eyleyeceklerine dayandırılmaktadır. Federal düzenlemeler, küçüklerin yalnızca,

minimal riskten daha fazlasını içermeyen non-terapötik araştırmaya katılabileceklerin kesinlikle belirtmektedir. Forman ve Ladd potansiyel yararla eş olduğu kanıtlanmış olan minimal risk durumlarında nasıl karar verileceği sorusunu tartışmışlardır. Örneğin, çocuklar üzerindeki non-terapötik araştırmanın, bu araştırmanın sonuçları topluma yararlı olabilecek verileri sağladığı kanıtlandığı zaman katılım kararı neye dayandırılacaktır? (Gordon ve Bonkovsky, 1996).

ABD'deki Federal Düzenlemeler aşağıdaki durumlarda çocuğun ek olarak korunmasına gerek olduğunu dile getirmektedir:

1. Ana-babalar yeterli değilse,
2. Ana-babalar yoksa,
3. Ana-babalar moral ve sosyal açıdan"uygun olmayan duruş" içinde ise,
4. Küçükler özerk bireyler olarak karar verebilme konusunda yeterince olgunlaşmış ise (Gordon ve Bonkovsky, 1996).

Araştırmacılar, her ne kadar çocuklar kararlarını açıkça dile getirme konusunda yeterli olmayabilirlerse de, sıklıkla erişkinlerle benzer seçimleri yaptıklarını bildirmektedirler; çünkü çoğunlukla çocuklar kendi değer sistemlerini ayrıştırma yeteneğini geliştirinceye kadar ana-babalarının değerlerini almaktadırlar.

Çocukların yer aldığı tıbbi araştırmalarda aile dinamikleri belirleyici önem taşımaktadır. Gordon ve Bonkovsky "Tıbbi Araştırmalarda Aile Dinamikleri ve Çocuklar" başlıklı makalelerinde sundukları bir olgu örneği üzerinden ailenin, araştırmacıların, etik kurulun ve araştırmanın yapıldığı kurumun sorumluluklarını tartışmaktadırlar. Kapsadığı sorunların çeşitliliği bakımından olguyu gözden geçirmek ve tartışmanın temel noktalarına değinmek yararlı olacaktır.

"13 yaşında ikiz kızları olan Hall ailesinde Bay Hall aile üyelerine karşı kötü davrandığı için bir süreden beri psikiyatriste gitmektedir ve kullandığı ilaç dramatik bir iyileşme sağlamıştır. İkizlerden Barbara hiperaktivite bozukluğu tanısı almıştır. Ann ise son zamanlarda babasının önceki durumunu çağrıştıran şiddet davranışları göstermektedir. Ana-baba kızların babanın kullandığı ilacı almalarında yarar görmektedir. O günlerde Bay Hall, Araştırma Hastanesi'nde yürütülmekte olan, psikiyatrik bozukluğun şiddet davranışına eşlik edip etmediğini değerlendirmek için

planlanan ve ailelerine karşı fiziksel istismar yapan deneklerin yer aldığı bir araştırmaya katılmıştır. Araştırmacı doktorla yaptığı görüşme sonucu kızlarının da araştırma protokolüne alınması önerisinde bulunmuştur. Doktor ikizlerle yapılacak bir çalışmadan elde edilecek bilgiyle ilgilendiğini ancak protokolün bir tanı ya da tedavi vermek için düzenlenmediğini, erişkinler yer aldığı araştırmaya kızların katılması için etik kurulun protokolü değiştirmesi gerektiğini ve kızların almasını düşündükleri ilacın adolesanlarda kullanılmasının uygun olmadığını bildirmiştir. Protokolde yapılan değişiklik sonucu araştırma kapsamına alınan kızlar, doktorun araştırmaya ilişkin verdiği bilgileri umursamadan dinlemişler ve uygunsuz sorular sorarak babalarını öfkelendirmişlerdir. Etik kurul üyelerinden biri test sonuçlarından doğrudan yararlanamayacaklarını, haklarının neler olduğun ve çalışmaya katılmak için onam vermek zorunda olmadıklarını bildirdi. Bay Hall formları yüksek sesle okuduktan sonra ana-babalar ve kızlar onam formlarını imzaladılar. Ana babalar Bay Hall'ın testlerin yapılması sırasında kızlarla birlikte kalmasını önerdi ancak hastanenin klinik şefi annenin hastanede kalabileceğine karar verdi. Aile bu görüşü kabul etti." (Gordon ve Bonkovsky, 1996).

Bu olgu, klinik araştırmalara katılan çocuklarla ilgili sorunların bazılarını ortaya çıkarmaktadır:

1. Çocukların non-terapötik araştırmalara katılmalarına izin verilmeli midir?
2. Araştırma kurumu ailenin özerkliğine müdahale etmeli midir?
3. Hangi durumlarda non-terapötik araştırma için çocukların onay vermelerine izin verilmelidir ve hangi durumlarda onay etik açıdan geçerlidir?

Hall ailesi olgusunda ana-babaların aşırı isteği ve çocukların uysallığından dolayı, çocuklardan özgür onam alınarak başarılabilmiş görünmüyor. Ana-babaların güçlü isteklerinin onam sürecini etkilediği görülmektedir. Babanın motivasyonu, kullandığı ilaç aracılığıyla çare bulmuş olması ve eğer kızı kendisininkine benzer bir hastalıktan ıstırap çekiyorsa, bunu öğrenme isteğinden kaynaklanmıştır. Araştırma sonucunda, bir anlamda ilgili klinik durum hakkında genelleştirilebilir klinik veri sağlanması yoluyla topluma yarardan çok, Hall ailesi aile üyeleri için bilgi ve olanaklı tedavi araştırılmıştır. Oysa protokolün amacı, tanı koymak değil, belirli bir hastalığı olan erişkin hastalar ve kontrol denekleri arasında biyokimyasal ayrımları analiz etmektir.

Amerikan Pediyatri Akademisinin raporunda pek çok çocuğun araştırmaya katılmanın içeriğini, risklerini ve yararlarını anlayabileceği, bu nedenle çocuklarda onayın tartışılmasında özenli davranılması gerektiği belirtilmektedir. Raporda özellikle, çocuklarda onayın "akrabalık görünümleri" vurgulanmıştır. Yukarıda sözü edilen Hall ailesi olgusu, onam sürecine ciddi olarak alınmayan, katlanacakları prosedürleri henüz anlamadan dikkatleri başka tarafa çekilen ve araştırmaya katılma konusunda ana-babaların doğrudan baskısı altında olan ikiz çocukları tanımlamaktadır. Örnek olgu çocuklara açıktan baskının, onların ana-babalarıyla ilişkilerinde değişmez bir faktör olduğunu, bu durumun babanın psikiyatrik tanısının bir parçası olabileceğini, onam sürecine katılan araştırmacı ve etikçilerin bu tanıyı bildiklerini, ancak yeterince göz önünde bulundurmadıklarını göstermektedir. Ayrıca araştırmacı ve etikçilerin, Amerikan Pediyatri Akademisi tarafından önerilen "etkileşim süreci bilgi ve değerlerin paylaşılması ve ortak kararlar alınmasıdır" görüşüne değil, onam formlarının imzalanmasına odaklandıkları görülmektedir. Bu demektir ki, bürokratik düzenek işletilmekle birlikte, akrabalık ilişkisi olan bireylerin etkileşim süreci yeterince göz önünde bulundurulmamıştır (Robinson, 1996).

Riskler ve yararlar anlayışı çerçevesinde verilen onam geçerli olmaktadır. Bununla birlikte, aşırı hevesli ana-babalar ve uysal çocukların varlığında, bu anlayış yeterli olmayabilir. Akrabalık spektrumunun zorbalık ve boyun eğme gibi aşırı uçlarının söz konusu olabileceği durumlarda koruyucu önlemlerin kaygan bir zemin oluşturabileceği açıktır. Yerel etik kurulların onam sürecini etkileyen bütün etkenleri göz önünde bulundurması gerekmektedir.

7. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA ZARAR, YARAR VE RİSK

Çocuklar üzerindeki araştırmalar, çocukların sağlığı ve hastalığı konularında bilgi edinmenin tek yöntemi olarak çocuklara yarar sağlamakla birlikte, kimi durumlarda araştırmada yer olan çocuk ya da çocuklar için belirli düzeylerde risk ya da zarar getirebilmektedirler. Çocukların, tıbbi araştırmalardan en az risk ve zarar görmeleri ve olanaklı en çok yarar sağlamaları için, önerilen araştırmanın çocuğa getireceği zarar, yarar ve risklerin doğru değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bölümde, öncelikle zarar, yarar ve risk kavramlarının araştırma bağlamındaki anlamları çözümlenecek, daha sonra bu çözümleme temelinde zarar-yarar oranı ve risk değerlendirmesi farklı yaklaşımlar ışığında ele alınacaktır. Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmaların etik açısından savunulabilir olmasında kullanılan ve/veya kullanılması önerilen standartlar da, bu başlık altında tartışılacaktır.

7.1. Zarar ve Yararın Belirlenmesi

Zarar ve yararın belirlenmesi, ilgili kavramların anlambilgisel çözümlemesinin yanı sıra ve onun ötesinde, tıbbın uygulamalı bilim olması nedeniyle hangi girişimlerin ne ölçüde zarar ya da yarar içerdiğinin bilinmesini gerektirmektedir.

7.1.1. Zarar

Zarar, kişinin istenmeyen ve hoşa gitmeyen biçimde rahatsız edilerek fiziksel, mental ya da sosyal olarak yaralanması olarak tanımlanabilir. Zarar ya da rahatsızlık, geçici ya da sürekli, hafif ya da şiddetli olabilir; bazı durumlarda da ölümcül zararlar ortaya çıkabilir. Söz konusu zarar genel olarak toplumu ya da araştırmaya doğrudan katılanları; örneğin araştırmacılar, çocuklar, ana-baba ve/veya vasileri etkileyebilir.

Araştırmacılar çalışmalarında iğne ya da kimyasal madde vermek yoluyla araştırma deneklerine zarar verebilirler. Eğer bir araştırma yöntemi, çocukta ağrıya neden oluyorsa iyi açıklanamayabilir ya da çocuğun bilgi konusunun ötesindedir. Çocuğun acı duymadan zarar gördüğü bir durumun belirlenmesinde de benzer güçlükler ortaya çıkabilir.

Ana-babalar ve bakıcılar, çocuklarının ve hastalarının zarardan korunmasından sorumludurlar. Bebekler ve çocuklarda, her tür zararı önceden kestirmek ya da önlemek hemen hemen olanaksızdır, normal büyüme ve gelişmenin bir sonucu olarak zararın bazı derecelerinin kaçınılmaz olduğu kabul edilir. Bu çerçevede çocukların yer aldığı araştırmalarda, çevre koşulları ve büyüme gelişme gibi etkenlere bağlı olarak daha fazla zarar ortaya çıkabilir. Bu zarar ağrı, fiziksel hasar, psikolojik sekel, sosyal ya da moral zarar, hatta ölüm biçiminde kendini gösterebilir.

Araştırmacılarda, araştırmanın yürütülmesi sırasında ya da herhangi bir araştırma yöntemi konusunda güven kaybı olabilir. Üzerinde uzlaşılmış olan araştırma protokolü doğru olarak yürütülmezse, araştırmacılar bilimsel açıdan zarar görebilir. Önerilen bir araştırma projesinin zarar/yarar oranının hesaplanmasında, araştırma girişiminin araştırmacılara getireceği olası zararın da dikkate alınması gerekir. Bu nedenle, önerilen bir araştırma protokolünün zarar/yarar oranının saptanması oldukça önemlidir.

Ağrı, özelleşmiş sinir uçlarının stimülasyonu sonucu ortaya çıkan anormal sıkıntı, acı ya da ıstırap duyusu olarak tanımlanabilir. Son zamanlara kadar bazı araştırmacılar, yeni doğanlar ve küçük çocukların, periferden serebral kortekse doğru stimulus iletiminde yetersizlik gösteren gelişmemiş sinir sistemi nedeniyle, ağrının farkında olamayacaklarını öne sürüyorlardı. Ancak son çalışmalar, gününde doğan bebeklerde anatomik, fizyolojik ve nörokimyasal yapılar ve substratların ağrı iletimi bakımından iyi geliştiğini ve yeni doğanların bilişsel olarak öngörülebilir biçimde yanıtlamaya oldukça yetenekli olduklarını göstermiştir. Öte yandan, sıklıkla yeni doğanda ağrının belgelenmesi yalnızca öznelliğe dayanmaktadır. çünkü bebekler hoşa gitmeyen stimuluslardan uygun olarak geri çekilme ve dile getirme bakımından yetersizdirler.

Araştırmaya katılan çocuklara araştırma sırasında fiziksel zarar vermenin en yaygın biçimi, bütün yeni doğanlarda hipotiroidizm ve fenilketonüri gibi tedavi edilebilir hastalıkların taramasında rutin olarak yerine getirilen kapiller örnekleme işlemidir. Benzer biçimde, ven ponksiyonu kısa süreli ağrıya yol açan rutin bir prosedürdür. Ekimoz, lokal hematom ya da bir yerdeki infeksiyon fiziksel zararla sonuçlanabilen öteki zarar çeşitleridir. Çocukların yer aldığı araştırma, onlarda emosyonel ya da psikolojik zarara yol açabilmektedir. Bir deneme prosedürü sırasında ana-babadan

ayrı kalma, okul ya da arkadaş çevresinden yoksun olma, hastaneye yatırılma ya da spesifik bir projeye katılma emosyonel bakımdan yorucu olabilmektedir. Çocuk için, araştırma koşulları ve çevresi yabancı ve zaman zaman "düşmanca" olabilmekte; araştırmacılar ve personel gereğinden fazla sistemli ya da aceleci davranabilmektedir. Bunların yanı sıra, test materyali, mutlaka çocuğun yanıtlarını gerektirebilmekte ya da korkutucu ve daha önceki hoş olmayan uygulamalarla çağrışım yaptırıcı olabilmektedir.

"Çocukların yer aldığı araştırmalarda ağrı, fiziksel ya da psikolojik zararı azaltmak olanaklı mıdır"? sorusu mutlaka sorulmalı ve yanıt alınmalıdır. Bu bağlamda, örneğin çocuklarda yapılan kapiller örneklemede ağrı ve fiziksel zedelenmeyi azaltıcı yeni teknikler geliştirilmiştir. Yeni topikal anestetik ajanlar ven ponksiyonu bölgesindeki deriye uygulandığı zaman ağrıyı önemli miktarda azaltmaktadır. Bir başka örnek, pediyatrik hasta grubunda kullanılmak üzere geliştirilen belirli bir ilacın farmakokinetiğinin incelenmesidir. Toksik dozları erişkin verileri temel alınarak hesaplanan ilaçlar, çocuklarda kullanıldığı zaman toksisitesi ortaya çıkabilmektedir. Farmakokinetik çalışmalar yinelenen ven ponksiyonlarının yapılmasını gerektirmektedir. Yeni çalışmalar, bir kan örnekleminde ven ponksiyonuyla alınan bir kaç örnekle aynı zamanda medikal tanı testlerinin yapılabileceğini ve bunun çocuğa ek zarar getirmeyeceğini göstermektedir (Miller, 1993, s.: 29).

Çeşitli çalışmalar, ven ponksiyonu için çocuğun hazırlanmasının, anksiyete ve sonraki fiziksel etkilerin düzeylerini anlamlı olarak azaltabildiğini göstermiştir. Rodin, ven ponksiyonu için hazırlanan 3 gruptaki pediyatrik araştırma denekleriyle çalışmıştır; ilk grup araştırma yöntemine göre ven ponksiyonu sürecine katılmış, ikinci grup sıradan oyuna angaje edilmiş ve sonuncu grup etkinlikte rol almamıştır. Araştırmada denek olan birinci gruptaki çocukların bekleme salonunda anksiyete düzeylerinin arttığı, ancak çoğunlukla işbirliği sırasında fiziksel zarar ya da psikolojik yan etkilerin olmadığı ya da küçüldüğü, ancak işbirliği kurulmayan öteki iki grubun sürekli ağladığı ve baştan sona kadar gergin olduğu görülmüştür.

Zarar sonucunun, normal yaşam deneyimlerinin bir bileşeni ya da araştırma çalışmasının bir komponenti olup olmadığını öngörmeye yarayacak test ya da yöntemin güvenilir bir formülü yoktur. Örneğin 1 yaşını doldurmuş bir çocuğun

yardımsız yürümeyi öğrenirken düşmesi ve ekstremitesinin zarar görmesi oldukça büyük bir olasılıktır. Zararın derecesi genellikle minimal ya da önemsizdir. Ancak bazı çocuklar, görünüşte önemsiz olan zararın çocuk için anlamlı bir etkisi olduğundan, bu kazayı izleyen haftalar ya da aylarda yardımsız yürüme girişimini reddedebilirler. Buna karşılık, serebral palsili hareketsiz okul öncesi bir çocuğun bacak spastisitesini azaltacak ve bundan dolayı mobilitesini düzenleyecek yeni bir ilacın etkinliğinin test edileceği bir araştırma protokolüne katılması öngörüldüğü zaman, söz konusu çocuk için, bir yere düşmekten doğan zarar normal bebeklere göre daha fazla olabilir. Koruyucu reflekslerle normal çeviklikten yoksun olduğu için, ekstremite kırığı gibi fiziksel zararların görülme olasılığı daha büyüktür.

Her çocuğun öngörülemeyen yeni bir duruma tepki vereceği açıktır. Bir araştırma çalışmasının olumsuz bir sonucu olarak bazı çocuklarda kabus görme, uykusuzluk, fobiler ve diğer psikolojik sekeller oluşabilmekte iken, öteki çocuklar bunların hiçbirini yaşamayabilir. Yeni doğan ve küçük bebekler üzerindeki bellekle ilgili çalışmalarda, tekrarlanan girişimlerin eninde sonunda büyük psikolojik ve emosyonel sonuçları olabilen şiddetli ağrı yaşantılarına neden olduğu görülmüştür. Bundan dolayı, bebekler ya da çocuklar için tasarlanan ve ağrı ya da zarar oluşturabilme riski olan herhangi bir prosedür ya da araştırma çalışmasının tıpkı bir erişkindekine benzer streslere ve duygulanımlara yol açabileceği dikkate alınmalıdır. Çocukların katıldığı bir araştırma protokolünün planında, minimal zararı (ağrı, anksiyete, zedelenme) önleyici her girişimin varolması gerekir. Bu tür istenilmeyen zararların ortadan kaldırılması ve seçenek araştırma yöntemlerinin geliştirilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir.

Yukarıda sözü edilen kaygıların dikkate alınması sonucunda, Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, zararın dört farklı düzeyini belirlemiştir.

1. İhmal edilebilir zarar: Konuyla ilişkilendirilemeyecek ya da konu dışı olan, hastaya yararı yalnızca olasılık düzeyinde olan, kullanılmadığı durumda atılabilecek olan doku örneğinin kullanılması; elde edilen bilgilerin özgün biçimlerinin, sorumluların izniyle kayıtlardan ya da tablolardan yeniden gözden geçirilmesi ihmal edilebilir zarara yol açabilir.

2. Minimal Zarar: Kısa süreli rahatsızlık ve ekimoz gibi geçici yüzeyel değişiklikleri kapsayan araştırmalar, rutin kapiller kan örneğinin araştırmada kullanılması, ven ponksiyonu, mesaneden idrar biriktirilmesi bu grupta sayılmaktadır.
3. Orta derecede zarar: Arteryel ponksiyon; spesifik hazırlık gerektiren ve ven ponksiyonundan daha büyük düzeyde ağrıya neden olan prosedürler; hastaya çok büyük sıkıntı verebilen ya da önemli emosyonel dalgalanmaya yol açabilen prosedürler bu grubu oluşturur.
4. Gerçek (önemli) zarar: Renal biyopsi gibi spesifik hazırlık gerektiren ve maksimum düzeyde ağrı, sıkıntı, emosyonel bozukluğa yol açabileceği var sayılan prosedürler (Miller, 1993, s.: 30).

Herhangi bir araştırma deneğine gelecek potansiyel zararın büyüklüğünü değerlendirmek için, hangi girişimlerin ne derece zarara yol açtığının bilinmesine ek olarak iki faktörün daha göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bunlardan ilki, yürütülmekte olan prosedürde zararın derecesinin kişinin çevre koşullarına ve işleyen prosedüre ilişkin deneyimlerine yakından bağlı olmasıdır. Örneğin ekokardiyogram işleminin, önceden böyle bir prosedürle ya da hastane ortamıyla karşılaşmamış olan çocuk için, potansiyel olarak daha büyük zarar getirebileceği kabul edilebilir. Ekokardiyogramlara alıştırılmış küçük bebek ve çocukta ya da sıkıntının ve hafif huzursuzluğun nedenini anlayabilen daha büyük bir çocukta özellikle bu prosedür rutin olarak yürütülüyorsa, potansiyel olarak zararın küçük olabileceği varsayılmaktadır.

İkinci olarak, "zarar" nesnel ya da öznel olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle örneğin, geçici ağrıyla birlikte olan tek bir ven ponksiyonunun zararı, araştırmacı tarafından nesnel olarak "önemsiz" biçiminde değerlendirilebilirken; çocuk ya da erişkin hasta, önceki deneyimlerin uslamlanması, kültürel bakış açısı ya da bazı başka düşüncelere bağlı olarak zararı "potansiyel" ya da "gerçek", "orta derecede" ya da "daha büyük derecede" olarak algılayabilecektir.

Bir araştırma prosedürüne katılan çocuklarda zararın değerlendirilmesi konusunda araştırmacının ilk işi, herhangi bir zararı dikkatli ve olabildiği kadar nesnel olarak ölçmesidir. Araştırma etik kurulu benzer bir değerlendirmeyi yürütmek ve çocuk ve

/veya ana-babalarla yasal vasilere araştırmaya katılımın potansiyel zararlarının açıkça anlatılmasını sağlamak zorundadır. Çocuk ve /veya ana-baba ya da vasi, bu bilgilendirmeden sonra belirli türde, büyüklükte ve olasılıkta ortaya çıkabilecek zarara yol açabilirliği öngörülen prosedüre katılıp katılmayacağı konusundaki kararını vermelidir (Miller, 1993, s.: 31).

7.1.2.Yarar

Yarar kavramı; "iyi", "çıkar", "iyiliğe neden olmak", "iyilik üretmek", "mutluluk ve refah oluşturmak" biçiminde tanımlanabilir. Zarara benzer biçimde yarar da, geçici ya da sürekli, küçük ya da büyük, doğrudan ya da dolaylı olabilir. Çocukların katıldığı araştırma etkinliği bakımından yarar, birey olarak çocuğa, çocukların bir grubuna ya da bir grup olarak çocuklara sağlanabilir. Toplum, bilimsel olarak geçerli ve etik olarak yürütülen bir araştırmadan her zaman yarar bekleyecek olsa da, araştırmadan çıkan sonuçların spesifik sosyal yararının hesaplanması güçtür. Çünkü araştırma, özünde tam olarak bilinmeyenin araştırılmasını ve açığa çıkarılmasını amaçladığı için, ileride gözlemlenebilecek öteki yararlarla birlikte, "şimdi" için belirli avantajlar üretebilir. Ortaya çıkan gözlenebilir yararların nereden kaynaklandığı, kökeninde tek bir nedenin olup olmadığı kolayca tanımlanamayabilir; bir başka deyişle yarar sonucuyla nedeni arasında nedensel ilişki kurulamayabilir. Değerli bir araştırmanın öngörülen sonucu, sosyal yararla ilişkili olduğu ölçüde yapılan değerlendirme pozitif olmalı, ancak büyüklüğü titizlikle hesaplanmış olmalıdır. Ancak, çocukların yer aldığı araştırmaların, onlardan daha fazla, topluma bir yararının olması "rastlantısal" olmalıdır. Araştırma aktivitelerine çocukların katılımı için en uygun gerekçe, birey ya da grup olarak çocuğa yarar olmalıdır.

Bu koşullarda, araştırma çeşitli bireylerin yararına sonuçlanabilir. Örneğin, araştırmacı buluşunun bir sonucu olarak dolaylı yarar sağlayabilir, buluşu meslek yaşamının tanıtımı için bir temel oluşturabilir. Araştırma deneği, bilginin araştırılmasına katkıda bulunmaktan kaynaklanan kendilik değerinin artması duygusunu yaşamaktan dolayı, araştırmaya katılımdan dolaylı olarak yararlanabilir. Aynı zamanda birey, araştırma deneği olarak tedavi alan randomize grup içinde yer aldığı zaman, çalışmanın daha geç dönemde kendisine ulaşabilecek olan

sonuçlarından yararlanarak araştırmaya katılımdan doğrudan yarar sağlayabilir. Ancak "doğrudan" yarar, ana amaca ve araştırmanın yararına ikincildir, çünkü asıl amaçlanan genelleştirilebilir bilginin artmasıdır. Bu gibi durumlarda zararın algılanması ile yararın algılanması öznel ya da nesnel olarak değerlendirilebilir.

Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, araştırma deneği olan bireylere yapılan açıklamada hem doğrudan hem dolaylı yararın dile getirilmesini önermektedir. Bu öneride, birey olarak araştırma deneklerine olan yararın sınıflandırılması, zararın büyüklüğünün tanımlanmasında daha önce kullanılan genel kategorilere uygun olarak şu biçimde yapılmaktadır:

- İhmal edilebilir yarar
- Minimal yarar
- Orta derecede yarar
- Gerçek (önemli) yarar.

Yukarıda dile getirilen yarar düzeylerinin bir belirsizlik içerdiği düşünülebilir. Bu noktada "hangi yarar için hangi zarar?" sorusu kaçınılmaz biçimde önem kazanmaktadır; soruya verilebilecek yanıt dengeleyici bir düzenlemenin yapılmasına katkıda bulunabilecektir. Burada genel olarak çocukların ve belirli çocuk gruplarının yararının değerlendirilmesi, bir başka deyişle dolaylı yararın hesaplanması için bazı ciddi girişimler gereklidir, hatta dolaylı yararın kestiriminin, birey olarak araştırma deneklerine zarar vermeme/iyilik dengesinin maksimize edilmesi gibi bir etik gereklilikle birleştirilerek yapılması zorunludur (Miller, 1993, s.: 31-32).

Yararın değerlendirilmesinde benzer nitelikte bir başka soru "çocukların yer aldığı araştırma gerçekten onlara yarar sağlar mı?" biçiminde dile getirilebilir. Soruyla ilgili olarak Hyalin Membran (HMD) Hastalığı'na yönelik bir araştırma, bazı ipuçları verebilecektir. Prematüre doğan bebeklerde önemli bir pulmoner hastalık olan HMD, tip 2 alveolar hücreler tarafından sentezlenen surfaktanın yetersizliği nedeniyle akciğerlerin kollabe olmasıdır. Vücuda oksijen dağılımının azaldığı ve hastada ağır bir dispnenin geliştiği HMD, yenidoğan ölümlerinin önemli bir nedenidir. 1968'de yapılan bir araştırmada yenidoğan ölümlerinin %19'unun HMD'e bağlı olduğu gösterilmiştir. HMD'li bebekler üzerindeki araştırmalar, sürekli

(+) havayolu basıncı kullanılmasının tedavi edici olduğunun saptanması ve ventilatör desteğin daha işlevsel tekniklerinin geliştirilmesi ile sonuçlanmıştır. Son zamanlardaki araştırmalarda kortikosteroidlerin tip 2 hücrelerden sürfaktan sentezini hızlandırdığı, prematüre doğum ağrıları olan anneye doğum öncesinde verildiği zaman hastalığın insidansında ve şiddetinde azalmaya yol açtığı belirlenmiştir. Günümüzdeki araştırmaların ise, yüksek risk gelişimi olan bebeklere eksojen surfaktanların verilmesi ve hastalığın gelişimi ile ilgili konulara yönelik olduğu dile getirilmektedir.

Prematüre bebeklerin sağ kalım oranları, HMD için uygun tedavinin ve erken korunma tekniklerinin geliştirilmesiyle sonuçlanan araştırmalara bağlı olarak düzenli biçimde artırmaktadır. Benzer biçimde Quebec'te yapılan çalışmalar geçmiş 2 dekat öncesine göre HMD'e bağlı ölüm oranlarında dramatik azalma olduğunu göstermektedir.

İkinci olarak, çocukların bakımında başlanan tedavinin, bu tedavi öncesinde dikkatli olarak planlanan bir araştırma ve sonuç değerlendirmesinin olmaması nedeniyle çocuklarda büyük zarara yol açmış olan çalışmalardan söz edilebilir. Bu tez bağlamında önceki bölümlerde dile getirilen ve prematüre bebeklerin periyodik solunumu için yüksek düzeyde oksijen kullanımına bağlı olarak gelişen prematüre retinopatisi olguları anımsanmalıdır.

Sonuç olarak; çocukların yer aldığı uygun araştırmanın çocukların bakımında eşsiz yarar sağladığının ve uygun araştırmanın yokluğunda çocuklara zararla sonuçlanabildiğinin bir çok kanıtları vardır (Miller, 1993 s.: 12).

7.1.3. Zarar-Yarar Oranının Değerlendirilmesi:

Tedaviyle birlikte olan araştırmalar, bazı durumlarda yüksek düzeyde yararla sonuçlanabilir. Beklenen yarar, çoğunlukla risk düzeyinden daha önemli olsa da yaşam kurtarmaya yönelik cerrahiler ve ilaç kullanımında yüksek risklere girmeye izin verilmektedir. Kanıtlanmış olduğu varsayılan yarar ve zararın, aynı zamanda ölçülebilir ve karşılaştırılabilir olması gerekir. Ağır hasta çocuklar ve erişkinlerin karşı karşıya kaldığı sıkıntı verici ikilemler, eğer zarar ve yarar konusundaki terimler aydınlatılmış ise umudun sürdüğü bir araştırma olarak görülebilir ve onlara özenle

yaklaşılabilir. Bu bağlamda ciddi risk ve tedavi olasılığının birlikte olduğu denenmemiş tedaviler bile göz önünde bulundurulabilecektir. Hasta daha kötü durumda ise, zarar ve yarar değerlendirmesi öteki sorgulanabilir konulardan daha büyük önem taşımaktadır. Örneğin çocuklardaki kalp hastalıkları sonucu ortaya çıkan ailelerdeki ölüm korkusu, tedavi ekibini yüksek riskli buluşlara başvurma konusunda baskılamakta ya da yüreklendirmektedir. Bu nedenle zarar-yarar değerlendirmesinde hangi ölçütlerin kullanılacağı ya da hangi yöntemlerin uygulanacağı oldukça önem taşımaktadır (Alderson, 1992).

Zarar-yarar oranının " kabul edilebilir" olup olmadığının belirlenmesi için pek çok etkenin ele alınması gereklidir. Bu değerlendirmede yalnızca zarar ya da yararın büyüklüğünün ya da onlar konusundaki olasılığın büyüklüğünün hesaplanması değil, ama aynı zamanda çocukların yer aldığı araştırma protokollerinin etik açısından kabul edilebilirliğinin değerlendirilmesinde uygulanan olasılık, zarar ve yarar konusundaki ölçütlerle ilgili temel sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu konuda araştırma etik kurulları tarafından kullanılabilecek çeşitli yöntemler vardır. Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, çocukların değeri ile ilgili görüşleri çerçevesinde "onların zarardan korunması gerekliliği, yarar sağlama ve kendi grupları arasında ve erişkin popülasyonla karşılaştırıldığında hakça tedavileri" adına belirli prosedürlerin sınırları için bir model geliştirmiştir. Kabul edilen öncelikler şunlardır:

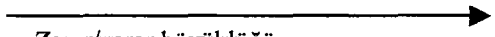
1. Dolaylı yararla karşılaştırıldığında doğrudan yarara daha fazla ağırlık ve önem verilmelidir.
2. Bireysel yarar, bireysel zarara göre daha büyük önem taşımalıdır.
3. Zararın büyüklüğü, onların olasılığından daha çok dikkate alınmalıdır.

Grafik formda X ekseni boyunca potansiyel zararın ve yararın büyüklüğünün (ihmal edilebilir, minimal, orta, şiddetli) hesaplanması ve Y ekseninin üzerinde ise zarar ve yararın ortaya çıkma olasılığının hesaplanması yer almaktadır.



Zarar/yarar olasılığı

	İhmal ed.	Minimal	Orta	Şiddetli
Şiddetli				
Orta				
Minimal				
İhmal ed.				



Zarar/yarar büyüklüğü

Bu model birey olarak çocuğa, çocukların bir grubuna ya da grup olarak çocuklara yararın ve zararın kestiriminde de kullanılabilir (Miller, 1993, s.: 35).

Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, yukarıdaki modeli göz önünde bulundurarak çocukların yer aldığı araştırmada, zararın değerlendirilmesiyle ilgili ölçütlerin belirlenmesini kararlaştırmış, bunları 4 kategoride sınıflandırmıştır. Kategoriler aşağıda yer alan şemada gösterilmektedir. İlk 3 kategori için araştırma etik kurulunun onayının olduğu varsayılmaktadır.

1 -Araştırmada çocukların yer almasına şu durumlarda izin verilmelidir. a) ihmal edilebilir derecede zarar olasılığı ya da b) Zararın derecesinin ihmal edilebilir olasılığı. Araştırmanın genel olarak çocuklara ya da spesifik bir çocuk grubuna yararlı olacağı beklense de, çocuğa doğrudan yarar olması gerekmeyecektir.

2 - Bütün olarak çocuklara ya da çocukların spesifik bir grubuna doğrudan ya da dolaylı yararın daha büyük olasılık taşıdığı durumlarda, minimal zarar olasılığı varsa çocukların araştırmaya katılmasına izin verilmelidir. Bu durumda birey olarak çocuğa doğrudan yarar gerekmeyecektir.

3 - Araştırmaya katılan çocuğun doğrudan yarar olasılığının büyük ve önemli olması karşılığında; a) Orta derecede zararın minimal ya da daha büyük olasılığı ya da b) Minimal ya da orta derecede gerçek zarar olasılığı söz konusuysa çocuğun araştırmada yer almasına izin verilmelidir.

Araştırma etik kurulunun onayı olsa bile, çocukların katılımına izin verilmemesi gereken durum ise, 4. Kategoriyi oluşturmaktadır:

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

4 - Araştırmanın gerçek zararın büyük olasılığını taşıdığı durum. Olağandışı durumlarda, birey olarak çocuğun yararı, gerçek zararın büyük olasılığına gerçekten ağır basıyor görünüyorsa, araştırma dikkate alınabilir. Bunun göz önünde tutulması için, yararın büyüklüğünün yaşam kurtarıcı tedavi ya da şiddetli gelişimsel geriliği önlemeye yönelik olması gereklidir (Miller, 1993, s.: 36).



Çocukların yer aldığı araştırmalarda zarar/yarar değerlendirmesi, birey olarak çocuğun zarar/yarar değerlendirmesine çevrildiği zaman konunun kritik denge noktası durumuna gelmektedir. Çocukların belirli bir grubuna, bir grup olarak çocuklara ya da genellikle topluma sağlanacak yarar, çocuğun bir araştırma prosedürüne katılmak yoluyla ciddi bir zararla karşı karşıya bırakılmasını haklı çıkarmaya yeterli değildir. Bir araştırma prosedürü, yalnızca araştırma katılımcısı olarak çocuk bireyin karşı karşıya olduğu zarar/yarar dengesinin elverişsizliğine göre "kabul edilemez" olarak nitelendirilir.

Çocukların iyi sağlık bakımı koşuluyla kabul edilebilir olan prosedür, çocukların yer aldığı araştırmaların yürütülmesinde de potansiyel kabul edilebilir prosedür olarak göz önüne alınmalıdır. Gerçekten, çocukların tedavisi ile çocukların yer aldığı araştırma arasında temel amaç açısından bir fark vardır. Ana-babalar "tedavi" çerçevesi içinde, zarara neden olabilecek bazı prosedürlere (bağışıklama, hematolojik çalışmalar için kan alınması, idrar biriktirilmesi, gelişimsel değerlendirmede kullanılan psikolojik testler ve gizli verilerin toplanması ve depolanması) izin verirler. Oysa aynı düzeyde zararlı olabilecek uygulamalar, onam ve izin olsa bile, "araştırma" çerçevesinde iseler, kabul edilemez bulunurlar.

Özellikle çocukların yer aldığı araştırmalarda, araştırma konusundaki zarar/yarar dengesi sorunu, etik değerlendirmelerin en zor yapıldığı konudur. Bu nedenle her araştırma etik kurulunun, çocukların yer aldığı araştırma prosedürleri konusunda zarar/yarar oranının etkin olarak değerlendirilmesi için kendi ilkelerinin oluşturulmasının bir yolu olarak, sezgisel "denge" yaklaşımından çok, bazı sistemli prosedürleri uygulamaya geçirmesi gerekmektedir.

7.1.4. Zararın Karşılanması

Bir araştırma deneği olarak, araştırmaya katılmanın karşılığının ne olacağı özellikle sorunsaldır. Katılıma eşlik eden masraflar, zaman kaybı ve katlanılan güçlüklerin karşılanması uygun olabilmekle birlikte, katılıma ilişkin olarak adaletsiz biçimde toplumun belirli bir bölümüne karşılık ödenmesinden kaçınılması gerekir. Zararın karşılanması, katılıp katılmama kararında özerk seçim öğesini ortadan kaldıracak nitelikte ve derecede olmamalıdır. Özellikle kendi adına karar verme yeteneği olmayan çocukların denek olduğu araştırmalarda, zararın karşılanması konusu çocuk ana-baba ve/veya vasi ve araştırmacı açısından sorun olmaktadır. Örneğin, araştırmaya katılan çocukların oyuncaklarla ödüllendirilmesi sık karşılaşılan bir uygulamadır, bunun çocuk istismarcılarının klasik davranışını andırdığını ileri sürenler fazla yandaş bulamamıştır. Asıl üzerinde durulması gereken, ailenin işgücü ve zaman kaybının yerine konulmasında tutulacak yolun ne olduğudur. Araştırmaya katılıma ilişkin özendirmede dikkatsiz davranılması kolaylıkla çocuğun zararına yol açabilmektedir. Sack ve arkadaşlarının 1995'de katılımcı başına 50 dolar ödedikleri

araştırma, yoksulluk içindeki mültecilerin bunu nasıl reddedebilecekleri sorusunu akla getirmektedir (Sabuncuoğlu, 1998). Bu bağlamda, ana-babalar ya da vasilerin izin vermesi sonucu araştırmaya katılan bağımlı bir çocuk üzerinde ıstırap verici ya da invaziv girişimlerden sakınılması önem kazanmaktadır. Bu tür durumlarda, yalnızca bağımlı deneğin en iyi çıkarının gözetilmesi yeterince sorun giderici olmamaktadır (Kauffman ve Kearns, 1992).

Konuya ilişkin farklı bir bakış açısını gündeme getiren Kanada Psikiyatri Birliği, toplumun, araştırma sırasındaki zarar ya da yan etkilerden acı çeken gönüllüler için, zararın karşılanması konusunda bazı düzenlemelerin oluşturması gerektiğini öne sürmektedir. Yoğun bir tartışma yaratan öneri; tıbbi araştırmaya isteyerek katılan ve bunun bir sonucu olarak olumsuz etkilerden ıstırap çeken kişiler için kusursuz sigorta yapılması gerektiğidir. Kuşkusuz sigorta dışında başka yöntemler de bulunabilir. Bu temel anlayış ötekilerin yararı için isteyerek gönüllü risk alan insanların, olumsuz sekel yükünü tek başlarına taşımak zorunda kalmamalarının sağlanmasıdır (Milliken, 1993).

7.2. Riskin Değerlendirilmesi

Bir araştırma projesiyle ilişkili olarak risk değerlendirmesi, bir anlamda öngörülen zarar ve yararın olasılık düzeyinde ele alınması olarak nitelendirilebilir. Çocuklar üzerindeki araştırmalar söz konusu olduğunda, bu değerlendirmenin yapılması önem kazanmaktadır; riskin gerçek zarara dönüşmesi, ancak doğru bir risk değerlendirmesi ile önlenebilir.

7.2.1. Araştırma Riski

Her etkinliğin, katılımcılarına bazı riskler getirebileceği ve tıbbi araştırmaların da bu genel kuralın dışında tutulamayacağı söylenebilir. "Risk" kavramı çoğunlukla, "asla ortadan kaldırılamayacak olan bazı zararların, ortaya çıkış olasılıklarının artması" olarak açıklanmaktadır. Olasılığın genel felsefi yorumu bağlamında "riskin yok edilmesi" demek, etkinlikle ilişkili olan zararın "sıfır"a doğru azaltılması anlamına gelmektedir ki; klinik araştırmalarda bu tür bir sonuç neredeyse olanaksızdır. Bu

nedenle de katılımcılar için hiçbir zaman mutlak güven sağlanamamaktadır. William Clark, günümüzdeki güven oluşturmaya yönelik çabalarla, 16 - 17. yüzyılların Avrupalı cadı avcıları arasında imalı bir analoji kurmakta ve "ben bir cadı değilim; risk taşımam" diyen bir deneysel gözlemin olamayacağını dile getirmektedir. Bu durumda, kaçınılmaz olarak "araştırma risklerinin etik açısından sınırları nelerdir?" sorusu gündeme gelmektedir.

Standart tedavi ile denenmemiş tedavinin karşılaştırıldığı klinik deneylerde, denekler açısından beklenen yararı haklı çıkaran bir risk söz konusu ise ya da olası risklere göre beklenen yararın düzeyi en azından standart girişimlerin sunduğu kadar deneklerin çıkarına ise, araştırma riskinin kabul edilebilir düzeyde olduğu dile getirilmektedir.

Günümüzde aydınlatılmış onam doktrini, araştırma risklerinin etik açısından irdelenmesinde önemli bir dayanak noktası oluşturmaktadır. Araştırmanın risk ve yararlarını anlama kapasitesine sahip olan deneklerin, onam vermek aracılığıyla gönüllü olarak bu araştırma risklerini kabul ettikleri varsayılmaktadır. Buradaki temel yaklaşım, "aktiviteye razı olan kişiye, o aktivite tarafından zarar gelmez" ("volenti non fit injuria") biçiminde dile getirilen yasalara girmiş bir özdeyiş niteliğindedir (Freedman ve ark., 1993).

Ancak bu anlayış; bebekler, küçük çocuklar ve doğuştan zihin özürlüler gibi kesinlikle onam verme yeterliğinde olmayanlar için çözüm getirmemektedir. Bu tür durumlarda, bir klinik araştırmaya yetersiz bireylerin asla katılmaması önerilebilir. Söz konusu önerinin göz önünde bulundurulmaması ve belirlenen eşiğin altına düşen bazı küçük risklere izin verilmesi, onları "terapötik yetimler" durumuna düşürmek ve giderek daha büyük riskler için gerekçe yaratmakla sonuçlanabilecektir.

7.2.2. Risk Kavramı

Risk alma günlük bir fenomendir ve bir çok durum ve biçimlerde ortaya çıkabilir. Risk, günlük kullanımda "şansa ya da tehlikeye açık olma olasılığı" biçiminde tanımlanabilirse de, bundan daha fazla anlam taşımaktadır. Bu bağlamda "risk" etkinin karşılıklı ya da ardışık yönde geçersizleşebileceği anlamını örtük olarak içermektedir. Başka bir deyişle, bir plan ya da mesajın farklı düzeyleri ile karşı

karşıya gelme durumunda, şansı artırmaya ya da azaltmaya yardım edebilir. "Risk" kavramı, özellikle terapötik araştırmada, öngörülemeyen tehlikeler, zararlar, bedeller ve araştırma deneklerine rahatsızlık gibi bileşenleri içeren örtülü bir kavramdır. Risk olasılığının ölçülebilirliğine karşın, riskin şiddeti, kişilere göre farklı değerlendirilmektedir. Bu nedenle riskin göreceli bir kavram olduğundan söz edilebilir. Örneğin yeni bir tedavi, sağlıklı bir kişide denendiği zaman risk düzeyi çok yüksek görülebilir; araştırma deneği son derece hasta ve tedavinin yardımcı olma şansı az olduğu zaman, aynı düzeydeki risk öncekiyle karşılaştırıldığında çok daha az görülebilir. Öte yandan sağlıklı bir kişinin, zaten hastalık nedeniyle güçsüzleşen birine göre, risklere daha iyi karşı koyabileceği ve şiddetli hastalığın zararlarına katlanabileceği ileri sürülebilir (Alderson, 1992).

Zararı öngörme çabaları bir araştırma projesinin etik bakımından uygunluğunun değerlendirilmesinde önemlidir. Potansiyel zararın ortaya çıkma olasılığının (ya da riskinin) hesaplanması ve olasılığı en aza indirecek yeterli planlamanın olabildiğince buna eşlik etmesi çabası da aynı derecede önemlidir. Araştırma aktivitesine çocukların katılımının değerlendirilmesinde her ikisinin de özel bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

Bir araştırma projesine katılım sonucu gerçekleşecek olan zararın olasılık değerlendirmesini yapma girişiminde, çok genel olarak risk alma doğrultusundaki sosyal davranışları gözden geçirmek önemlidir. Örneğin, toplum, isteğe bağımlı olmayan risklerle karşılaştırıldığında gönüllü olanlarda ortaya çıkan sonuçları kabul etmeye daha fazla eğilimli imiş gibi görünür. Bu nedenle; örneğin otomobil kazasında ya da bir depremde ölmek; bir araştırma çalışmasını izleyen bir komplikasyon nedeniyle ölmekten daha kabul edilemez bir durumdur. Ayrıca, bir çok çalışma göstermiştir ki; toplum, bazı etkenlerin örneğin toksik artıkların neden olduğu zararı, "olduğundan daha fazla" görmeye eğilimli iken, sigara içmenin sonuçlarına "değerinin altında" para biçme eğilimi taşımaktadır. Bu tür yanlış varsayımlar, toplumun "risksiz" ya da "riskli" olarak etiketlendirdiği etkinliklere katılıp katılmama konusundaki kararının da temelini oluşturur. Spesifik risk grupları, örneğin, homoseksüel erkekler AIDS'e yakalandıkları zaman, bu durum cinsel davranışlarının sonuçları olarak yorumlanmaktadır, bu nedenle onlar, "AIDS'e yakalanmaktan korunma" konusundaki çalışmalara güvenli seks uygulayanlara göre

daha çok katkıda bulunmak durumundadırlar. Sosyal perspektiflerin bu örnekleri, risk alma konusunda araştırmada yer alan çocukların karşı karşıya kaldıkları zarar olasılığının ya da riskin hesaplanmasında, bir bilimsel çaba olan risk ya da olasılık hesaplanması kadar yaygın sosyal tutumların da temel etken olduğunu göstermektedir. Bu koşullarda elbette toplumun bir parçası olarak "araştırmada yer almak" eyleminin, "bir kobay gibi hizmet etmek"le eşanlamlı olacağı açıktır. Eğer ana-babalar bu görüşte iseler, çocuklarının araştırma etkinliklerine katılmalarına izin vermekte ya da hoşgörü göstermekte ikileme düşeceklerdir.

7.2.3. Risk- Zarar-Yarar Değerlendirmesi

Belirli aktivitelere ilişkin risk kestiriminde bilimsel doğruluğun gösterilmesi yönünde çeşitli girişimler vardır. Örneğin: seyahat biçimi ve sportif çalışmalarda meslekle bağlantılı ölüm olasılığının saptanmasına yarayan veriler elde edilmiştir. İngiltere'de kaza sonucu ölme riski; derin deniz dalışları için 2800/milyon; motosiklet yolcusu için her 100 millik seyahatte 57/milyon, paraşüt sporunda her katılımcı için yılda 2000/milyon olarak saptanmıştır. Pediyatrik araştırmalarda ise; örneğin idrar analizi ve ven ponksiyonu gibi minimal riskli görülen prosedürlerin sonuçları ile ilgili istatistikler henüz yetersizdir. Bununla birlikte, son zamanlarda belirli rutin prosedürler ve tedaviler (bağışıklama, belirli ilaç tedavilerinin komplikasyonları, radyasyon gibi) konusunda veri toplanmaya başlanmıştır. Elde edilen veriler, gelecekte planlanacak olan çocuklarla ilgili araştırmalarda zarar olasılığının hesaplanmasında yardımcı olmalıdır (Miller, 1993, s.: 33).

Riskin hesaplanması yönündeki çalışmaların yanı sıra, çocukların katıldığı araştırmalar sırasında ortaya çıkan büyük ya da daha küçük zarar olasılığının değerlendirilmesine yönelik çabalar da sürdürülmelidir. Her bir araştırma projesinin, katılımdan ortaya çıkacak olası zararın büyüklüğüne bakılarak değerlendirilmesi gerekirken, aynı zamanda bu araştırma projesinin, olasılık spektrumunda ihmal edilebilir ve gerçek zarar arasında nereye düştüğüne göre değerlendirilmelidir. Araştırmada zarar ve yararların hesaplanmasında kullanılan belli başlı kategoriler burada da yararlı olabilir. "Gerçekleşen zarar olasılığı"nın değerlendirilmesi ilk olarak araştırmacının, daha sonra da araştırma etik kurulunun görevidir. Bu

değerlendirme, araştırma etik kurulu tarafından yapılan olasılık değerlendirmesi gibi etik sınırların belirlenmesine ilişkin verilen bir kararla yapılır. Çocuk ve/veya ana-baba ya da vasiler tam olarak bilgilendirildikten sonra, uygun projeye katılım konusundaki karar değerlendirmeye eklenir.

Söz konusu "olasılık hesabı", dile getirilen zararlar kadar, araştırmaya katılımdan kaynaklanan yararların değerlendirilmesini de kapsamalıdır. Zarar olasılığının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler ve ölçütler yarar olasılığının değerlendirilmesinde de geçerlidir; sosyal tutumlar özel yargılar burada da önemlidir. Farklılık bir noktada ortaya çıkmaktadır; zarar olasılığının olabildiğince minimize edilmesi eğilimine karşılık, yarar olasılığının olabildiğince maksimize edilmesi eğiliminin varlığı gözden uzak tutulmamalıdır. Araştırmaya katılımdan doğan yararın olasılığını kapsama konusundaki bilimsel veri birikimi oldukça yetersizdir; veri yetersizliğinde yarar-olasılık hesaplanması, özellikle çocukların katıldığı araştırmada daha büyük sorunlara yol açmaktadır. Bu çerçevede araştırma katılımından kaynaklanan zarar olasılığının kestiriminde karşılaşılan güçlükler, benzer biçimde, yarar olasılığının kestirimi konusunda da yaşanmaktadır.

Kanada Geçici İşbirliği Kurulu, tıpkı zarar ve yararın sınıflandırılmasında olduğu gibi zarar/yarar olasılığının, bir başka deyişle riskin değerlendirilmesinde de belli başlı 4 kategori olduğunu öne sürmektedir.

- İhmal edilebilir risk
- Minimal risk
- Orta derecede risk
- Gerçek (önemli) risk (Miller, 1993, s.: 34).

Beklenen sonucun sıklıkla ölüm olduğu durumlarda risk-yarar oranı açıktır ki, araştırmanın sürdürülmesi lehinedir. Ölümcül hastalıklarda çoğunlukla hastalar, yaşamı uzatacak yeni tedaviler için bir dizi incelemeye daha çok konu olabilmektedir. Bununla birlikte bazı durumlarda inceleme süreci, toplumun hastalıktan etkilenme derecesi ve hastalığa bakış açısı ile ciddi olarak ilişkili olacaktır. Örneğin, tüberküloz gibi toplum sağlığını tehdit eden ve yeterince tedavi edilemeyen durumlarda çocuğun ölümüne yol açabilir hastalıklarda toplum konuya

yönelik araştırmaları büyük olasılıkla denetleyecek ve gerektiğinde risk alabilecektir. Öte yandan "yeni" bir hastalık olan AIDS'de moral değerler önemli bir konudur ve virüs taşıyıcıları için yeni tedavilerin başlatılması denemeleri toplum tarafından dikkatle izlenmektedir (Milliken, 1993).

İyi planlanmış ve bilimsel değere sahip bir çalışma risk varsayımını göz önünde bulundurmak durumundadır. Kötü bir şekilde planlanmış ya da bilimsel olarak değerli olmayan çalışmalara çocukların kaydedilmesi ise, içerdiği riskin ne kadar az olduğuna bakılmaksızın, etik açıdan "savunulamaz" olarak nitelendirilir. Burada araştırma etik kurulunun bir çalışmanın bilimsel değerine karar verme konusunda yükümlü olup olmadığı tartışması önem kazanmaktadır. Katılımcılara gelecek riskin değerlendirilmesiyle bağlantılı olarak, araştırmanın bilimsel değerinin belirlenmesi konusu kaçınılmaz olarak etik kurulun görev alanı içine girmektedir. Konuyla ilgili olarak Pearn "sadakatlerin dağıtılması tehlikesi"nden söz etmekte ve "bir taraftan hasta çocuklarla ilgili özgeci yardım, öteki taraftan bireysel başarının bir biçimi olan araştırma başarısı güdülerinin potansiyel olarak çatışması "olgusuna dikkat çekmektedir. Bu çatışmanın üstesinden gelmek için önerilen çözüm bir "tarafsızlar grubu-disinterested panel" olarak tanımlanan araştırma etik kuruludur. Risk/yarar değerlendirmesi sorunu, ondan yarar sağlamayan kişiler tarafından kaçınılmaz olarak taşınacak risklerin varolduğu non-terapötik araştırmalar için özellikle önemli bir sorundur. Bu nedenle, bir çok etik kodları, deneklerin karşılaşacağı risklerle ilgili olarak daha zorlu sınırlandırmaların terapötik araştırmalardan çok, non-terapötik araştırma için getirilmesi gerçeği konusunda ısrar etmektedir. Konuyla ilgili olarak risk/yarar değerlendirmesi öncesinde, bu tür araştırmanın zorunlu ve yararlı olduğunun gösterilmesi gereği savunulabilir. Pearn, amacı tartışmamakla birlikte şunu dile getirmektedir: "Bebekler ve çocuklar üzerinde yapılan araştırmanın önemi kesindir ve önceden pek çok hastalığa yenik düşmüş olan milyonlarca bebeğe yaşam olanağı sağlar. İçindeki klinik araştırmayı desteklemeyen bir kurum, gelecekteki çocukların çıkarlarına hizmet etmemiş olarak görülebilecektir." (Hall, 1991).

Sonuç olarak, çocuklarla ilgili zarar tartışmasında, onların erişkinlerden farklı olarak uzun dönemde kalıcı zararlara yol açabileceği, kronik hastalıkları ya da ölümcül

hastalıkları olan çocukların , yarar ve zarar açısından öteki çocuklardan farklı değerlendirilmesi gerektiği gözden uzak tutulmamalıdır.

7.3. Konuyla İlgili Kavramsal Standartlar

Çocuklar üzerindeki araştırmaların, "değerli" olabilmesi için, bilimsel açıdan geçerli ve etik açısından savunulabilir olması gerekmektedir. Bu nitelikleri taşıyan bir araştırmanın sürdürülebilmesi için belirlenmiş standartlara gereksinim olduğu açıktır. Burada, zarar, yarar ve risk değerlendirmesinde önerilen ve kullanılmakta olan birkaç farklı standart üzerinde durulacaktır.

7.3.1. En İyi Çıkar

En iyi çıkar standardı, yaşlılar, tutuklular, HIV (+) bireyler ve hepatit B taşıyıcıları gibi yetersiz ve yetkisiz kişilerle birlikte çocuklar için de moral, sosyal ve yasal kararlara yol gösterici olmayı amaçlamaktır. Bu standardın kullanılması bir anlamda onlara en çok yarar sağlamak ve en az zarar vermek için çaba göstermek anlamını taşımaktadır.

İlk olarak, bu standart, hasta bir çocuk için tedavi seçenekleri arasında nasıl bir seçim yapılması konusunda ana-babalar ve hekimler için eğiticidir. Örneğin, yaşam kurtarıcı tedavilerin verilmemesi ya da geri çekilmesinin bir bebeğin en iyi çıkarına olduğu durumlarda önemli anlaşmazlık noktalarının ortaya çıkmış olması bir sorunsaldır. En iyi çıkar standardının kullanılmasıyla, ana-babalar ve hekimler zararlar ve yararları dengelemeye ve çocuk için en uygun planı seçmeye çalışacaklardır. Anlaşmazlıkların odak noktası sıklıkla, büyük çocuklar için olduğu kadar bebeklerin de en çok çıkarına davranma konusunda ana-babalar ve hekimlere güvenilip güvenilemeyeceğidir. Öteki tartışmalar, bu kararların alınmasında, beklenen yaşam kalitesinin göz önünde bulundurulmasının bir çocuğun en çok çıkarına olup olmadığı ile ilgilidir. Asıl soru çocuğun beklenen ağrı ve ıstırabının, yaşam kurtarıcı tedavilerin sona erdirilmesi kararında ne ölçüde belirleyici olacağı ve bu konuda kimlerin değerlendirmesinin göz önünde bulundurulacağıdır.

İkinci olarak, yargıçlar boşanma durumunda çocuğun korunması için alınan kararların tartışılması girişiminde "çocuğun en iyi çıkarı" çözümünü kullanır. Eğer ana-babalar anlaşamamış ise, yargıç çocuk için en iyi yer neresi ise orada yaşaması gerektiği kararını alır. Yargıcın bu kararı almasında, karmaşık durumları dengeleyerek ve olasılıkları göz önünde bulundurarak çocuğun çıkarlarına uygun olan en iyi seçeneğe yöneldiği varsayılmaktadır.

Üçüncü olarak, politikacılar sağlık sistemindeki önceliklerin değerlendirilmesinde çocukların en iyi çıkarları standardına başvurabilirler. Örneğin, bazı eleştirmenler ABD sağlık bakım sistemlerinin, çocukların en iyi çıkarlarını yeterince dikkate almadığını öne sürmektedirler. ABD sağlık bakımına toplam ulusal gelirinin % 14'nü harcamaktadır. Bu büyük harcamaya karşın, çocukların % 14.2'si (10 milyon) sigortasızdır ve ABD'de çocuk ölüm oranı, dünyanın zengin ülkeleri arasında en yüksektir. Bu ülke, bebek ölümü –ki sık sık genel sağlığın bir göstergesi olarak alınır- bakımından endüstriyel ülkeler arasında 18. sıradadır. Üstelik söz konusu ülkedeki çocukların başlıca sağlık sorunları; allerji, asthma, diş patolojileri, işitme hasarı, görme bozukluğu ve birçok kronik hastalıklar da içinde olmak üzere çocuklar için temel ve ucuz bakım sağlamadaki başarısızlıktan kaynaklanan sorunlardır.

Sonuncu olarak çocuklar için oluşturulan araştırma politikaları da en iyi çıkar standardına başvurur. Küçüklerin, ana-baba onayı ile onlara yarar sağlaması beklenen çalışmalara katılmasına izin verilir. Ölmek üzere olan bir çocuk, araştırılan yeni bir ilacı alabilir, çünkü söz konusu ilaç onun kurtuluşu için küçük de olsa bir şans verebilir. Bununla birlikte, pek çok önemli çalışma çocuklar için doğrudan yarar sağlamamaktadır. Örneğin, normal çocukların büyüme ve gelişmesi ile ilgili çalışmalar ona katılan her bir çocuğa yarar sağlamak zorunda değildir. Gerçekte çocuklarla yürütülen bir araştırma, bir grup olarak çocukların en iyi çıkarınadır. Çünkü çocuklar çeşitli prosedürlere ve ilaçlara erişkinlerden farklı tepki gösterirler ve bazı çocukluk hastalıkları erişkin deneklerle çalışılamaz. Sonuç olarak, genel politikalar bazı durumlarda onlara doğrudan yarar sunmayan çalışmalara çocukların katılımına olanak tanımaktadır. Bu demektir ki, çocuklar ana-baba onayı ile onlara gereksiz ve haksız olarak zarar, rahatsızlık ve sıkıntı riski vermeyen araştırma çalışmalarına katılabilirler (Kopelman, 1997).

"En iyi çıkar" standardı, aynı zamanda çocuğun tıbbi bakım alması için geleneksel olarak kullanılan ve ana-baba/vasi ya da yasal temsilci izni açısından uygulanması en kolay olan standarttır. Benzer biçimde, klinik tedavinin bir parçası olarak terapötik araştırma önerildiğinde araştırmaya katılmanın çocuğun çıkarlarına katkıda bulunma olasılığı vardır. Ancak bu tür durumlarda hekim, araştırılmakta olan iki tedaviden birini ötekine yeğlediğini öne sürmemelidir. Çünkü çocuk ve/veya ana-baba araştırmaya katılımı, çocuğun en iyi çıkarlarına yönelik tek ya da en iyi seçenek olarak algılayabilir. Ayrıca, randomize kontrol deneylerindeki sağlık sonuçlarının sıklıkla deneysel olmayan geleneksel tedavilere göre daha üstün olduğu yönünde bir çok kanıt vardır. Bu anlayışa göre bir çocuğu, ona elverişli olanaklar veren bir çalışmaya kaydetmemenin etik dışı olacağı savı öne sürülebilir. Gerçekten bu tür çalışmalara katılan çocukların ya da ana-babalarının, araştırma projesindeki uzmanların kararı ile kazanımlarının artacağı olasılığı açıkça görülür. Terapötik araştırmaya hastanın katılımı için açıklanan standart, geleneksel tedaviye alınması için kabul edilen standarttan daha önemli olmalıdır; çünkü bu araştırma, çocuğun yararının daha yüksek olması olasılığını örtük olarak içermektedir. Öte yandan denenmemiş yaklaşımların uygulamasında açıklama ve izin için gerekli olanlar, formel bir araştırma protokolünde uygulanacak olan gerekliliklere göre "daha az ikna edici görünenin istenmesi" olarak tanımlanabilir; yeni ya da deneysel tedaviler sıklıkla daha büyük zarar olasılığına açıktır. Bu nedenle, tedaviye yönelik araştırmalarda yeni ya da deneysel tedavinin kullanılması tam bir açıklama ve izin gerektirir ((Miller, 1993, s.: 41).

"En iyi çıkar" standardının, çocuğa bireysel yarar olasılığı olmayan ve bazı zarar risklerini taşıyan bir araştırmaya uygulanması daha büyük sorunsaldır. Konuyla ilgili tartışmanın odağında, çocuğun bu tür bir araştırmaya katılmasının sosyal bir vicdanın gelişmesine yardımcı olduğu ve sosyal yarara katkıda bulunduğu düşüncesi yer almaktadır. Bu tür bir düşünce aslında, çocukların, mutluluğun ne olduğuna ilişkin bazı kavramsal çerçeve ve anlayışlara sahip olması ve katılımlarının topluma ilişkin anlayışlarının gelişiminde çağrıştırdığı anlamlar açısından bütün çocuklara uygulanabilir. Çocukların bu grubunda, yararlı olmayan bir araştırmada yer alması için ana-babanın izin vermesi, ana-babalar tarafından onlara zorla bir sıkıntı yüklenmesine benzetilebilir, örneğin gerektiğinde çocuğun harçlığının bir kısmının,

ana-babanın kararıyla hayır kurumu ya da bazı benzer organizasyonlara ödenmesi gibi. Çocuğun çıkarı olan alanlarda sosyal yararın ilerletilmesine hizmet eden bu tür araştırmaya çocuğun katılımı, çocuğa, bu aktiviteyle öteki çocukların zarardan korunmasına yardım ettiği biçiminde açıklanabilir.

Ancak bu argümanı, araştırmaya katılım ya da katılıma onay vermenin ne demek olduğunu anlayamayan çocuğa uygulamak zordur. Bu gruba farklı bir etik ilke olarak araştırmaya katılmamak önerilebilir; ancak bu seçenek, çocukların geniş bir sınıfının, özellikle de araştırma konusuyla ilişkili durumdaki çocukların potansiyel yararın önlemektedir. Bir başka deyişle, belirli tip araştırmalara çocukların katılımının önlenmesi, doğal adaletin işlemesinde bir ana-baba yetersizliği ya da herhangi bir güçlük olmamasına karşın, zararın önlenmesinde yetersizlik olarak nitelendirilebilir (Miller, 1993, s.: 42). 1986'da yayınlanan İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi raporu, konuyla ilgili olarak risk-yarar değerlendirmesine daha fazla önem verilmesi durumunda araştırmaların daha dikkatlice düzenleneceğini bildirmekle birlikte, buradaki asıl kaygı, "araştırmanın hiçbir çocuğun çıkarlarına karşı olmaması gerektiği"ne ilişkindir (Alderson, 1992).

Çocuklar üzerindeki araştırmalarla ilgili ulusal ve uluslararası ölçekte pek çok kuralın getirilmesindeki amaçlardan biri, yürütülmesi gereken araştırmada bir grup olarak çocukların en iyi çıkarları ile potansiyel deneklerin en iyi çıkarlarını dengelemektir. Bu dengenin kurulması konusunda farklı görüşler vardır.

Konuyla ilgilenen ve farklı alanlarda çalışan bilim insanları en iyi çıkar standardının, birey ya da bütün olarak çocuklar için karar veren klinisyenler, politikacılar ya da yasal temsilci ve vekillere belirli çerçeveler içinde yol gösterici bir ilke olarak kullanılmasını sorgulamaktadırlar. Tartışmalar, genellikle çocuğun en iyi çıkarının, onun haklarına saygı göstermeyi gerektirdiği, bu bağlamda ana-babanın çocuklar adına karar vermesi ile çocukların karara katılımı arasında bir çıkar çatışması yarattığı, çatışmayı ortadan kaldırmak için bir denge kurulması gerektiği konusunda yoğunlaşmaktadır. Bununla birlikte, en iyi çıkar standardının moral ve yasal bir yol gösterici olarak uygulamaya geçirilmesi olanaklı görünmektedir. Bu bağlamda adı geçen standart birbiriyle ilişkili üç anlama sahiptir:

- Özellikle çocuk istismarı ve ihmali konusunda girişim ve karar için bir başlangıç ya da eşik olarak.
- İlk bakışta ideal ya da kabul edilen görevler olarak.
- Uygunluğun ya da kabul edilebilirliğin bir ölçütü olarak (Kopelman, 1997).

7.3.2. Minimal Risk

Araştırmaya denek olarak katılmak için bağımsız onam verme yetersizliği ve zedelenebilirliği olan çocuklarda gereksiz ve/veya aşırı riske karşı ek koruma olanakları sağlama ve izin verilebilir risk sınırının ne olduğu sorusuna yanıt arama girişimleri sonucunda, ABD Federal Düzenlemeleri ve Amerikan Pediyatri Akademisi Yönergeleri'nde yer alan "minimal risk" kavramı ortak ilke olarak belirlenmiştir. Ortak ilke ya da klinik araştırmada kabul edilebilir riskin dayandığı ölçü olarak belirlenen minimal risk "araştırmada beklenen zararın olasılığı ve büyüklüğünün, çocukların günlük yaşamda ya da rutin fiziksel ya da psikolojik muayene veya testlerin yürütülmesi sırasında olağan olarak karşılaştığından daha fazla olmaması" anlamına gelmektedir. Riskin kritik eşiği ise, "minimal riskin üzerinde minör artış" gibi daha yüksek bir düzeydir.

Üzerinde uzlaşma sağlanmış olmakla birlikte, "minimal risk" kavramının çözüm getirmekten çok, yeni sorunlar ve sorular ortaya çıkaran bir kavram olduğu dile getirilmektedir. Her şeyden önce risk görecelidir ve her zaman katılımdan olanaklı yararlara göre tanımlanmış olmalıdır. Minimal riskin derecesi ve tipi, yaş ve çevreyle değişmektedir. Erişkinler için anlamlı risk olarak dikkate alınmayan durumlar, çocuklar için önemli bir risk oluşturabilir. Çocuklar için özel dikkat gerektiren risk faktörlerinin başında bir prosedür öncesi varolan korku, ana-babalar ya da tanıdık çevrelerden ayrılma ve kavrayamadıkları fiziksel acı gelmektedir. Minimal riskle ilgili önde gelen ve en çok tartışma yaratan sorular şunlardır: "Çocuklar üzerindeki araştırmaların etik açıdan değerlendirilmesinde nasıl bir rol oynar?", "Minimal risk gibi bir eşiğin çocuklar üzerindeki araştırmanın bütün formalarında kullanılması gerekir mi?", "Minimal risk eşiğinin haklı çıkarılmasının ve yararlılığının kanıtları nelerdir?" (Kauffman ve Kearns, 1992).

Minimal risk kavramının içerdiği anlam ve uygulamaya yönelik boyutları konusundaki belirsizlikler yukarıdaki soruları haklı kılmaktadır. Örneğin, splenektomi, özofageal leiomyomun transtorasik enükleasyonu ve pankreatik biyopsi gibi yüksek invaziv manevralar "minimal riskli" olarak tanımlanmaktadır. Görünüşte sürpriz olmakla birlikte, bu karakterizasyon alternatif girişimlere eşlik eden riskleri ve konuyla ilgili hasta grubunda uygulanacak prosedür için gereklilikleri haklı çıkaracak niteliktedir. Bir başka deyişle, terim semantik açıdan sorunludur ve bir çerçeve belirlenmediği sürece "tanımlanmış" olmayacaktır, araştırma çerçevesindeki anlamını kavramak için de spesifik kullanılışının açıklanması gerekir (Freedman ve ark, 1993).

Janofsky ve Starfield, "minimal risk", "minimal riskin üzerinde minör artış" ve "minimal riskin üzerindeki minör artıştan daha fazla" kavramlarının ABD'deki pediyatri bölüm başkanları ve pediyatrik klinik araştırma ünitelerindeki yöneticiler tarafından nasıl anlaşıldığını öğrenmek için bir araştırma yapmışlar ve yanıt verenler arasında ciddi anlaşmazlıklar olduğunu saptamışlardır. Söz konusu araştırmada katılımcıların %14'ü timpanosentezin minimal risk ya da daha azını içerdiğini, %46'sı minimal riskin üzerinde minör artış gösterdiğini dile getirmekte iken, %40'ı minör artıştan daha fazlasını içerdiği düşüncesindedir. Bir başka deyişle katılımcıların %40'ı timpanosentez gerektiren araştırmanın önemine ve ana-babaların onaylamasına karşın yasaklanması gerektiğini öne sürmektedirler.

Standardın uygulanmasında ise, "araştırma girişimlerinde" minimal riskin üzerinde minör artıştan daha fazla olan riskler ne zaman bir araya gelir? sorusunun temel bir önemi vardır. Rutin olarak yapılan araştırma girişimlerinin çoğunluğunda (kan örneklemi, diyet sınırlamaları ve rutin fiziksel muayeneler gibi) riskler bir arada bulunmaktadır. Öte yandan bütün hasta çocukların yaşamlarına ilişkin minör girişimler, sağlıklı çocukların günlük yaşam risklerine eşlik etmemektedir. Öyle ki, bazı durumlarda hasta çocuklar için araştırma riskinin biçimi ve toplamı, onların sağlıklı karşılıklarına yüklenenleri aşabilir. "Bu araştırma riski onların günlük deneyimlerine yeterince benzer midir?" sorusuna, sağlıklı ve hasta olarak farklı günlük risk deneyimine sahip olan iki grupta aynı yanıt alınamaz. (Freedman ve ark, 1993).

Genelde çalışmanın birey olarak çocuğa ve/veya spesifik bir çocuk grubuna ve daha geniş olarak çocuklar topluluğuna yarar getirmesi beklentisi var ise, minimal risk içeren çalışmalarda çocukların katılımına izin verilmelidir. Bu tür çalışmalar belirli durumlarda sağlıklı çocukları kapsayabilir. Örneğin, çocuğa doğrudan yarar sunmayan çalışmalarda sağlıklı çocukların yer alması durumunda idrar toplanması ve çoklu kan örnekleri ve çocuğun günlük yaşamında karşılaştığı risklerden daha fazlasını içermeyen ven ponksiyonu ile birlikte olan riskler yerel etik kurul tarafından incelenmeli ve çocuğun haklarının korunmasını sağlamak üzere izlenmelidir. 7 yaşın altındaki sağlıklı çocukların araştırmaya alınması özellikle, sıkıntılıdır ve çocuğun onayı alınmadığı zaman sakınılmalıdır.

Minimal riskten daha fazlasını içeren bir araştırmaya katılımın, birey olarak deneğe doğrudan yarar olanağı sunan çalışmalarla sınırlandırılmış olması gerekir. Bağımlı statüleri nedeniyle sağlıklı çocukların, onları minimal riskten daha fazlasıyla karşı karşıya getirecek olan ve hiçbir potansiyel bireysel yarar sunmayan çalışmalara katılmalarına izin verilmemelidir. Çocuklar minimal riskten daha fazlasını içeren çalışmalara katıldığı zaman, riske göre beklenen yarar ilişkisi en azından, kabul edilmiş standart bakım açısından varolan seçenek tedavilerce sağlanan kadar elverişli olmalıdır. Sonuç olarak, minimal riskten daha fazlasını içeren bir çalışmaya sağlıklı çocukların katılımı etik açıdan kabul edilebilir değildir. Tipik olarak, minimal riskten daha fazlasını içeren çalışmalar, terapötik bir çerçeve içinde yürütülür,bir başka deyişle çocuk tedavisinin bir parçası olarak çalışmanın katılımcısıdır (Kauffman ve Kearns, 1992).

Araştırma etik kurulu, söz konusu araştırma girişiminin çocuğun genel deneyimlerine benzerlik ve farklılıklarının ayrımının yapılıp yapılmadığını ve artan araştırma risklerinin bu çocuğun riskleri ve öteki rutin temel uğraşlarına yakın olup olmadığını incelemelidir. Bu konudaki tartışma, kurulun bu deneklere karşı borçlu olduğu güvene dayalı görev olarak kabul edilen bir çerçeve içinde yer alır ve bu görev çocuğa, değerli olmakla birlikte herhangi bir bilimsel amaç için sosyal olarak tanımlanan minimumdan daha fazla gerçek risklerin yüklenmemesini gerektirmektedir.

7.3.3. İhmal Edilebilir Risk

Onam verme kapasitesi olmayan kişiler ve çocuklara uygulanmak üzere, yukarıda sözü edilen standartlardan başka ulusal yönergelerde önerilen standartlar da vardır. Örneğin, Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi ve Büyük Britanya Tıbbi Etik Enstitüsü tarafından kabul edilen "ihmal edilebilir risk" terimi "minimal risk"le eş anlamlı olarak önerilmiş ve "günlük yaşamın riskleri ile ilişkilendirilmiştir.

"İhmal edilebilir risk" terimi çocuğun, günlük yaşamda ve rutin fiziksel ve psikolojik muayene ve testler sırasında karşılaşabileceği zarar görme riskinden daha büyük olmayan riskler için kullanılmaktadır. Örneğin; davranış gözlemi, non invaziv fizyolojik izlem, gelişme değerlendirilmesi, diyet değişiklikleri, kan ve idrar örneklerinin alınması, ihmal edilebilir risk içeren girişimler olarak belirlenmiştir.

7.3.4. Günlük Yaşam Riski

Gerek minimal risk, gerekse ihmal edilebilir risk kavramlarının temelinde yer alan günlük yaşam riski, birkaç farklı yönde anlaşılabilir; örneğin bir kişinin karşılaşabildiği bütün riskler ya da bunların tümünün bir kişiye rastlaması bu farklı anlaşılma biçimlerinden yalnızca ikisidir. Çoğu kez çok yüksek riskle karşılaşan bazı insanlar (paraşütçülük, itfaiyecilik), çocuklar üzerindeki araştırmada benzer bir risk düzeyine izin vermeyi haklı gösteremezler. İkinci karakterizasyon riskin en küçük ortak paydasını oluşturarak daha fazla sınırlayıcı olmaktadır. Kopelman günlük riskin bu yorumunu şu sözlerle eleştirmektedir: "Bu yorum, bizim karşılaştığımız bütün risk türlerini ve onların olasılık ve büyüklüğünü bildiğimizi varsayar. Ancak bu yeterince açık değildir. Örneğin; pek çok kişi için araba kullanmak, işlek caddede karşıdan karşıya yürümek ve uçağa binmek riskli yaşam deneyimleridir. Tanımın gösterdiği günlük yaşam riskleri arasında bunlar var mıdır? Bireylerin rutin olarak karşılaştıkları arasında nelerin riskli olduğu nasıl belirlenecek ve bu risklerin olasılık ve büyüklüğü nasıl değerlendirilecektir?" (Freedman ve ark, 1993).

Getirilen eleştirilerde iki farklı güçlük dile getirilmektedir; bunlardan biri günlük yaşamın risklerini belirlemekteki güçlük, ötekisi onların niceliğini ölçmekteki güçlüktür.

Araştırmaya çocuğun katılımına onay vermeyi isteyen bir ana-baba, katılım kararı için yeni risklerin eşlik etmesiyle doğan yeni bir durumu soruşturur. Bu kararlara, risklerin hesaplanması yoluyla kantitatif olarak ulaşılmaz, daha çok kategorik bir temelde ulaşılabilir. Örneğin, çocuk bir geceliğine kamp turuna çıkmayı istemiş olsun, bu gezintinin riskleri günlük yaşamın riskleri değil, yeni bir deneyimdir. Eğer kabul edilebilir riskin eşiği, günlük yaşamın herhangi öteki risklerine göre asla izin verilebilecek türden değilse, yeni deneyimler asla zevkli olmayacaktır. Bu durumda bir çok ana-baba kendisine şu soruyu soracaktır: "Çocuk buna hazır mıdır?" "bu zamanda bu deneyime izin vermemem gereken riskler, çocuğumun günlük yaşamındakilere yeterince benziyor mu?" Bu tür sorular nedeniyle ana-babalar araştırmaya katılmaya izin verilip verilmeyeceği konusundaki tartışmalarda, çocuğun günlük yaşamın riskleri ile ilişkili ya da benzer durumları başarıyla geçirip geçirmediği üzerinde odaklanacaklardır.

Daha önce belirtildiği gibi, çocuklarda izin verilebilir araştırma riski için kritik eşik "minimal risk"in kendisi değil, ama ondan daha çok "minimal risk üzerinde minör bir artış"dır. Düzenlemeler içinde hiçbir biçimde tanımlanmamış, belirtilmemiş ya da karakterize edilmemiş olan "minör artış" nitelendirmesine dayanmak oldukça güçtür.

7.3.5. Önemsiz Sıkıntı

Minimal riske ilişkin yoğun tartışmalar içinde yer alan Levine, olağan araştırma girişimlerinde minimal risk kavramının daha açık bir eşikle yer değiştirebileceğini önermektedir. "Çeşitli fenomenlerden fiziksel ve psikolojik zarar riskinin ayırt edilmesi için "zahmet, sıkıntı" (inconvenience), "rahatsızlık" (discomfort) "utanma, sıkılma" (embarransment) vb. terimlerinin daha uygun olduğu, "önemsiz sıkıntı" (mere inconvenience) nın ise, genel bir terim olarak kullanılabileceği üzerinde durulmalıdır. Önemsiz sıkıntı veren araştırma, "deneğe, onun özel yaşamının doğasında olandan daha fazla önemli zarar riskini sunmayan" olarak belirlenmektedir. Araştırma önerilerinin büyük çoğunluğu, deneklere fiziksel ya da psikolojik zarara göre daha doğru tanımlanmış olan önemsiz sıkıntı yüklendiğini göstermektedir. Genel olarak denekler, bir klinik araştırmada yer almak, psikoloji laboratuvarında gözlemlenmek ya da bir anketi tamamlamak için zaman harcamak;

sık sık bir miktar kan, idrar ya da feçes örneği vermek durumunda kalırlar. Ven ponksiyonu ağrılı olabilir ya da bir ekimoz ortaya çıkabilir. Böylece deneklere sürekli olmayan bir fiziksel zarar verilmiş olur."

Bir eşik olarak "önemsiz sıkıntı" teriminin daha iyi bir seçim olduğu konusunda kuşkular dile getirilmektedir. Terim, "minimal risk"in bazı belirsizliklerini paylaşmaktadır; her ikisi de günlük yaşamın risklerine bağlıdır. Bundan daha önemli olarak "sıkıntı" kavramı yalnızca tek bir değişkene, zararın sonucunun büyüklüğüne değinmektedir:. Bu niteliği ile zararın büyüklüğü ve olasılığı gibi iki değişkeni içeren "minimal risk" kavramının yerine geçemez.. Öte yandan terim, yürütülmekte olan bir araştırmaya katılmanın sonuçlarını dolaysız biçimde anlatmaktadır Çünkü araştırma deneklerinin büyük çoğunluğu zarardan çok rahatsızlık, bezginlik, yorgunluk türünde tepkiler göstermektedirler (Freedman ve ark., 1993)

8. ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ARAŞTIRMALARDA SORUMLULUK

Çocuklar üzerindeki araştırmalar, içerdiği pek çok dinamik nedeniyle hem etik, hem de hukuk açısından sorumluluk gerektiren uygulamalardır. Tıbbın amacı, kişinin sağlığını ve yaşamını korumak olduğundan, hekimin gerçekleştirdiği eylemin yaşama ve sağlık haklarıyla yakın ilişkisi vardır. İnsanın yaşama ve sağlık haklarına etki eden eylemler ve hekim-hasta ilişkileri, aynı zamanda, hukukun kapsamına girmektedir. Bu bölümde genel olarak tıp etkinliğinde hekim sorumluluğu üzerinde durulacak, özellikle de bilgilendirme ve onam alma konusu vurgulanacaktır. Biyomedikal araştırmaların yürütülmesinde araştırmacı-hekimin, olağan tıp uygulamasından belli ölçülerde farklılığı olan sorumlulukları bulunmaktadır. Söz konusu sorumluluklara kısaca değinildikten sonra, çocuklar üzerindeki araştırmaların hukuksal yönü çözümleyici bir yaklaşımla incelenecektir. Bölümün sonunda ise, çocukların yer aldığı araştırmalarda belirleyici önem taşıyan etik kurullar, onların yapısı , çalışma yöntemleri ve işlevleri üzerinde durulacaktır.

8.1. Hukuk Açısından Hekim Sorumluluğu

Hekimin hukuksal sorumluluğu konusu, bu sorumluluğun nereden kaynaklandığı ve ne anlama geldiği sorularını gündeme getirmektedir. Hekimin hangi durumlarda sorumlu olduğu ve hangi tür tıbbi eylemlerin hukuka uygun olduğu da benzer biçimde yanıtlanması gereken sorulardır. Bu bölümde, sözü edilen sorulara verilen yanıtlar üzerinde durulacaktır.

8.1.1. Sorumluluk Kavramı ve Hekim Sorumluluğu

İnsan, toplum denilen bir sosyal çevre içinde doğar, yaşar ve ölür. Sosyal bir varlık olarak, insanın toplum içinde yaşama zorunluluğu, onu kaçınılmaz biçimde öteki insanlarla ilişki kurmaya zorlamaktadır. Doğumla birlikte ailede başlayan bu ilişki, süreç içinde okulda, arkadaş çevresinde, çalışma ortamında ve çeşitli kültürel, sosyal, ekonomik, dinsel amaçlı çevrelerde sürmektedir. Sözü edilen ilişkisellik bağlamı, kişiye bazı yetkileri kullanma ve bazı ödev ve yükümlülükleri üstlenme olanağı yaratmaktadır. Bir başka deyişle, toplu olarak yaşamak zorunda olan insanların

karşılıklı davranışlarının ve birbirleriyle ilişkilerinin bazı kurallarla düzenlenmiş olması gereği doğmaktadır. "Sosyal düzen kuralları" olarak tanımlanabilecek olan bu kurallar arasında din ve ahlak kuralları, görgü kuralları ve hukuk kuralları yer almaktadır. Bunlardan konumuzla ilgili olan hukuk, "insanların birbirlerine karşı davranışlarını ya da sosyal ilişkilerini düzenleyen maddi yaptırımlı kurallar bütünü" biçiminde tanımlanmaktadır (Bilge, 1975).

Yukarıda çizilen genel çerçeve içinde hekim-hasta ilişkisi, temelde güvene dayalı bir ilişki olmakla birlikte, hukuksal boyutları olan bir ilişkidir. Hukukun hekime yüklediği sorumluluk ise, toplumda sağlık hizmetlerinin yürütülmesine, kişilerin yaşama hakkının ve sağlık hakkının gerçekleşmesine yönelik bir sorumluluktur. Bu bağlamda kişilerin (ve toplumun) hastalıklara karşı korunması ve bununla ilgili çeşitli uygulamaların yerine getirilmesi, hastalıkların tanı ve tedavisinin yapılması, hastalık etkilerinin kişide yol açtığı sorunların en aza indirilmesi ve sakatlıkların düzeltilmesi gibi insan sağlığı ile doğrudan ilişkili eylemler, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilmektedir. Hekimin, söz konusu uygulamaları yerine getirip getiremeyeceği, hangi sınırlar içinde uygulayabileceği, uygulamanın koşullarının neler olduğu, olumsuz sonuçlanan tedavi ya da girişimlerden sorumlu olup olmayacağı konuları hukuk alanını ilgilendirmektedir (Bayraktar, 1972, s.: 21, 27).

1982 Anayasasının kişinin dokunulmazlığı, yaşama hakkı ile bedensel ve ruhsal bütünlüğünü koruma ve geliştirme hakkını düzenleyen 17. Maddesine göre, "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı durumlar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneyler yapılamaz". Bu maddede dile getirilenler, kişiye sağlık kazandırma amacına yönelik olarak, hekimin eyleminin hukuka uygunluk sağlayan iki temel koşulunu belirlemektedir. Bunlardan ilki, "kişinin onamı"nın gerekli olması, ikincisi ise "tıbbi zorunluluğun olması"dır. Hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi girişimlerin öteki hukuka uygunluk koşulları ise, "tıp mesleğini uygulamaya yasal olarak yetkili olması" ve söz konusu eylemin "tıp biliminin nesnel ve öznel sınırları içinde kalması"dır (Şenocak, 1998, s.: 4; Bayraktar, 1972, s.: 111).

Hekimler görevlerini hukukun belirlediği sınırlar içinde yapmak zorundadırlar. Tıbbi yardım ve uygulamalar, yasal sınırlamalar içinde gerçekleştirildiği zaman sorumluluk bulunmamakta, söz konusu sınırların dışına çıkıldığı zaman ise sorumluluk ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle sorumluluk, hukuka aykırı bir eyleme hukukun öngörmüş olduğu yaptırımdır. Bu yaklaşımın temelinde, yaşama ve sağlık hakkının tanınması ve haklara zarar verenin sorumlu tutulması düşüncesi yer almaktadır (Aykaç, 1984)

Yukarıda sözü edilenler ışığında hekimin hukuksal sorumluluğundan söz edebilmek için, bir tıbbi girişimin yapılmış olması ve bu girişimin yasalara uygun olarak hekimlik yapma yetkisine sahip bir kişi tarafından gerçekleştirilmiş olması gereklidir. Tıbbi girişim, hekimin insanın sağlığıyla ilgili olarak her tür eylemini dile getirmektedir. Tıbbi girişimler vücut bütünlüğüne yönelik girişimler ve vücut bütünlüğüne dokunulmaksızın beden ya da ruh sağlığına yönelik girişimler olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Birinci grupta cerrahi girişimler ve her türlü ilaç tedavileri; ikinci grupta ise, tanısal testler ve ameliyat sonrası kontroller, ilaç önerileri, yapay dölleme, embriyo aktarımları, protez ve benzeri yapay maddelerle yapılan tedaviler yer alır. Tıbbi girişimde hekimi sorumlu kılan hukuka aykırılık, kişinin hakkına saldırıdan kaynaklanmaktadır ve Medeni Kanunun 24, 24 a ile Borçlar Kanununun 41. ve 50. maddeleri kişilik haklarına yönelik haksız saldırıların sorumluluğa yol açacağını öne sürmektedir (Kılıçoğlu, 1996).

Hekimin tıbbi girişim nedeniyle sorumluluğunda kusur genellikle ihmal biçiminde (tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik) ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda; hekimin hastası için gerekli dikkat ve özeni göstermemesi, gerekli tıbbi girişimi zamanında yerine getirmemesi, aynı koşullarda herhangi bir hekimin yapması gereken girişimi yapmaması, henüz denenmemiş ve tıp biliminin gereklerine uygunluğu ve bilimselliği kanıtlanmamış bir girişimi uygulaması, olanaklı olmasına ve ivedilik bulunmamasına karşın hastanın ya da yakınlarının onamlarının alınmaması ihmale örnek gösterilebilmektedir.

Hekimin hukuksal sorumluluğunun doğması için, girişimde bulunulan hastanın ya da yakınlarının bu girişimden dolayı maddi ya da manevi bir zararının ortaya çıkması ve

hekimin kusurlu olarak uyguladığı girişimle, hastanın uğradığı zarar arasında neden-sonuç ilişkisi (illiyet bağı) bulunması gereklidir (Kılıçoğlu, 1996, Erdemir, 1996).

8.1.2. Hekim Sorumluluğu Bağlamında Onam

Hekimle hasta arasındaki ilişkide güven öğesinin ağır basması nedeniyle, hekimin yükümlülükleri önem taşımaktadır. Söz konusu yükümlülüklerin başında hastanın "kendi geleceğini kendisinin belirlemesi hakkı"ndan doğan hastanın aydınlatılmış onamının alınması, tanı konulması, tedavi yönteminin seçilmesi ve tedavinin uygulanması gelmektedir. Alman ve İsviçre hukuklarında, kişiye kendi geleceğini kendisinin belirlemesi hakkı tanınmakta ve tıbbi girişimlere getirilen "hastanın tıbbi girişime rıza göstermesi" sınırlamasının bu haktan doğduğu kabul edilmektedir. Bu hak gereğince herkes, tıbbi hizmet isteme ya da hastalığını olağan gidişine bırakma konusunda seçme hakkına sahiptir.

Türk Hukukun'da bu hak, Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlenmiş olan "herkesin yaşama ve vücut bütünlüğü hakkı" ve Medeni Kanunun kişiliğin haksız eylem sonucu ihlal edilmesine karşı korunmasını düzenleyen 24. maddesinde söz konusu edilmiştir. Bu maddelere göre kişinin onamı alınmaksızın kişilik hakları kapsamında yer alan yaşamı, sağlığı ve vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü girişim hukuka aykırıdır. Hekimin tıbbi girişimleri de çoğu zaman kişinin vücut bütünlüğüne yönelik olduğundan, bu girişimler tedavi amacını da taşısa, hastanın onamı alınmaksızın yapılırsa hukuka aykırıdır. Bu noktada "onamın var olması her tıbbi girişimi hukuka uygun kılar mı?" sorusunun yanıtlanması gerekir. Onamın, girişimi hukuka uygun kılması için söz konusu girişimin kişinin sağlığının düzelmesine yönelik olması gereklidir. Bir başka deyişle, sağlığın kötüleşmesine yola açan onam, hekimi hukuksal sorumluluktan kurtarmamaktadır (Kılıçoğlu, 1996).

Hastanın onamının hukuk açısından geçerli olabilmesi için, kişinin bu tür bir onamı bildirmeye yeterli ve yetkili olması, kendi üzerinde yapılacak tıbbi girişimlerin önemini ve sonuçlarını kavrayabilme yeteneğine sahip olması gerekir. Tam olarak yetersiz ve yetkisiz kişiler üzerindeki tıbbi girişimler için gerekli olan onam, yasal temsilciler tarafından verilir.

Tedaviye onam vermenin kişinin en temel haklarından birisi olduğu düşüncesinden hareketle yeterliği sınırlı kişilerin, kural olarak bu hakkı yasal temsilcilerinin izni ya da oluruna gerek olmaksızın kullanabilmeleri önerilmekle birlikte, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. Maddesi, hastanın çocuk ya da kısıtlı olması durumunda yargılama ya da iyiyi kötüden ayırt etme gücü değerlendirilmeksizin veli ya da vasinin iznini aramaktadır (Bayraktar, 1972, s.: 133; Şenocak, 1998, s.: 36).

Çocuklar üzerinde tıbbi girişimlerde bulunabilmek için yasal temsilcisinin onamının aranmasının nedeni, küçüklerin korunmaya gereksinimlerinin oluşu ve yasal temsilcilerinin onların çıkarlarını korumakla yükümlü olmalarıdır. Bundan dolayı, tıbbi girişimlerden önce ana ve babanın (Medeni Kanun M: 263), anlaşmazlık durumunda babanın (Medeni Kanun M: 263), babanın bulunmaması ya da ölmüş olması durumunda ananın (Medeni Kanun M: 264) ve boşanma durumunda yetke kendisine bırakılan tarafın (Medeni Kanun M: 264) onamı gereklidir. Çocuğun soyunun babalık hükmü ya da tanıma yoluyla belirlenmesi durumunda onam, yetkenin kendisine verildiği ana ya da babadan alınır (Medeni Kanun M: 312). Babayla arasında herhangi bir soy bağı bulunmayan çocuklarda ise, tıbbi girişim için onam mahkeme tarafından ana veli olarak saptanmışsa ondan alınır (Medeni Kanun M: 311). Evlat edinilmiş küçük için onam evlat edinen tarafından verilir (Medeni Kanun M: 257). Eğer çocuk Medeni Kanun'un 354. maddesine göre yetke altına alınmışsa bu durumda vasinin onamının aranması gerekir (Şenocak, 1998, s.: 36-39; Bayraktar, 1972, s.: 134)

Hekimin tıbbi girişiminin hukuka aykırılığını ortadan kaldıran onamın hukuk açısından geçerli olabilmesi için, tıbbi girişime onam veren hastanın hekim tarafından aydınlatılması ve böylece hastanın yapılacak tıbbi girişimin tehlikesi ve sonuçları hakkında kapsamlı olarak bilgilendirilmiş olması gerekir. Bu nedenle hastanın aydınlatılması hekim açısından hukuksal bir ödevdir. Hekimin aydınlatma yükümlülüğünün Türk Hukukunda da var olduğu kabul edilmektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun onamla ilgili 70. maddesinin örtük olarak hekimin aydınlatma yükümlülüğünü de dile getirdiği söylenebilir. Çünkü, onamın geçerli olabilmesi için aydınlatma zorunlu bir koşuldur. Aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmesiyle ilgili olarak özen gösterilmesi

gereken bir nokta yapılacak aydınlatmanın tedavinin başarısını tehlikeye atacağı durumlardır. Hekimlik Görevleri Tüzüğü'nün 14. maddesinin 2. fıkrasına göre "Hastanın morali üzerinde kötü etki yaparak hastalığın artması olasılığı yoksa, tanıya göre alınması gereken önlemlerin hastaya açıkça söylenmesi gereklidir" (Şenocak, 1998, s.: 44-45; Kemahlı, 1979).

Türk Tabipleri Birliği 47. Genel Kurulunda (1998) kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" adlı ilkeler bütününün 26.maddesinde hekimin hastasını aydınlatma yükümlülüğü şu biçimde tanımlanmıştır: "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılacak biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir."

Hastanın aydınlatılması gerekliliği Yargıtay'ın bir kararında da dile getirilmiştir. Buna göre; "Tıbbi girişimler ve hekimin girişeceği öteki eylemler, kişinin sağlığını, vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği, olası tehlikeleri meydana getirici nitelikte olduğu için, bunların gerçekleştirilmesine karar verme yetkisi hekime değil, girişimlere maruz kalacak hastaya aittir. Yalnız bu onamın hukuk açısından geçerli olabilmesi

için kişinin, sağlık durumunu, yapılacak girişimi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi, bu konuda yeteri kadar aydınlanması gerekir." (Şenocak, 1998, s.: 45).

8.1.3. Tıbbi Araştırmaların Hukuksal Yönü

Yeni tedavi yöntemlerinin uygulanmasında ve tıbbi deneylerde hekimin özel yükümlülükleri ortaya çıkmaktadır. Bu yükümlülüklerin düzenlenmesinde temel başlangıç noktası hastanın çıkarları ile araştırma yapan hekimin bilimsel çıkarları arasındaki çatışmadır. Kabul gören düşünce hastanın tedavi edilme konusundaki çıkarının her zaman toplumun, tıp biliminin gelişmesinde olan çıkarlardan üstün tutulması gerektiği biçimindedir. Bu açıdan yeni tedavi yöntemlerinin ve tıbbi deneylerin uygulanmasının hukuksal geçerliliği ve yasal olma koşulları önemlidir.

Hukuk sisteminde tıbbi deney "önceden uygulanmayan ve insan vücudu üzerindeki etkileri kesinlikle bilinmeyen işlemlerin tedavi ya da bilimsel amaçla uygulanması" biçiminde tanımlanmaktadır.

Tıbbi deneylerin sınırsız olarak uygulanması kişinin yaşamını ve dokunulmazlığını büyük ölçüde ihlal ederken, öte yandan bu uygulamalar tıp etkinliğinin gelişimine ve ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. Bu durum tıbbi araştırmalarla ilgili bir ikileme yol açmaktadır. Türk Hukuk Sisteminde tıbbi araştırmalarda ilgili görüşler araştırmanın türüne göre farklılık göstermektedir:

- Tedavi amacıyla yapılan araştırmaların hukuka uygunluğu bazı koşulları sağlamasına bağlıdır; bunlardan başlıcaları daha önce hayvanlar üzerinde denenmiş olması, hastaya olası en az zararı vereceğinin saptanmış olması ve hastanın onamının alınmış olması.
- Bilimsel bilgi üretimi için yapılan araştırmalar hakkında iki karşıt görüş vardır. Bilimsel denemelerin insanlar üzerinde yapılmasını reddeden görüşler bireyin kişiliğine ve bedensel bütünlüğüne saygı gösterilmesi gerektiğinden yola çıkarak tedavi amacı dışında tıbbi deneme yapılamayacağını öne sürmektedirler. İnsanlar üzerindeki bilimsel deneyleri savunan görüşler ise, bireyin onamının alınması, deneylerin bilimsel tıp etkinliğinin kurallarına uygun olması ve kişide olası en az

zarara yol açması koşuluyla söz konusu deneylerin yapılabileceğini dile getirmektedirler (Kadıoğlu, 1996, s.: 68).

8.1.3.1. Tedaviye Yönelik Araştırmalar

Tedavi amacı ön planda olan, yeni yöntem ya da araçlarla yapılan araştırmaların hukuka uygun olabilmesi için bazı koşulların bulunması gerekir. Öncelikle denenecek tedavi yöntemi ya da aracının tıp biliminin kurallarına, bilinen ilkelerine uygun olması gerekir; söz konusu yöntem ya da araçlar bilimsel araştırmalara dayanmalı, üzerinde deneysel çalışmalar yapılmış olmalıdır. Konu Hekimlik Görevleri Tüzüğü (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü)'nün 11. maddesinde aşağıdaki biçimde dile getirilmektedir: "Bilinen yöntemlerin bir hastaya yarar sağlamayacağı klinik ya da laboratuvar incelemeleri sonucunda saptanırsa, daha önce alışılmış deney hayvanları üzerinde denenerek yararlı etkileri anlaşılmış olan bir sağaltım yönteminin uygulanması uygundur. Bu sağaltımın uygulanabilmesi için, hastaya yararlı olacağının ve başarı elde edilememesi durumunda ise alışılmış/olağan sağaltım yöntemlerinden daha elverişsiz bir sonuç alınmayacağının olası olması gereklidir" (Kemahlı, 1979).

Öte yandan hekim denek olan hastayı tıbbi açıdan incelemek ve denemenin hasta üzerinde yapacağı olumsuz etkileri önlemek amacıyla gerekli önlemleri almak zorundadır.

Henüz deneme aşamasında bulunan yeni yöntem hakkında hekim hastayı yeterince aydınlatmalı ve hastanın yazılı onamını almalıdır. Aydınlatma yükümlülüğü kapsamlı olarak yerine getirilmeli; özellikle yöntemin yeni olduğu ve taşıdığı riskler ayrıntılı biçimde anlatılmalıdır (Şenocak, 1998, s.:67).

8.1.3.2. Tedaviye Yönelik Olmayan Araştırmalar

Tedavi amacı gütmeyen, bilimsel bilgi edinme amacı ön planda olan ve yeni bazı tedavi yöntemlerinin olumlu sonuçlar verip vermeyeceğini araştırmaya yönelik çalışmalardır. Hekimlik Görevleri Tüzüğü 11. Maddesine göre "Deneme amacıyla

insanlar üzerinde hiçbir cerrahi girişim yapılamayacağı gibi aynı amaçla kimyasal fiziksel ya da biyolojik herhangi bir sağaltım da uygulanamaz." (Kemahlı,1979)

Oysa Helsinki Bildirgesinde, tedaviye yönelik olmayan denemelerin insanlar üzerinde gerçekleştirilebileceği, bunun için hastanın onamının gerekli olduğu ve çalışmadan herhangi bir zamanda vazgeçebileceği, hekimin deneme süresince deneklerin yaşamını ve sağlığını gözeteceği ve tehlike durumunda denemeye son vermek zorunda olduğu belirtilmiştir (Bayraktar, 1972, s.: 162). Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 40, 41, 42 ve 43. Maddeleri insanlar üzerindeki araştırmalarda uyulması gereken ilkeleri, biyomedikal araştırmalarda geçerli kılınan ilkeler temelinde ayrıntılı olarak ele almıştır. Bu bağlamda, deneğin bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam ile deneğin korunması konularında araştırmacının görevleri dile getirilmiştir.

Toplumun sağlığının ve çıkarlarının bireyin çıkarına ağır bastığı durumlarda, örneğin toplumun önemli bir hastalıktan kurtulması bu deneye bağlıysa kişinin izni alınarak ve deneysel girişimin tedavi amacıyla değil yalnızca deney amacıyla yapıldığı, deneyin tehlikelerinin olabileceği konusunda kişi aydınlatılarak deney yapılabilmelidir. Türk Hukuk Sistemi deney amacıyla yapılan tıbbi girişimlerin kişinin onayı olsa bile kişilik haklarına, dolayısıyla hukuka aykırı sayılacağı görüşünü paylaşmaktadır (Şenocak, 1998, s.: 68).

8.2. Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu

Tıbbi etik açısından hekim sorumluluğundan söz edildiği zaman, hekimin mesleki kimliği nedeniyle kurduğu insan ilişkilerindeki moral sorumlulukları dile getirilmektedir. Bu bağlamda, hekimin insan olarak kendisine, hastalarına meslektaşlarına ve topluma karşı sorumluluklarının toplamı akla gelmelidir.

8.2.1. Hekimin Kendisine Karşı Sorumluluğu

Hekimin bir insan olarak kendi haklarına sahip olabilmesi, hekim sorumluluğunun gerçekleşmesi için bir ön koşuldur. Bu hakların başında yaşama hakkı ve sağlığını sürdürebilme hakkı gelmektedir. Hekimin uğraşı sırasında kendi sağlığını tehlikeye

atması hukuk açısından önemli sayılmazken, etik açısından temel bir öneme sahiptir. Örneğin, hekimin bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski öteki insanlardan çok daha fazladır. Son yıllarda, özellikle hepatit ve AIDS hekimin sağlığını ciddi olarak tehdit etmektedir. Ayrıca hekim yaşamını ve eğitimini sürdürebilmesi için geçerli ve yeterli ekonomik gücü sağlayabilmelidir.

8.2.2. Hekimin Hastalarına Karşı Sorumluluğu

Hekimin hastasına karşı en temel sorumluluğu yarar sağlamak ve zarar vermemektir. Hekim elinden gelen ve hastasının kabul ettiği yararı, herhangi bir nedenle ondan esirgerse, etik sorumluluk ortaya çıkar. Hastanın iyileşmesinde hekimin belirli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Hastanın olduğundan daha iyi bir duruma gelmemesinde, eğer hekimin bir kusuru yoksa hekim suçlanmaz. Ancak hastayı olduğundan daha kötü duruma getiren, hekimin eylemi ise sorumlu tutulmaktadır. Hekimin hastaya karşı sorumluluklarından biri, hastanın özerkliğinin korunmasıyla ilgilidir. Hekim, hastanın kendi yaşamıyla ilgili kararlar verme hakkını korumakla sorumludur. Bu sorumluluk, onun adil olma sorumluluğuyla sınırlanmaktadır. Çünkü hekim hastasının özerkliğini korumakla birlikte, hastanın çevresinin haklarını da gözetmek ve genel anlamda adil olmak durumundadır

8.2.3. Hekimin Meslektaşlarına Karşı Sorumluluğu

Hekimin mesleki kimliği nedeniyle, meslek imajını zedeleyici davranışlarda bulunmaması gerekir. Bu görevi yerine getirmemesi, kimi zaman Deontoloji Tüzüğünde yer alan bir sorumluluk doğurur. Hekimin ayrıca meslektaşlarının eğitimine katkıda bulunmak, tıpla ilgili bilimsel çalışmalar yapmak gibi görevleri de vardır. Hekimin bu görevi yerine getirmediği durumda kendi gelişimini ve meslektaşlarının gelişimini engellemekten doğan sorumluluğu ortaya çıkar.

8.2.4. Hekimin Topluma Karşı Sorumluluğu

Hekimin hastasına karşı sorumluluğu ile toplumsal sorumluluğu arasında çoğu zaman çatışma doğmaktadır. Koruyucu hekimlik uygulamalarındaki hekim sorumluluğu "paylaşılmış sorumluluk" olarak ele alınmaktadır. Salgın hastalıklar konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve uyarılması, sağlığa ayrılan kaynakların akılcı kullanımı bağlamında hekimin toplumsal sorumluluğundan söz edilir (Pelin ve Oğuz, 1994).

8.3. Tıbbi Araştırmalarda Araştırmacı-Hekimin Sorumlulukları

Hekimin, tıp etkinliğinin yürütülmesi sırasında koruyucu ve iyileştirici işlemleri uygulaması ve sürekli bir biçimde bilimsel düşünme yöntemini kullanarak, neden-sonuç ilişkileri kurarak hastada bilinmeyeni ortaya çıkarması birbirini tamamlayan iki farklı süreçtir. Bir başka deyişle hekimin iki temel işlevinden birisi hastaya yardım etmek, ikincisi ise bilimsel bilgi üretimine katkıda bulunmaktır. Hekimliğin başlangıcından bu yana süregelen bu ikili işlev, günümüzde tıbbi araştırmaların hızla artması nedeniyle araştırmacı-hekim lehine önem kazanmıştır. Bu bölümde "araştırmacı-hekim" terimi yerine, anlatımda kolaylık sağlamak amacıyla "araştırmacı" terimi yeğlenmiştir.

Araştırmacının sorumlulukları bağlamında erişkinler üzerinde yapılan araştırmalarla çocukların yer aldığı araştırmalar arasında temel ilkeler açısından farklılık olmasa gerektir, ancak çocuklarla ilgili araştırmalarda bazı spesifik noktalar daha fazla önem kazanmaktadır. Bunların başında çocuk katılımcılar açısından zarar-yarar değerlendirmesinin yapılması ve çocukların, araştırmada yer alma kararına katılımı gelmektedir. Tez çalışmasının bundan önceki bölümlerinde çocuklara özgü sorun alanları ayrıntılı olarak ele alındığı için burada kısaca değinilecektir.

8.3.1. Genel Olarak Araştırmacı Sorumluluğu

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün 29 Aralık 1995 gün ve 51748 sayılı genelgesi ekinde yayımlanmış olan "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu"nda araştırmacının sorumlulukları aşağıdaki biçimde ele alınmıştır.

Araştırmacının, tıp mesleğini uygulamaya yetkili, araştırmanın klinik alanında eğitilmiş, deneyimli ve araştırmanın uygun biçimde yürütülmesini sağlayacak bir donanıma sahip olması gereklidir. Örneğin ilaçlarla ilgili klinik araştırmalarda uzmanlık dalında 5 yıllık deneyim koşulu aranmaktadır.

Araştırmaya bağlı tüm tıbbi kararlardan araştırmacı sorumludur. Bu nedenle yürüteceği araştırma programıyla ilgili tüm bildirgeleri ve yasal düzenlemeleri (Helsinki Bildirgesi, Hekimlik Görevleri Tüzüğü, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları) bilmelidir.

Araştırmacının, araştırmayı yürütmek ve kararlaştırılan sürede tamamlamak için yeterli insan gücü ve alt yapıya sahip olması; araştırmada yer alan tüm çalışanların ve hasta bakımının öteki yönleri ile uğraşan kişilerin araştırma ürünü ve araştırmadaki görev ve sorumluluklarına ilişkin yeterli bilgiyi edinmelerini sağlaması gereklidir.

Araştırmacının, araştırmaya katılan deneklere karşı sorumluluklarının başında, onlara zarar vermemek gelmektedir. Bir klinik araştırmanın kabul edilebilirliği için, denenen yeni tedavinin araştırmaya katılan deneklere daha iyi bir tedavi olanağı sağlaması koşulunun varlığı da bu ilkenin önemini göstermektedir.

Araştırmacı hasta ya da sağlıklı gönüllü denek adaylarını; kullanmak istediği ilacı ya da deneyi açıkça anlatarak araştırmanın amacı, yöntemi, olası yarar ve zararları; araştırmanın herhangi bir aşamasında bir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme haklarının olduğu konusunda bilgilendirip, araştırmaya katılmak üzere onların onamlarını almalıdır. Aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalıdır. Sağlıklı gönüllü denek adaylarının yer aldığı araştırmalarda, adayın araştırmaya katılacağı sürekli hekimine bildirilmelidir. Araştırmacı, araştırma sırasında öngörülen risklerle ilgili olarak yaşama döndürme aygıtlarını çalışabilir durumda hazır bulundurmalıdır. Araştırmacı, araştırmaya katılan deneklere; kişinin araştırmada yer aldığını, olası öteki tıbbi girişimler için iletişim kurulacak adres ve telefon numaralarını belirten birer kart verilmelidir.

Tedaviyle birlikte giden klinik araştırmalarda, araştırmayı yapan hekim klinik araştırmadan bağımsız olarak çalışan bir hekimin hastasına göstereceği özeni göstermelidir. Hasta gönüllü deneklerin aydınlatılmış onamları alınmalı ve seçenek

ilaç/tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir. Araştırmacı, acil girişim gerektiren, ancak hastanın onamının alınamadığı, izin alınabilecek bir yakının olmadığı durumlarda hastanın onamı alınmış kabul edilerek girişimde bulunabilir.

Salt bilimsel bilgi edinmeye yönelik araştırmalarda, haklarının korunmasının edinilecek bilginin değerinden daha öncelikli olduğu dikkate alınarak deneklerin güveni, rahatı ve sağlığı için gerekli tüm önlemler alınmalıdır.

Mental yetersizliği olanlar, normal erişkinlerin denek olarak yer alamayacağı araştırmalara alınmamalıdır. Sağlıklı bireylerde psikotrop ilaç kullanılarak yapılan araştırmalar için aydınlatılmış onam elde etmedeki güçlükler nedeniyle, bu tür araştırmaların zihinsel özürlüler, tutuklular ve yetiştirme yurdunda kalan çocuklar üzerinde uygulanması yolu seçilmektedir. Bu tür durumlarda alınan aydınlatılmış onam, baskı altında (iknadan ağır bir baskı) alınmış sayılmaktadır. Kaldı ki, özel çevresel koşullarda yaşayan tutukluların, kimi duygu durum bozukluklarına sahip olma olasılıkları yüksek olan yuva çocuklarının ve tümüyle sağlıklı sayılamayacak olan zihinsel özürlülerin bilimsel açıdan sağlık örneklem grubunu oluşturmak için ne denli uygun bir seçim olduğu tartışmalıdır. Çoğu zaman bu gruplardan elde edilen veriler, ancak benzer bazı başka gruplar konusunda güç sahibi olmak için uygun olabilecektir.

Hekim gerçek bir onam aldığını savunabilmek için, deneğin hangi bilinçli dayanaklarla, bilinçaltı dürtüler ve kaçamaklarla onam verdiğini sorgulamak zorundadır. Örneğin, yaşadığı koşullardan kurtulma isteği, araştırmaya katılmazsa gereğinden uzun süre bu koşullarda tutularak cezalandırılacağı korkusu, araştırmanın onu öldüreceği ya da üstün güçler kazandıracağı biçimindeki gerçek dışı algılar zihinsel özürlünün onam vermesine yol açabilir. Sözü edilen nedenlerle zihinsel özürlülerin yer aldığı araştırmalarda, yasal temsilciden ya da yasal yakınından aydınlatılmış onam alınmalıdır.

Gönüllü deneği etkileyecek nitelikte yeni bilgiler söz konusu olduğunda gönüllüye verilen yazılı bilgi metninin yeniden düzenlenerek ilgili etik kurulların onayından geçmesi sağlanmalıdır. Araştırmacı, gönüllüler için bir tehlike ortaya çıkacağını öngördüğü acil durumlarda, engel olmak için uygulamada değişiklik yapabilir. Bu

değişiklik ve nedenleri, gerekli protokol değişiklikleri etik kurullara ve destekleyiciye bildirilmelidir.

Araştırmacı, araştırma başlamadan önce araştırma protokolünü, yazılı aydınlatılmış onam formunu, gönüllü denek adayına yapılacak açıklamaların yazılı olduğu metni, sağlıklı bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda gönüllü grubu oluşturma yöntemlerini, konunun parasal yönünü ve varsa gönüllü deneğe verilecek öteki yazılı bilgileri ilgili araştırma etik kurullarına sunmak ve bu etik kurulların tarih belirtilmiş yazılı onayını almak zorundadır. Ortaya çıkan yeni bilgiler, ters/beklenmedik etkiler ve araştırma ürünlerinin güvenilirliği gibi nedenlerle araştırmacıya ait bilgi formunda değişiklik yapılması durumunda güncelleştirilmiş araştırmacı bilgi formu ilgili etik kurullara gönderilmelidir.

Araştırmaya katılacak deneklerin seçiminde, aydınlatılmasında ve araştırmaya katılma kararını vermesinde belirgin bir rol oynayan hekim, deneklerle olan ilişkisinde meslek sorumluluğunun gereklerini yerine getirmek durumundadır. Bu yükümlülüğün temelinde ise, hasta ya da deneğin aydınlatılmış onamının elde edilmesi aracılığıyla onların kendileri hakkında karar verme olanağını kullanmalarına yardımcı olmak yaklaşımı yer almaktadır.

8.3.2. Çocuklar Üzerindeki Araştırmalarda Araştırmacının Sorumlulukları

Araştırmacının sorumluluklarını genel olarak dile getirdikten sonra çocuklar üzerindeki araştırmalarda, araştırmacının yukarıdakilere ek olarak hangi sorumlulukları taşıması gerektiği ele alınabilir. Çocuklar üzerindeki araştırmalarda araştırmacının, araştırmaya katılan çocuklara gelecek zararın en aza indirilmesi, deneklerin seçiminde adil davranılması ve geçerli onamın elde edilmesi konularında özenli olması ve sorulacak sorulara doyurucu yanıtlar verebilmesi gereklidir. Araştırmacı, çocuklar üzerinde araştırma yapma gerekliliği ile çocukların korunması gerekliliği arasındaki hassas dengeyi kurma konusunda çaba harcamalıdır. Bu bağlamda çocuklara karşı öncelikli görevin, onların en yüksek iyiliğini sağlamak olduğu unutulmamalıdır.

Konuyla ilgili olarak Kanada Geçici İşbirliği Kurulu çocukların yer aldığı araştırmada, araştırmacının aşağıdaki görevleri yerine getirmesi gerektiğini öne sürmektedir:

1. Araştırmacılar, hemşirelere ve katılan öteki personele, çocuk denekler ve/veya onların ana-babaları ya da vasileri ile olan projelerini açıklamak ve araştırmanın yürütülmesinde ya da sonuçlarının izleminde doğabilecek sorunları onlarla tartışmak için yeterince zaman ayırmalıdır.
2. Araştırmacılar çocuğa (ve/veya ana-babalar ya da vasilere) projelerini açıklamak ve bu açıklamalara onların verdikleri yanıtları dinlemek için yeterince zaman ayırmalıdır.
3. Araştırmacılar, çalışmaya katılan çocuklarda her hangi bir emosyonel ya da davranışsal sıkıntı ortaya çıkması durumunda, araştırma aktivitesinin yeniden gözden geçirilmesini sağlamalı ve söz konusu sorunu hemen ve uygun olarak çözüme kavuşturmalıdır (Miller, 1993, s.: 5).

8.4. Çocuklar Üzerindeki Araştırmaların Hukuksal Boyutu

Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmalar çerçevesinde hukukçular temel olarak iki soruyla ilgilidirler: "Ne için onam verilebilir?" ve "Kim onam verebilir?" Bu bölümde bu iki soru yanıtlanmaya çalışılacaktır.

8.4.1. Ne İçin Onam Verilebilir?

Hukuk; hekimin, kişinin onamı olmaksızın olağan tedavi yapamayacağını ve ona dokunamayacağını dile getirerek özerkliğe saygıya ilişkin tıbbi etik ilkesini güçlendirmektedir. Bu temel ve yasal ilkeyi göz önünde bulundurma konusunda başarısızlık, hekimi kötü davranma ya da ihmalden kaynaklanan ceza sorumluluğu ile karşı karşıya getirecektir. Hukuksal açıdan herhangi bir onamın gerçek ve geçerli olması için, onun gönüllük temelinde, baskı ve zorlamadan uzak, prosedürün gerçek ya da potansiyel riskleri hakkında uygun ve yeterli bilgilendirmeden sonra verilmiş olması gerekir. Bu noktada hekimin kişiye vereceği bilginin derecesi önemlidir ve örneğin, konuyla ilgili olarak İngiltere'de göz önünde bulundurulan ölçüt, "tıp

mesleğinin mantıklı bir üyesinin, belirli durumlarda bir hastaya söylenmesi gerekenlere ilişkin düşüncesi"dir. Oysa Birleşik Devletler, Kanada ve Yeni Zelenda hukuk mahkemeleri bu standardı reddetmektedirler. Onların kabul ettiği "mantıklı bir hastanın neyi bilmek isteyebileceği" standardı ise, tıp mesleği tarafından belirlenmiş olanla, hastanın belirli ve özel ya da olağandışı gereksinimlerine yanıt veren arasındaki uzlaşmayı dile getirmektedir. Her iki standart da hukukun özerklik sözverisini aşındırmaya yönelik eğilimleri açıklayıcı niteliktedir. Ayrıca, hekimin vereceği bilgiyle ilgili olarak iki nokta göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlardan ilki, hastanın tedavi ya da bazı klinik araştırma biçimleriyle karşılaşıp karşılaşmadığı, ikincisi ise bilgilendirilecek kişinin hasta, araştırma deneği ya da onların yerine onam verecek olan ana-baba ve veya / yasal vasi olmasıdır. Hekim, araştırmanın söz konusu olduğu ve başkası adına onam verildiği durumlarda, daha fazla bilgi vermek zorunda kalabilir (Nicholson, 1986, s.: 126).

Bireyin özerkliğine saygının araçları olan onam ya da reddedilen onam konusunda hukukun kararı yasal olarak geçerlidir. Bunun için onamı veren kişinin özerk olarak eylemde bulunma kapasitesine sahip olması ya da hukuk dilinde "ehliyetli" (yeterli ve yetkili) olması gerekir. Çocuklar üzerindeki araştırmalar da, söz konusu yeterliğin uygun ve yasal ölçütlerine bağlıdır. Çocuk yeterli olgunlukta ise, onun onamı aranmalı ve reddetmesine saygılı davranılmalıdır. Eğer çocuk yetersiz ise, hekim onam konusunda başka birisini dikkate almak durumundadır.

İngiltere'de 1969'da Aile Hukuku Reform Yasasının kabul edilmesinden sonra çocukların yasal açıdan yeterliğine ilişkin olarak bazı ilkeler belirlenmiştir. Buna göre 16 yaşın üzerindeki çocuklar tıbbi uygulamalar için onam verebilmekte iken, 16 yaşın altındaki çocuklar için ana-babaların vekil onamı vermesi gerekmektedir. Yasa, kontrasepsiyon kullanımı gibi belirli durumlarda 16 yaş altındaki çocukların verdiği onamı geçerli saymaktadır. Benzer durumda yasal düzenlemeler "tanısal amaçlar için yapılan herhangi bir girişimi içine alan ve tedaviye olduğu kadar tedaviye yardımcı olan herhangi bir girişime (özellikle anesteziklerin verilmesi) uygulanmak" biçiminde bir açıklama getirse de bunun klinik araştırmalara uygun olup olmadığı açık değildir. Deneysel girişimler konusunda hiçbir şey söylenmemektedir ve özellikle non-terapötik araştırmalar alanı tartışmalıdır (Kessel, 1993).

İngiliz Genel Hukukunda 18 yaşını dolduran kişinin onam verebileceği belirtilmekle birlikte, ana babanın onamının olmadığı durumlarda tedavi için yeterli zeka ve davranışa sahip bir çocuğun onamının kabul edileceği dile getirilmektedir. Ancak,18 yaşın altındaki çocuklarla ilgili olarak, yasal yetkilinin yokluğunda ne yapılacağı sorusuna yanıt bulmak oldukça güçtür. Birleşik Devletler ve Kanada yetkili mahkemelerince, şu koşulların var olduğu ivedi durumlarda yasal olgunluk yaşından küçük olan bir çocuğun tıbbi uygulamalar için onam verebileceği önerilmektedir:

- Temel olarak ivedilik taşıyan, ana-babanın izinin bulunamadığı, çocuğun aileden ayrıldığı ve bağımsız olarak başka bir evde yaşadığı durumlar;
- Çocuğun tıbbi girişimlerin doğasını ve sonuçlarını kavrama konusunda yeterince olgun ve aydınlatılmış onam verebilme yeteneğinde olduğu durumlar.

Konuyla ilgili olarak mahkemeye getirilen bir dosyayı inceleyen Woolf J., herhangi bir bağlayıcı otoritenin yokluğunda şu görüşün uygulamaya geçirilmesini önermiştir. "Çocuğun 16 yaşın altında olması otomatik olarak tedaviye onam veremeyeceği anlamına gelmez. Bir çocuğun gerekli onamı verme kapasitesinde olup olmadığı; çocuğun olgunluğuna, kavrama gücüne ve gereken onamın doğasına bağlıdır. Ancak Yargıtay bu görüşü reddetmiş ve çocuğun "karar yetki yaşı"na ulaşana kadar ana-babaların korumasında olması gerektiği ve ana-baba yetkisi olmaksızın tıbbi tedaviye geçerli onam veremeyeceği yönünde karar vermiştir. Böylece, bağlayıcı otorite olmaksızın bir çocuğu tedavi eden hekim olağanüstü durumda "yasaya aykırı" olarak koruyucu davranmış olacaktır. Yargıtay, karar yetki yaşı olarak kız çocuk için 16, erkek çocuk için 14 yaşı kabul etmiştir. Çocukların yasal haklarının genişletilmesine ilişkin anlayış Lordlar Kamarası tarafından da desteklenmekte ve "ana-baba sorumluluğunun çocuğun kendi kararını vermek üzere yeterli kavrayış gücünü elde ettiği ölçüde azalacağı"dile getirilmektedir (Nicholson, 1986, s.: 128).

Klinik araştırmaya onam verme konusunda geçerli yasal ölçüt 18 yaş ve üzerinde olma, yasal yeterlik ve yetenek bakımından eksikliği olmama ya da tam olma ve yasaklanmamışlık durumudur. Onamın kabul edilmediği "yasaklanmışlık" durumu için örnek olarak 18 yaşından küçüklerde tatuaj yasağı verilebilir. Aile Hukuku Reform Yasası'nın, 16-18 yaş arasında olan ya da aydınlatılmış onam verme olgunluğunda ve kapasitesinde olan çocuğun klinik araştırma için onam vermesini

olanaklı kıldığı yaygın olarak kabul edilmektedir. 16 yaşın altındaki çocuklarla ilgili durum daha az açıktır. Bazı görüşler, 16 yaşından küçüklerin tıbbi araştırmalar için asla onam veremeyeceklerini öne sürerken, bazıları çocuğun önerilen prosedürün doğasını ve sonuçlarını kavrayış kapasitesi yerine yaşın ölçüt alınmasını uygun bulmamaktadırlar. Söz konusu görüşlerle uyumlu yasal düzenlemeler de yürürlüktedir. Örneğin; 1991'de kabul edilen Sağlık Dairesi Etik Komiteler Tüzüğü, ana-babanın onayına karşın yeterli bir çocuğun onam vermeyi reddetmesi durumunda çocuğun kararının göz ardı edilemeyeceğini öne sürmektedir. Benzer biçimde 1984'den beri İngiliz Tıp Birliği'nin önerisi şu olmuştur. Kontrasepsiyon konusunda hekimler mental bakımdan olgun, 16 yaşın altındaki kız çocuklara klinik olarak hastanın en iyi çıkarına hizmet edecekse ana-babanın haberi ya da onamı olmaksızın kontrasepsiyon sağlayabilir. Çocuklar Yasası'nda (1989) ana-babalar, sağlık profesyonelleri ve yerel otoritelerin çocukların, hatta okul öncesi dönemdeki çocukları da kapsayan çok küçük çocuğun görüşlerini dikkate almalarının önemi vurgulanmaktadır. 1990'da kabul edilen Sağlık Kayıtlarının Kullanımı Yasası (Access to Health Records Act) ise, 16 yaşın altındaki çocukların tıbbi kayıtlar görmelerine izin verilmesinin ilkesel bakımdan yararlı olacağını belirtmektedir (Kessel, 1993).

Hukuksal bakış açısına göre, uygun yeterlik ölçütü belirli bir kişinin önerilen prosedürün doğasını ve sonuçlarını anlama ya da kavrama yeteneğidir. Bu ise tedavi ya da araştırma deneği olacak kişinin entelektüel ve emosyonel gelişimi ile doğrudan ilgili bir ölçütdür ve bu nedenle her bireyin özerkliğine saygı söz verisine uygunluk içindedir. Bu ölçüt aynı zamanda, belirli bir çocuğun kavrayış ve anlayış düzeyiyle ilgili olarak yeterli olup olmadığının gelişi güzel ya da rutin bir şekilde saptanamayacağını, bunu ortaya çıkarmak üzere hekim ya da araştırmacının özenli bir muayene yürütme konusunda yasal sorumluluk taşıdığını dile getirmektedir. Hukukun bu görüşü reddedilecek olursa, yeterliğin belirleyicisi olarak herhangi bir özgün yaşın olup olmadığı sorusuna yanıt verilemez, ancak hukuk, hekimi bazı yaşların altındakileri yetersiz varsaymaya zorlamaktadır. İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi konuyla ilgili olarak 12 yaşın sınır çizgisi olması gerektiğini savunmaktadır. Buna göre 12 yaşın üzerinde yeterlik, çocuğun kavrayış düzeyine bağlıdır; 12 yaşın altında ise çocuk bütün durumlar için yetersiz varsayılacaktır. Elbette bu sav, yeterlik

durumunu, yeniden tartışmanın odağına yerleştirmektedir (Medical Research Council, 1991).

- Araştırmanın doğasının zorlayıcı olduğu durumlarda onam verme açısından yasal kapasiteye sahip bir çocuğu ya da genç bir kişiyi mahkemenin ikna etmesi oldukça güçtür. Hukuk sistemi genelde bu tür durumlarda çocukların entelektüel ve emosyonel gelişimi hakkında bilirkişi raporunu göz önünde bulundurmaktadır ve yeterliği gösterme konusunda hekimin üzerindeki yük artmaktadır.
- Tıpta Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında Etik Sorunların İncelenmesi İçin Birleşik Devletler Başkanlık Komisyonu tarafından hazırlanan "Making Health Care Decisions" adlı raporda önerilen görüş şudur: "Eğer çocuk 14 yaşın üstünde ise, kanıtlamanın yerini alabilecek varsayım yeterlik lehinde olmalıdır. Öte yandan çocuk 14 yaşın altında ise, varsayım yeterlik karşıtı olacaktır, ancak bu belirli durumların daha fazla göz önünde bulundurulması gereksinimini ortadan kaldırmaktan çok, soruşturma için başlangıç noktası niteliğindedir." (Nicholson, 1986, s.: 130).

8.4.2. Kim Onam Verebilir?

Hukuksal açıdan bir çocuğun herhangi bir prosedür için onam verme ya da onamı reddetme konusunda yetersiz ve yetkisiz olduğu durumda, onun yerine kimin onam verebileceği sorusu önemlidir. Bu sorunun basit yanıtı "çocuğun sürekli ve doğal ana-baba sözleşmesi ile bağlı olduğu kişi" biçiminde olabilir. Bunun anlamı şudur: Hekim bu tür bir çocukla karşılaştığı zaman öncelikle ana-babadan birine, olmazsa bir yasal vasiye, çocuk yerel otoritenin bakımında ise yerel otoriteye ya da vesayet altında ise mahkemeye başvurabilir. Elbette çoğunlukla ana-babaların olması yeğlenmelidir. Ana-babalık hakları, örneğin bir yerel otoritede olduğu gibi başka bir kişiye aktarıldığı zaman, o kişi teknik açıdan "düzenli bakım"dan farklı olarak bir ana-baba ya da vasi gibi "bazı yetkiler ve görevler" edinebilecektir. Bununla birlikte, onun çocuk konusundaki görev ve yetkileri bir ana-babanınkine oranla daha fazla sınırlandırılmış olabilecek; örneğin danışılmak üzere ana-babaya kalan bir takım haklardan yararlanmayabilecektir. Konuyla ilgili olarak birbirleriyle anlaşamayan ana-babalar olduğu zaman, hekimin kimi yetkili göreceği sorusu ortaya çıkmaktadır.

Çocuklarının adına onam verme konusunda hukuk açısından her iki ana-baba eşit yetkeye sahiptir. İyi ve doğru tıbbi uygulama, ana-babaları ortak bir görüş üzerinde uzlaşmanın araştırılması için önerilerde bulunmalıdır. Eğer uzlaşma sağlanamazsa hukuk, hasta çocuğun yaşamını ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit eden durumlarda ortaya çıkacak ve hekimi, onamı reddedecek ana/babanın yerine tedavi ya da terapötik araştırmaya onam verecek ana/babayı yeğlemek üzere yetkilendirecektir. Önerilen araştırma non- terapötik ise çocuk, hasta olsun ya da olmasın hekim, ana-babanın onam vermeme biçimindeki görüşüne saygı göstermelidir. Sorun yeterince açık değil ve çocuğun sağlığı da tehlikede değilse, hekimin durumu gözlemesi uygun görülmektedir. Çünkü tıbbi uygulamada hekimin amacı, aileyle ilişkilerdeki herhangi bir olumsuzluktan kaçınmak olmalıdır.

Yetersiz ve yetkisiz çocuk adına ana-baba ya da bir başkasının onam vermek üzere kabul edilmesi önemli bir konudur. Öncelikle, hukuk özerkliğe saygıyla ilgili sözverisinden vazgeçemez ve hukukun amacı, çocuğun gelecekteki özerklik uygulamaları açısından yararını en yüksek düzeyde tutmaktır. Bunun iki yolu vardır. Bunlardan ilki, çocuğun önlenebilir zarardan kurtulabilecek olduğunu ve yeterliğe ulaşana kadar, başkalarının onun yetersiz olduğu söylemine dayanarak çocuğa zarar verebilecek seçimleri yapmasını engellemektir. İkincisi ise, çocuğun adına onam verenlerin onun olgunlukta özerkliğini kullanmasını zayıflatabilecek kararları almalarını önlemektir. Bu nokta oldukça önemlidir, çünkü çocuğun yerine onam verebilecek ya da onamı reddedebilecek ana-baba ya da bir başkası için sınırların ne olduğunu açıklamaktadır. Hukuk söz konusu sınırların kapsamıyla ilgili olarak, ana-babaların çocukları adına karar alma yetkilerinin derecesini önemsemektedir.

Çocuklar üzerindeki araştırmalar konusundaki sorulara, yasal hükümlere bağlı olarak pekiştirilmiş ve geçerliliği olan anlamlı farklı yanıtlar verilebilir. "Ana-babaların hakları" görüşü bir ana-babanın çocuğu için karar verme konusunda çok önemli özgürlüğe sahip olduğunu dile getirmektedir. Son zamanlarda geliştirilen bu sav, devletin sosyal yaşamın sürdürülmesinde temel ünite olan aileye vermiş olduğu şu söze dayanmaktadır; devlet, ailenin reisi olarak ana-babanın otoritesine saygı göstermeli ve onun karar yetkisinin uygulanmasına karışma konusunda yavaş davranmalıdır. Bu durumda, yalnızca çocuğun sağlığıyla ilgili açık bir tehlike olduğu zaman devletin işe karışması haklı görülebilecektir. Hatta çocuğun sağlığının tehdit

edildiği durumlarda bile ana-babalar özel durumla ilgili ya da geleneklere aykırı, ancak ailenin benimsediği değerlerle uyumlu olabilen bir eylem biçimini seçme hakkına sahiptir. Bu görüş yasal olarak kabul edilecek olursa, araştırma çerçevesinde ana-baba onamı potansiyel olarak çok önemli olabilecektir.

Bu görüşün bazı kusurları vardır. İlk olarak çocuğun çıkarları ana-babanın çıkarlarına hukuksal olarak bağımlı olacaktır ki..,bu eğilim, yasa ve kural olarak 20. yüzyılın toplumsal dinamiklerine uygun olmayan bir nitelik taşımaktadır. Örneğin, ana-babalar Yehova Şahidi iseler, çocuklarının tedavisi için gerekli olan kan transfüzyonuna onam vermeyi reddedeceklerdir. Tıp profesyonellerinin konuyla ilgili görüşü, bu tür durumlarda ana-baba onamının geçersiz kılınması biçimindedir Çocukların ana-babanın yasal korumasından uzaklaştırılması ve başkaları tarafından korunması konusunda sulh mahkemelerine baş vurulması uygun bir çözüm olacaktır (Nicholson, 1986, s.: 132).

Çocuğu hakkında karar alma yetkisine sahip olmasına karşın, onun üzerinde mülkiyet hakkına sahip olmayan bir ana-babanın, ancak çok az rastlanan ve belirsizlik olan durumlarda tek karar verici olması kabul edilebilir.

Günümüzdeki hukuk anlayışı ana-babaların, başta onların korunması ve bakımı olmak üzere bazı konularda çocuklarına karşı görevleri olduğu ve yalnızca bu görevleri yerine getirmelerine olanak sağlayacak bazı haklara sahip oldukları biçimindedir. Ana-babanın görevlerinin belirlenmesi aynı zamanda ana-baba otoritesinin sınırları olduğunun da kabul edilmesidir.

İkinci bir görüş, "çocuk hakları" kavramı içinde yer almaktadır. Yetmişli yıllarda yaygınlaşmaya başlayan bu görüş, günümüzde çocukların politik haklarını da içine alacak biçimde genişletilmiştir. Çocuk haklarını temel alan görüş, ana-babaların otorite ya da karar yetkisini daraltmakta ve çocuğun haklarının bu karar tarafından tehdit ve ihlal edilmemesini sağlamak üzere devletin sürekli gözetim ve denetimini önermektedir. Bazı çevrelerce eleştirilmekle birlikte bu yaklaşım, ana-baba otoritesinin sınırlarının tartışılması için duyarlı bir çerçeve oluşturulmasına katkıda bulunabilir. Olanaklı bir başka çözüm, çocuğun çıkarlarının temsilcisi olarak ana-babadan söz edilirken, hukukun varoluşuna ve çok farklı yönleri olan yasal geleneksel anlayışlara saldırıda bulunulmamasıdır. Hukukun, öncelikle "çocuk

konusunda primer sorumlu kişi olarak ana-babanın kabul edilmiş olmasının ne anlama geldiğini" sorgulaması gerekmektedir. Sorumluluğun uygulanmasında ana-babanın uygun ölçülerde karar yetkisine sahip olacağı, her olgunun özel durumlarına bağlı olarak bu yetkisini uygulayabilme olanağı sağlanacağı ve bunun temel olarak güvene dayalı olması gerektiği kabul edilmelidir. Öte yandan ana-babanın otoritesine belirli sınırlar getirilmelidir. Böylece, ana-babaya olan güvenin sarsılması durumunda, onun çocuğu üzerindeki otoritesine son verilmeli ve çocukla ilgili sorumluluk başka bir vekil, örneğin yerel otorite tarafından yürütülmelidir (Nicholson, 1986, s.: 133).

Çocuğun çıkarlarının korunması, giderek daha fazla hukukun ilgi alanı içine girmekte ve bir çok aile hukuku alanında çocuğun esenliği başlıca konu olarak dile getirilmektedir. Örneğin, küçüklerin korunması hakkında Lord Mac Dermott şunları söylemektedir: "Ana-babaların görüş ve istekleri, seçimleri ve bütün öteki ilgili durumlarda izlenecek yol olarak en çok çocuğun esenliği göz önünde bulundurulmalı ve değerlendirilmelidir. Çünkü bu hem en öncelikli, hem de en üstün yaklaşım olarak belirleyicidir." Tıbbi araştırmalar söz konusu olduğunda, toplumun çıkarları ile çocuğun iyiliği ve çıkarları dengelenmiş olmalıdır. Herhangi bir araştırmaya yasal olarak izin verildiğinde bu iyilik, anlamlı biçimde belirleyici olduğu zaman, yaklaşımdaki kimi önemsiz farklılıklar göz önünde bulundurulmayabilir.

Hukuk açısından, ana-babanın çocuğun adına onam vermesiyle ilgili olarak 3 temel ölçüt geliştirilmiştir. Bunlar:

- Çocuğun en iyi çıkarını gözetmesi,
- Çocuğun çıkarlarına ya da iyiliğine katkıda bulunması,
- Çocuğun çıkarlarına karşı olmaması.

İlk ölçüt, ana-babanın en iyisinden daha azını seçmeyi yeğlemeyeceğini vurguladığından, ana-babanın yetkisinin en geniş sınırlarını dile getirmektedir. İkinci ölçüt, ana-babalık durumunu daha az gerektiren ya da başka bir bakış açısından çocuğu daha az koruyan bir niteliğe sahiptir. İstenilen en iyi biçimde sonuçlanmayan bazı olaylarda, karardan sonra onları suçlamamak ve ana-babanın sağduyusuna bırakmak gibi bir rahatlığı içermektedir. Bu standardın belki de en önemli özelliği, "esenlik" kavramının doğasında var olan "esnekliğe" dayalı olarak, bir çocuğun

esenliğini sağlamayan her hangi bir davranış biçiminin var olduğunu öne süren kişiyi, bunu kanıtlamakla yükümlü kılması ve karar yetkisini daha çok ana-babaya bırakmasıdır. Üçüncüsü ise ana-babanın her eyleminin çocuk için en iyisi olduğunun gösterilmesine yöneliktir. Bu ölçüt gereği, ana-baba çocuğun çıkarlarına zarar vermediğini kanıtlamak durumundadır. (Nicholson, 1986, s.: 134).

Çocukların yasal haklarının artırılması yönünde genel bir eğilimin varlığına karşın, konunun pek çok tartışmaları da gündeme getirdiği görülmektedir. Aşağıda sunulan örnek hukuk davası, söz konusu tartışma noktalarını somut olarak gözler önüne sermektedir.

"J. adlı çocuğun tedavisiyle ilgili olarak Yargıtay tarafından 10 Temmuz 1992'de alınan bir kararda, sağlık bakımında küçüklerin yasal haklarının sürekli gelişimi konusunda çok derin kuşkuların olduğuna gönderme yapılmaktadır. Mahkeme, 1990'da 14 yaşında olan J'nin, bir konsültan psikiyatrist tarafından anoreksia nervoza tedavisi tanısıyla adolesan ünitesine yerleştirildiğini ve 6 yıllığına yerel otoritelerin bakımına verildiğini saptamıştır. 1991'de J, kısa bir süre için nazogastrik tüple beslenmesi için onam vermiş, tedavi sırasında yine onun onamıyla kolları alçıya alınmıştır. Mayıs 1992'de yerel otorite, Yüksek Mahkemenin izniyle ve 1989 Çocuklar Yasası gereğince J'nin beslenme hastalıklarının tedavisinde uzmanlaşmış bir hastaneye taşınması kararını almış, ancak J, 16 yaşında olduğundan bu karara onam vermeyi reddetmiş ve adolesan ünitesinde tedavi almaya devam etmeyi yeğleyerek orada 2 yıl daha geçirmişti (Kessel, 1993).

Yüksek Mahkemenin görüşüne uygun bir karar alan Yargıtay, J'nin çıkarına davranmaya ilişkin yetkisini de yerel otoritenin yaptığı gibi Çocuklar Yasasına temellendirmişti. Bununla birlikte Yargıtay sorunun sınırlarının ötesine geçerek, tıbbi tedaviye bir küçüğün reddine önem vermeme yetkisinin mahkemelerde olup olmadığı konusunu tartışmayı uygun bulmuştur. Ancak, anoreksia nervosa durumu, tıbbi bir konu olduğu için, bilgilendirilmiş seçim yapabilme yeteneğini yıkabileceği göz önüne alınarak J'nin "tedaviye onam vermek için yeterli zeka ve anlayışa" sahip olup olmadığı sorusuna başvurma gereksinimini duymamıştır. Aynı zamanda mental bakımdan yetersiz kişilerin tıbbi tedavisi için geçerli onam verilmesini sağlayan Mental Sağlık Yasası ayrıntılı olarak dikkate alınmamıştır. Yargıtay daha çok Aile

Hukuku Reform Yasasında yer alan "16 ya da 17 yaşındaki birinin onamı eğer yaşını doldurmuşsa etkin olacaktır" biçimindeki anlatıma göre karar vermiştir. Oysa söz konusu yasanın ilgili bölümünün açık amacı, hukuksal ve sivil saldırılara karşı bir savunmayla birlikte tedaviye yönelik yapılması gerekenlerin sağlanmasına ilişkindir. Bu, onam yetkisi konusunda ana-baba sorumluluğundan onların "mahrum bırakılması" olarak yorumlanamaz. Yargıtay ayrıca, bir küçüğün tedavisiyle ilgili olarak klinik kararlarıyla birlikte doktorları yetkilendirmiş ve 16 yaşını doldurmuş bir kişinin reddini önemsemeyen mahkemenin bu tutumunun, paternalizmin doğasında bulunan anlayışla eş anlamda olduğunu karara bağlamıştır. Daha da önemlisi mahkeme, abortusu da kapsayacak biçimde küçüklerle ilgili olabilecek öteki sorunlarda onların kararlarını kabul etmeye kadar gitmiştir. Çocukların Hukuk Merkezi sözcüsü ise, bu karar karşısında şunu söylemiştir; "Bu karar tıp dünyasını kaosta bırakacaktır. Parlamento geri çekilecektir" (Kessel, 1993).

8.5. Etik Kurullar

Etik kurullar, insanlar üzerinde yapılan biyomedikal araştırmaların bilimsel ve etik açıdan savunulabilir olmasında ve gerçekleştirilen uygulamaların toplumsal vicdanı zedelememesinde belirleyici önem taşımaktadır. Çocukların katılımcı olduğu araştırmalarda ise, risk değerlendirmesi başta olmak üzere araştırmanın amaçları, onam süreci, deneklerin korunmasına ilişkin önlemlerin alınması ve araştırmanın izlemi konularında en önemli karar verici olan araştırmacı kadar ve kimi durumlarda ondan daha fazla işlevleri bulunmaktadır. Bu bölümde, çocuklar üzerindeki araştırmalar bağlamında etik kurulların amacı, yapısı, çalışma yöntemi ve işlevleri ele alınacaktır.

8.5.1. Etik Kurulların Tanımı ve Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütünün "İyi Klinik Uygulama Rehber-Kuralları" adlı belgesine göre etik kurul; "tıp profesyonellerinden ve tıp-dışı üyelerden oluşan, sorumluluğu belirli bir klinik denemeye katılan gönüllülerin güvenliğinin, onurunun ve insan haklarının korunup korunmadığını incelemek, denemenin genel etiğini dikkate almak ve böylece toplumun güvenini sağlamak olan bağımsız bir kuruluş" olarak

tanımlanmaktadır. Bu tanıma uygun olarak, kurum içi, bölgesel ya da ulusal ölçekte etik kurullar oluşturulmaktadır. Aynı belgede etik kurulun işlevi konusunda da şu belirleme yapılmaktadır; "Etik kurulun işlevi, klinik denemeye katılan gönüllü kişilerin haklarının ve esenliğinin, Helsinki Bildirgesinin güncel revizyonunda, ulusal ve konuyla ilgi öteki düzenlemelerde tanımlandığı şekilde korunmasını sağlamak ve deneme protokollerini önceden gözden geçirerek ve diğer işleri yaparak kamu güvencesini sağlamaktır." (Kayaalp, 1996, s.: 272, 281).

Tıp mesleğinde geleneksel klinik uygulamadan klinik araştırmaya doğru bir değişim söz konusu olduğu için, ortaya çıkabilecek kötüye kullanım ve hak ihlallerini önlemek üzere bürokratik bir aygıt olan araştırma etik kurullarının oluşturulması gereği doğmuştur. İngiltere'de 1967 yılında"Kraliyet Hekimler Akademisi" (Royal College of Physician,) tarafından klinik araştırmaların etik kuralları konusunda başlatılmış olan çalışma bu alandaki öncü çalışma olması bakımından önemlidir. Kraliyet Hekimler Akademisi'nin önerisinin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Birimlerince kabul görmesinden sonra birkaç yıl içinde pek çok hastane ve kurumda tıbbi araştırmaları yönlendiren etik kurullar oluşturulmuştur. 1984'de Kraliyet Hekimler Akademisi tarafından etik kurulların uygulamalarına açıklık getirmek ve çalışmaları standardize etmek amacıyla "Etik Kurulların Tıbbi Araştırmalarda Uygulayacağı Kurallar" adlı bir ilkeler bütünü yayınlanmıştır. Buna göre;

1. Araştırmalar, Dünya Hekimler Birliği (DHB)'nin Helsinki Bildirgesi temel alınarak yürütülmelidir.
2. Etik kurulların amacı; tıbbi araştırmaları toplum yararına olacak biçimde kolaylaştırmak, araştırmaya katılan deneklerin haklarını gözetmek ve onları olası zararlardan korumak, topluma konuyla ilgili güvence vermektir.
3. Etik kurullar aynı zamanda araştırmacıları da haksız saldırılardan korumalıdır.
4. Araştırma projeleri toplumun öncelikli çıkarları gözetilerek DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve DHB'nin önerileri doğrultusunda hazırlanmalıdır. Bilimsel bilginin elde edilmesinde hayvan deneylerinin yetersiz olması durumunda, olabildiğince az sayıda insan denekle ve onlara verilecek risklerle sıkıntıların en aza indirgenmesi temelinde araştırma yapılmalı, araştırmacılar nitelikli ve iyi

yetiştirilmiş olmalıdır. Literatür araştırması ve deneysel çalışmalar, olası riskleri ortaya çıkarana dek sürdürülmelidir.

5. Etik kurullar, sağlam bilimsel temellere dayanmayan araştırma önerilerini kabul etmemelidir. Araştırma hedeflerinin parasal yönü etik kurullarını ilgilendirmemelidir.
6. İnsanı etkileyen bütün araştırma projeleri etik kurulların kararına bağlı olmalıdır.
7. Etik kurullar 12 kişiden az olmamak koşuluyla yönetilebilecek büyüklükte olmalı, tıpla ilgili alanlarda bilgisi olmayan en az 1 ya da 2 kişi kurullarda yer almalıdır. Bu "sıradan" üyelerin özel eğitim almalarına gerek yoktur, "sorumlu" kişiler olmaları yeterlidir. Kurul üyelerinin çoğunluğu klinikte çalışan hekimlerden oluşmalı, en az bir pratisyen hekim ve hastalarla aktif ilişki içinde olan bir hemşire kurulda bulunmalıdır.

Kraliyet Hekimler Akademisinin belirlediği kurallar arasında, araştırmaya katılan kişinin kendisiyle ilgili karar vermesini sağlayacak bütün bilgileri anlayabileceği biçimde edinmesi gerektiği de yer almaktadır. Bununla birlikte, hasta deneklerin söz konusu olduğu ve bilgilendirilmenin zarar vereceği özel durumlarda,onamın gerekip gerekmediği sorusu tartışmaya bırakılmıştır (Kadıoğlu, 1996, s.: 91-95).

8.5.2. Etik Kurulların Görevleri

Etik kurulların görevi, adının çağrıştırdığı gibi araştırma başvurusunu yalnızca etik yönden incelemek değildir; aynı zamanda amacını, gerekçesini, yaklaşım ve yöntemini göz önünde tutarak bilimsel bakımdan da incelemektir. Bir klinik araştırma projesinin etik yönler ile bilimsel yönleri çoğunlukla iç içedir ve birbirinden ayrılamaz; bilimsel değeri olmayan bir araştırmanın etik açıdan uygun olduğu söylenemez (Kayaalp, 1996, s.: 29). Bu bağlamda, bir araştırma önerisinin, araştırma etik kurulu tarafından incelenmesi basit bir sorgulama ya da gözlemden daha fazla bir anlam taşımaktadır. Etik kurulun yaptığı incelemede, her projenin kendine özgü sorunları göz önünde bulundurulmakla birlikte, bütün araştırmalarda üzerinde durulması gereken başlıca iki temel konu vardır.

1. Bilimsel Değer: Önerilen bir araştırmanın bilimsel değerinin göz önüne alınması; bilimsel geçerlik sorunlarına ve bundan daha önemli olarak da araştırmanın potansiyel değerine yönelik olmalıdır. Böylece araştırmanın yararlarının hastaya gelecek risklere ağır basıp basmadığının yerinde bir değerlendirmesi yapılabilir. Bu sorunun yanıtı, araştırmada ortaya atılan sorunun bilimsel açıdan anlamının yanı sıra, konuya ilişkin daha önce yapılan hazırlık çalışmalarının değerlendirilmesi sonucunda verilebilir. Araştırma sorusunun öncelikle sağlam bir eleştirel literatür bilgisine dayandırılmış olması, klinik öncesi araştırmaların yapılmış olması ve gönüllüler için öngörülen risklerin düşük olduğunun saptanmış olması gereklidir.
2. Riskin Derecesi: Etik kurul, araştırmanın bilimsel değeri konusunda olduğu kadar hastalar ve/veya denekler açısından araştırmanın risk derecesi ve katılımdan kaynaklanan sorumluluklar konusunda da bilgili olmalıdır. Yalnızca beklenen bilimsel değer ya da hasta için potansiyel yarara karşılık, bu risk ve yükümlülüğün dengelenmesi amacıyla araştırmanın ilerlemesine izin verilmesinin gerekip gerekmediği tartışılarak uygun karar verilmelidir (Milliken, 1993).

8.5.3. Etik Kurulların Yapısı

Araştırma etik kurullarının oluşturulması ve örgütlenmesi konusundaki yaygın uygulama, klinik araştırma yapılan her hastane ya da tıp merkezinde yerel etik kurul bulunmasıdır. CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) ve DSÖ, yerel etik kurullara ek olarak ya da yalnızca ulusal etik kurulların oluşturulması önerisini getirmektedir. Bu tür bir uygulama Türkiye ve Fransa'da bulunmaktadır (Kayaalp, 1996, s.: 31).

Etik kurulların yapılandırılması sürecinde, araştırmanın kabul edilebilir olmasını sağlamak üzere araştırma protokollerini değerlendirmek için yerel araştırma etik kurullarına yetki verilmesi önemli bir noktadır. Araştırma etik kurullarının yaygın olarak yaptığı iş, önerilen araştırma protokollerinin, yerel etik kurul üyeleri tarafından bilimsel araştırma etiğinin evrensel ilkelerine, ulusal ölçekteki yasal düzenlemelere ve kurallara uygun olup olmadığının belirlenmesidir. Bu

değerlendirme ve belirleme sürecine bilim çevresinden olduğu kadar, bilim dışından yerel kişilerin de katılımı aracılığıyla araştırmanın incelenme ve onaylanmasında bir bakıma demokratik bir yöntem uygulanmış olmaktadır. Bunun yanı sıra yerel etik kurulların sürece aktif olarak girmesiyle hem araştırma protokollerinin birikmesi önlenmiş, hem de merkezi bürokrasiden yetkenin büyük bir bölümü yerele taşınmış olmaktadır (Williams, 1996).

Söz konusu amaçlara ulaşılması, konuyla ilgili bütün ayrıntıların göz önünde bulundurulması ve sağlam olarak temellendirilebilmesi için bu tür bir kurulun yalnızca "profesyonel" üyelere sınırlandırılmaması gerekir. Yukarıda dile getirilen İngiltere örneğinde yerel araştırma etik kurulları, bölge sağlık otoriteleri tarafından belirlenen ve profesyonel üyeler kadar meslek dışı kişilerin atanmasını içeren öneriyle oluşturulmuştur. Kuşkusuz etik kurulda yer alan üyeler gerek profesyonel gerekse meslek dışı bireyler olsun riskleri, yararları ya da araştırmanın yöntemi ve yürütülmesiyle ilgili konuları farklı açılardan ele alabilmektedirler. Genel olarak toplumda bu konuda sonsuz sayıda yorumun olacağı kabul edilmekle birlikte, etik kurul içindeki spesifik duyarlılık temel olarak belirli hasta gruplarının çıkarlarına ve bakış açılarına yönelik olmalıdır. Örneğin, hastalık ve ölüm kadar, rahatsızlık içeren riskler de göz önünde bulundurulursa, risk-yarar oranını yaşlı deneklerin genç bireylerden daha farklı değerlendirebilecekleri açıktır. Bu nedenle uygun toplum grupları ya da temsilcilerinden yeterli sayıda kişinin etik kurulda yer alması, deneklerin araştırmaya ilişkin bakış açılarının öngörülmesi açısından önem taşımaktadır (Milliken, 1993).

Türkiye'de merkezi ve yerel düzeyde etik kurulların oluşturulması, üye bileşimi, amaçları, sorumlulukları ve çalışma yöntemlerine ilişkin yasal düzenlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik'te yer almaktadır. Yönetmeliğin 12. Maddesine göre merkez etik kurul üyeleri Bakanlıkça görevlendirilmekte ve kurul Bakanlık Müsteşarı ya da görevli Müsteşar Yardımcısı başkanlığında 3 farmakolog öğretim üyesi, 3 klinisyen öğretim üyesi, eczacılık fakültesinden 3 öğretim üyesi, tıp, eczacılık ve diş hekimliği alanlarının meslek örgütleri tarafından belirlenen birer üye, Bakanlıkça seçilen 3 klinisyen, Bakanlık İlaç Ruhsat Komisyonu'ndan 1 üye, hukuk fakültesinden 1 öğretim üyesi, Adli Tıp

Kurumu tarafından belirlenen 1 uzman tıp doktoru, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü, Bakanlık 1. Hukuk Müşaviri'nden oluşmaktadır. Yönetmeliğin 14. Maddesinde ise, yerel etik kurulların 3 klinisyen, 1 klinik farmakolog ya da tıp doktoru farmakolog, 1 eczacı, 1 biyokimya uzmanı, 1 patolog, olanaklıysa 1 deontoloji uzmanı ve yapılacak çalışmanın özelliğine uygun 1 uzmandan oluşması gerektiği dile getirilmiştir. Görüldüğü gibi söz konusu yasal düzenlemede, merkezi ve yerel etik kurullarda meslekten olmayan kişilere yer verilmemiştir. İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin dışında, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 29 Aralık 1995 gün ve 51748 sayılı genelgesi ile uygulamaya konulan İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'nda da etik kurulların yapısı ve çalışma ilkeleri ele alınmaktadır.

8.5.4. Karar Alma Süreci ve Çalışma Yöntemleri

İyiliğin geliştirilmesi, özerkliğin korunması ve adalet gibi geleneksel etik ilkeler yasal düzenlemelerin oluşturulmasında, resmi olarak duyurulmasında, yürütme ve yargı tarafından uygulamaya geçirilmesinde önemli işleve sahiptir. Çünkü etik ilkeler politik idealleri, estetik duyarlılığı ve yönetsel kararlarla ilgili öteki normları birleştirici bir nitelik taşır. Etik standartların göz önünde bulundurulduğu düzenlemeler; gönüllülüğü temel almak, denek özerkliğini aydınlatılmış onam aracılığıyla korumak, deneğin ve toplumun iyiliğini geliştirmek, verilerin güvenilirliğini sağlamak ve sürdürmek, özel yaşamın gizliliğine saygı göstermek ve deneklerin seçiminde eşitliği gözetmek üzere hazırlanmaktadır. Görüldüğü gibi yasal düzenlemelerin oluşturulmasında iyilik, özerklik ve adalet ilkeleri temel eksen olarak belirlenmektedir (Williams, 1996).

Etik ilkelerin bir kısmı, araştırma etik kurullarının işlevi ve yapısında dolaylı olarak vardır. Karar alma süreci, pek çok zorlukları ve riskleri içeren bir süreçtir. Bu zorluklar, karar alınması gereken konunun doğasından ya da konuyla ilgili izlenecek yoldan kaynaklanabildiği gibi, karara katılan kişinin yargı yürütme biçimi ve niteliğinden de kaynaklanabilir. Dolayısıyla, olabildiği kadar doğru kararlar vermek ya da kaçınılması olası yanlış kararları önlemek için, konuyla ilgili belirlenmiş bir yöntem ve ilkeler bütününe gereksinim vardır. Her ne kadar kesin güven vermenin

bir yolu olmasa da, karar alma sürecinin yöntemi için birtakım idealler vardır; bir başka deyişle "daha doğru kararlar almayı sağlamaya yönelik" durumlara nasıl rehber olunacağının ilkeleri oluşturulabilir. "Etik bürokrasi" olarak adlandırılabilecek bu yöntem ve işlemler bütününde belirli etik ilkelere ve ideallere saygı gösterilmesi gerekir. Bunun sağlanması için karar alma sürecinde aşağıda sözü edilen noktaların göz önünde bulundurulması gereklidir.

1. Kararlar, bilgilendirilmiş olarak alınmalıdır. Karar alma öncesinde durumun içerdiği gerçeklerin geniş kapsamlı bir değerlendirmesi zorunludur. Bu karar alıcıların seçimini olduğu kadar, bilginin toplanmasını da içerir. Kararı etkileyecek olan veriler tarafsız ve adil olarak, karar almayı destekleyecek ölçüde doğrulanır. Ayrıca karar alıcıların,konuyla ilgili bilgi sahibi olmaları gereklidir.
2. Kararlar, tartışma ve düşünme için uygun süre içinde alınmış olmalıdır. Bu gereklilik, incelenecek konuda aceleyle görmezden gelme ya da değerini hafife almaya yol açacak olan "telaş" riskini azaltmayı dile getirilmektedir.
3. Kararlar, dinginlik durumlarında alınmış olmalıdır. Kuşkusuz "soğukkanlılık" her zaman "nesnellik" gibi ölçülebilir bir durum değildir; ancak genel siyasi kararların alınmasında sağlanabilen optimal koşullar burada da oluşturulabilir.
4. Karar alıcılar, sonuçlarını ve nedenlerini açıklamaya istekli olmalıdırlar. Bu noktada alınan kararların kamuya açık olması gerekliliği; keyfi hareketin kontrolü ve eğitimin önemli bir parçası olarak değerlendirilip sunulmalıdır.
5. Kollektif karar alma, bazen daha az verimli ve olsa da, yanlış ve ön yargı sıklığını azaltmaya yardım ettiği ve rasyonel karar alma şansını arttırabildiği için, çaba gösterilmesi gereken bir yöntemdir.
6. İnceleme ve karar alma sürecinde olayların ve buna bağlı olarak görüşlerin değişebileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle, yeniden incelemek için uygun yöntemler ve araçlar önceden belirlenmeli, gerekirse karar değişikliği yapılabilmelidir. Geri dönüşü olmayan kararlar özel dikkatle alınmış olmalıdır (Williams, 1996).

Karar alma sürecinin yukarıda sözü edilen nitelikleri konusunda özen gösteren bir etik kurul, öncelikle bir çalışma yöntemi belirlemiş olmalıdır. Yerel etik kurulların

çalışma ve karar alma yöntemleri konusunda 1990'ların başında Julia Neuberger tarafından hazırlanan rapor etik kurulların ilk doğduğu yer olan İngitere'de büyük bir tartışmaya yol açmıştır. Neuberger, söz konusu raporunda etik kurulların birbirinden apayrı çalışma yöntemleri uyguladıklarını, onam alma, kayıtların saklanması, yıllık raporların yayımlanması, deneklerin zararlarının karşılanması, araştırma projelerinin onaylanmasında cinsiyetçi önyargı, çocuklar ve mental hastalığı olanlar üzerinde yürütülen araştırmalar konularında önemli sorunlar yaşandığını dile getirmiş ve çözüm yolu olarak bir "araştırma etik kurulu yasası" hazırlanması gerektiğini öne sürmüştür (Moodie, 1992). Bu tür sorunlarla olabildiğince az karşılaşılması için, etik kurul çalışmalarında izlenecek yöntemin temel olarak aşağıdaki ilkelere dayandırılması gerekmektedir:

1. Etik kurulun oluşturulmasında ve çalışmalarında her türlü yanlılıktan ve etkilenmelerden uzak kalmasına özen gösterilmeli, bağımsız bir kurul olması gerektiği gözden ırak tutulmamalıdır.
2. Etik kurulun çalışma yöntemleri, politikaları belirlenmiş ve belgelenmiş olmalı ve kamuya açık kılınmalıdır. Kurulun hangi makama bağlı olduğu, seçilen üyelerin sayısı, nitelikleri seçilme gerekçeleri, görev alanı ve görev tanımı, çalışma yöntemleri, araştırıcı ve/veya destekleyici ile etkileşim biçimi belgelerde yer almalıdır.
3. Araştırıcı ve/veya destekleyici tarafından kurula sunulan klinik araştırma protokolü önerisi ve ekleri, gönüllülerin aydınlatılmış onam belgeleri gözden geçirilerek araştırmaya onay verilip verilmeyeceği kararlaştırılmalıdır. Etik kurul, bu sırada danışmanlık görevini de yerine getirmiş olur.
4. Etik kurul, araştırma süresince araştırmanın etik ilkelere uygunluğundan sorumludur. Araştırmacının ve/veya destekleyicinin, belirli aralıklarla etik kurula rapor vererek araştırma sırasında ortaya çıkan beklenmedik olaylar, gönüllerin güvenlik ve esenliği ile deneyin yürütülmesini etkileyen gelişmeler konusunda bilgilendirmesi sağlanmalıdır. Denemenin etik yönlerinin yeniden değerlendirilmesi gerekiyorsa ya da araştırma protokolünde değişiklik yapma zorunluluğu doğmuşsa etik kurula danışılmalıdır. Etik kurul araştırma projesi hakkında olumlu görüşünü bildirene kadar, gönüllüler üzerindeki denemelere

başlanılmamalıdır. Etik kurul görüş ve önerilerini uygun bir süre içinde yazılı olarak vermeli, kurul toplantısında bulunanların listesi, toplantının tarihi, incelenen belgelerin dökümü belirtilmelidir.

5. Klinik deneme önerilerinin incelenmesinde, etik kurulun göz önünde bulundurması gereken noktalar şunlardır:

a) Kurula verilen bilgiler dayanak alınarak, araştırıcının niteliksel açıdan (deneyimi, araştırmada yer alışı, nitelikleri, yardımcı personel vs.) uygunluğu.

b) Araştırma protokolünün, araştırmanın amaçları, gönüllüler için öngörülen riskler ve beklenen yarar dikkate alınarak haklı gösterilmesi ve planın verimliliği bağlamında uygun oluşu.

c) Gönüllülere ulaşma yolları, bilgilendirme ve aydınlatılmış onam alma yöntemlerinin uygunluğu.

d) Gönüllülerin, akrabalarının vasilerinin ya da yasal temsilcilerinin araştırmayla ilgili olarak bilgilendirilmesinde yeterlilik.

e) Gönüllünün araştırmayla ilgili olarak sağlığının bozulması ya da ölümü durumunda araştırıcının ya da destekleyicinin zararının karşılanması ve tedavi için harcayacağı giderin ayrıntıları.

f) Destekleyicinin, araştırmayı yürütenlere ve gönüllülere, yerel düzenlemelerin gereği olarak yapacağı ödemelerin miktar ve biçim bakımından uygunluğu.

g) Gönüllülerin güvenliğini ve araştırmanın yürütülüşünü etkilemesi beklenen herhangi bir protokol değişikliğinin kabul edilebilirliği (Kayaalp, 1996, s.: 280-286).

8.5.5. Etik Kurulların Çocuklar Üzerindeki Araştırmalar Açısından Önemi

Etik kurul kararlarının, çocuklar üzerinde yürütülen araştırmalarda belirleyici bir işlevinin olduğu daha önce dile getirilmişti. Bu belirleyicilik, çocukların korunması ve tıbbi araştırmalardan en az zarar görmesi gerektiği biçimindeki temel yaklaşımdan kaynaklanmaktadır.

Araştırma girişimleri sırasında kurum, kendisinin ve toplumun aracısı olarak deneklere güvenilir biçimde davranma yükümlülüğü taşımaktadır. Araştırmanın yerel etik kurul tarafından incelenmesi, bu kurumsal güvene dayalı sorumluluğun somut bir göstergesidir. Bunun yanı sıra, araştırmaya bir çocuğun ya da öteki yetersiz bireylerin katılımının onaylanmasında yerel etik kurul, ana-baba ya da vasi ile aynı destekleyici rolü oynamaktadır. Öte yandan kimi durumlarda ana-babaların bilgisiz, duyarsız, ilgisiz ya da ihmalkar olabildiği ya da araştırmacıların aşırı derecede istekli ve cesur davranabildiği gözden uzak tutulmamalıdır. Kurulun araştırmayı etik açıdan incelemesi, bu olasılıkların önlenmesi, yeterliği olmayan araştırma deneklerinin korunması ve uygun olmayan isteklerin reddedilmesinde kendi kendine işleyen bir düzenek olarak işlev görmektedir. Örneğin bir protokolün değerlendirilmesinde, etik kurul elde edilecek bilgiye göre risk oranının kabul edilebilir olduğunu ve araştırmanın bilimsel öneminin deneklerin katlanacakları risklerle orantılı olduğunu saptamalıdır. Bu konular kuşkusuz öncelikle, araştırmacılar tarafından göz önünde bulundurulmuş olmalıdır. Bununla birlikte etik kurul, araştırmacının kişisel ve profesyonel yükümlülüğünü yerine getirmekte yetersiz kaldığı durumda bir destekleyici olarak yardım etmek üzere sorumlu tutulmuştur. Yerel etik kurul çalışmanın onam formunun incelenmesinde, etik normları karşılayacak biçimde deneklerin bilgilendirilmesi için araştırmacıların planlamasını ve denekleri korumak üzere kurumun kendi moral yükümlülüğünü sağlamaya yönelik önerileri inceleyerek deneklere, araştırmacıya, kuruma ve bunların sonucunda topluma yönelik işlevlerini yerine getirmektedir (Freedman ve ark, 1993; Hall, 1991).

Yukarıda sözü edilen genel çerçeve içinde, çocuklar üzerindeki araştırmalarda özellikle, araştırma prosedürü invaziv bir girişimi gerektiriyorsa, birey olarak deneğe minimalden daha fazla risk getiriyor ve yarar sağlamıyorsa ve hastalık denek için önemli miktarda ıstırap verici değilse, çocuğun onam vermeye yetersiz olduğu göz önüne alınarak araştırmaya izin verilmemelidir. Bu tutum, araştırmalarda normal kontrol grupları olarak mental açıdan yeterli deneklerin kullanılmasını etik açısından hiçbir şekilde olanaksız kılmaz ve engellemez.

Öte yandan eğer araştırma non-invaziv ise, acı çeken bir hastaya haksız bir girişimde bulunulması söz konusu değilse, hastalığın daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla gözlem ya da veri toplanmasını içeriyorsa etik kurul incelemesinin araştırma lehinde

sonuçlanması olanaklıdır. Karar verme spektrumunda; araştırmanın niteliği non-invazivden invazive, risksizlikten önemli riske ve deneğe yarar olasılığından yalnızca ötekilere yarar olasılığına doğru ilerledikçe, tartışmaların araştırmanın lehinde sonuçlanması olasılığı azalmaktadır.

Araştırmanın yürütülüp yürütülmeyeceği konusunda karar almak güç olmakla birlikte, son çözümlemede bu karar araştırma etik kurulunun kararı olacaktır. Bu bağlamda, çocukların yer aldığı araştırmalarda, araştırma önerisinin bütün olarak değerlendirilmesinin; araştırma metodolojisi, profesyonel bilirkişi raporu, araştırmacıların kapasitesi ve etik kurul tartışmaları gibi öğeleri içerdiği söylenebilir (Milliken, 1993).

9. KONUYLA İLGİLİ ULUSLARARASI BELGELER VE YÖNERGELER

Çocuk sağlığının yükseltilmesi ve çocuklar üzerindeki araştırmaların yürütülmesinde uyulması gereken ilkelerin belirlenmesi konusundaki çalışmalar, erişkinlerin yer aldığı araştırmalarla ilgili bu tür ilkelerin oluşturulması çabaları ile karşılaştırıldığında görece yetersiz kalmaktadır. Ancak, daha önce de söz edildiği gibi çocukların sağlığının korunmasına yönelik uluslararası geçerliği olan ve pek çok ülke tarafından benimsenen ya da imzalanan bildirge ve sözleşme bulunmaktadır. Son zamanlarda, çocuklar üzerindeki araştırmaların yürütülmesi konusunda farklı ülkelerde çalışmalar sürdürülmektedir. Bu bölümde, genel olarak çocukların sağlık haklarına ve onlar üzerinde yürütülen biyomedikal araştırmalara ilişkin uluslararası belgeler, yönergeler ve çeşitli ülkelerde uygulanmakta olan yasal düzenlemeler söz konusu edilecektir.

9.1. Biyoetik Açısından Çocukların Durumu

Biyoetik yönergeleri ve ilgili uluslararası belgeler, araştırma denekleri olarak çocuklara verilen değerin çeşitli dönemlerde nasıl değişime uğradığı konusunda yol göstericidir. Tarihsel süreç içinde çocuklar ya görmezden gelinmiş ya da şiddetle tartışılmış, ya özenle korunmuş ya da yüksek araştırma riskleriyle karşı karşıya bırakılmış, araştırmada yer alışları ya ilk grup ya da sonuncu grup olarak algılanmıştır. Bu başlıkta birbirini izleyen biyoetik yönergelerinde çocukların konumlarındaki değişiklikler ele alınacaktır.

Toplumsal değişim, insan hakları ve çocuk haklarının gelişimindeki temel etkenler göz önüne alındığında çocukların yasal haklarının neden yavaş geliştiği daha açık olarak anlaşılmaktadır. Çocukların hakkının korunması ve özerklik arasında karmaşık bir gerilim vardır. Bebek ya da genç erişkin olarak çocukların statüleri, tedavi ve araştırmaya onam verme yaşı ile ilgili sorular çevresinde şiddetle tartışılmaktadır. Anglo-Amerikan hukuku "Akıl bakımından sağlam ve erişkin her insanın, kendi bedeniyle ilgili kararları verme hakkına sahip olduğunu" kabul etmektedir (Alderson, 1992).

Son zamanlara kadar çocukların özerk davranmaktan çok, "itaat etmesi" beklenirdi. Ancak günümüzde pek çok ülkede, onların özerklik haklarına ilişkin görüşler, yasal

olarak dile getirilen onam yaşına vurgudan, bireysel yeterliğin göz önünde bulundurulmasına doğru değişmektedir.

Günümüzde geçerliği olan biyoetik ilkelerinin, 1947'de kabul edilen ve "insan deneğin gönüllü onamı kesinlikle esastır" cümlesiyle başlayan Nuremberg Kodu'na dayandığı bilinmektedir. Bu cümleden anlaşılacağı üzere, araştırmaya katılan kişinin seçimi özgür istenci ile yapabilmesi ve yasal açıdan onam verme kapasitesinin olması gerekir. Onamın temeli olan risk-yarar değerlendirmesi, ancak araştırma deneğinin bilgilendirilmesiyle yapılabilecektir ki; onam anlaşılmış ve aydınlatılmış karar olabilsin. Nuremberg Kodun'da hasta olmayan sağlıklı erişkinler ya da çocuklar üzerindeki araştırmalardan da söz edilmektedir. "Yarar" yalnızca denekler değil, genel olarak insanlıkla ilgisi bağlamında değerlendirilir ve deneklere yarar kadar, ölüm ya da sakat bırakıcı zarar dışında, deneyi yapan doktorları da ilgilendirir. Ancak araştırma, incinebilir olduklarından dolayı korunması gereken kişiler için bir tehlike olarak görülmektedir (Alderson, 1992).

Bütün deneklerden gönüllü aydınlatılmış onam alınması gerektiği konusundaki ısrar Naziler tarafından tutsaklar üzerinde yapılan araştırmalardaki gaddarlıkları önlemeye yöneliktir. Nuremberg Kodu'nda yer alan bu anlayış gereği yasal olarak onam veremeyecek olan küçükler, mental yetersizliği olanlar ve bilinçsiz kişiler araştırma dışında tutulmaktadır. Eğer Nuremberg Kodu, harfi harfine yürürlüğe konulmuş olsaydı, çocuklarda yapılan araştırmalar etik açıdan asla uygun bulunmayacaktı. Bu eksiklik kabul edilerek Helsinki Bildirgesi'nda yukarıda sözü edilen gruplarda ana-babalar, vasiler ya da yasal olarak yetkilendirilmiş temsilciler tarafından onam verilmesi gündeme getirilmiştir. Günümüzde bu görüş hem devlet yönetimleri hem de evrensel tıp birlikleri tarafından kabul edilmektedir (Koren ve ark., 1993).

İngiltere Tıbbi Araştırma Konseyi, 1962-1963'de yayınlanan raporunda, çocuklar üzerinde non-terapötik araştırma yürütülemeyeceğini, çünkü onların yasal olarak geçerli onam vermeye yeterli olmadıklarını açıkça dile getirmiştir. Daha sonra hazırlanan raporda, standart tedavi uygulamasında verilen onamda olduğu gibi, hasta yararına olacağı hekimler tarafından dile getirilen araştırma prosedürlerinde hastanın onamının var sayılabileceği, çünkü denek katılımının gönüllülüğe dayandığı öne sürülmüştür. Konuyla ilgili tartışmalar 1991'e kadar sürmüş ve bir benzetme

yapılacak olursa, çocuklar üzerindeki non-terapotik araştırmalara "kırmızı ışık", bütün öteki araştırmalara ise "yeşil ışık" yakılmıştır (Alderson, 1992).

Tıbbi araştırmalar konusunda belirleyici önemi olan Nuremberg standartları 1964 Helsinki Bildirgesi ile tersine çevrilmiştir. Gebelik sırasında tolidomid kullanan kadınlardan büyük kol-bacak deformiteleri olan bebeklerin doğması, kamuoyunda tıp dünyasına karşı olan güveni sarsmıştır. Bildirgenin 9. maddesine gelene kadar araştırma deneklerinin özgürce bilgilendirilmiş onam vermelerinden söz edilmemiş, onların aydınlatılmış kararlar alabilecekleri gözden kaçmış, bunun yerine "insan deneğin sorumluluğunun her zaman tıbbi bakımdan yetenekli ve yetkili kişinin üzerinde olması, asla deneğe bırakılmaması gerektiği" kabul edilmiştir. Böylece risk-yarar değerlendirmesini doğru yapma konusunda tek başına tümüyle yeterli olan ve kendini insanlığın acılarını dindirmeye adamış hekimlere olan güvene yeniden yatırım yapılmıştır. Çocuk denekler üzerindeki araştırmalarda, çocuğun onayı yerine sorumlu akrabadan alınan izin geçerli kılınmıştır. İlk ortaya çıkan uluslararası belgelerde "terapötik araştırma" terimi kullanılmamış, "temel olarak tanısal ya da terapötik amaçlı tıbbi araştırma" kavramı seçilmiştir. "Kesin yarar" gibi olumlu çağrışımlar yapan ölçütler getirilerek, çocuklar üzerindeki izin verilebilir araştırmanın alanı genişletilmiştir. Helsinki Bildirgesi 1983'de yeniden gözden geçirilmiş ve şu bölüm eklenmiştir: " küçük çocuk gerçekten onam vermeye yeterli ise, küçüğün onamı, küçüğün yasal vasisinin onamına eklenerek elde edilmelidir" (Alderson, 1992; Bankowski, 1993, s.: 5).

9.2. Uluslararası Belgeler

Konuyla ilgili uluslararası belgeler konu içeriğine bakılmaksızın tarihsel bir sıra gözetilerek ele alınmıştır. Bu yöntemin seçilmesindeki temel amaç, çocuk sağlığı ve onlar üzerinde yapılan araştırmaların evrimsel sürecinin izlenmesinde kolaylık sağlamaktır.

9.2.1. Nuremberg Kodu

Nuremberg Hukuk Sarayı'nda, 1946 ve 1947 yılları arasında İkinci Dünya Savaşı vahşetinin sorumlusu olan Nazilerin yargılandığı uluslararası mahkemenin ardından, Nazilere hizmet etmiş meslek gruplarının eylemlerini ele alan 12 ek dava daha görülmüştü. Bunlardan ilki, 21 Kasım 1946'dan 21Ağustos 1947'ye kadar süren, hekimlerin ve sağlık örgütlenmesinde üst düzey yetkililerin yer aldığı dava idi. Amarikalılardan oluşan yargılama heyeti, sanıklardan yedisini idam, yedisini ömür boyu hapisle cezalandırırken; ikisini 10-20 yıl arasında hapse mahkum etmiş, yedisini de serbest bırakmıştı. Davanın "kasıtlı adam öldürme" ve "bedene kasten zarar verme" gerekçesi ile açılması söz konusu iken, verilen zarar "bilimsel araştırma" adı altında gerçekleştiğinden, davalılar "izinli tıbbi deney" gerekçesine sığınmışlardı. Oysa savaş tutsakları üzerinde yapılan bu insanlık dışı deneylerde, denek olan tutsaklardan nasıl izin alındığı sorusu yeterince kuşku uyandırmıştı. "Bir yanda cezalandırılması gereken bedene zarar verme eylemi, öte yanda izin alındığı öne sürülen deneyler" biçiminde dile getirilebilecek iki sav arasında kalan mahkeme, kararına dayanak oluşturmak amacıyla "Nuremberg Kodu" olarak adlandırılan ve on ilkeden oluşan kurallar dizgesini belirlemişti (Namal, 1997, s.: 7).

"Yaşananların, bir daha yenilenmemesi için unutulmaması gerektiği" biçimindeki anlayışın uygulamaya geçirilmesinde bir araç niteliği taşıyan bu kuralların tam metni aşağıda yer almaktadır.

"İnsanlar üzerindeki tıbbi deneylerin, genellikle tıp meslek etiğinin korunduğu ve iyi belirlenmiş sınırlar içinde yürütüldüğü zaman güvenilir sonuçların ortaya çıkmasına yol açtığı kanıtlanmıştır. İnsan deneyleri uygulamasının öncüleri, görüşlerinin temelinde öteki yöntem ve çalışmalarla elde edilemeyen ve toplumun iyiliğini amaçlayan deneylerin yapılması düşüncesinin bulunduğunu dile getirmektedirler. Bununla birlikte moral, etik ve sosyal çerçevenin oluşturulmasında ve uygulamaya geçirilmesinde güvenilir temel ilkelere gereksinim olduğu konusunda uzlaşma sağlanmıştır.

1. Deneğin gönüllü onamı kesinlikle gereklidir. Bu, söz konusu kişinin aydınlatılmış onamını, yasaların gerektirdiği yeterliğe sahip olarak, zor, aldatmaca, hile, baskı, kandırma, etkileme ya da zorlamanın herhangi bir türü

olmadan özgür karar verebilecek bir durumda, ilgili alanın öğeleri hakkında yeterli bilgi ve anlayışla vermesini gerektirir. Bu son koşul, deneğin onamı alınmadan önce deneyin özelliği, süresi, nedeni, aynı zamanda kullanılacak yöntem ve gereçler, katılımından ötürü sağlığına ve kişiliğine yönelik hangi tehlike ve sorunların oluşabileceği konusunda aydınlatılmasını gerektirir. Onamın geçerliğini değerlendirme yükümlülüğü ve sorumluluğu, deneyi düzenleyen, yöneten ya da uygulayan herkese aittir. Bunlar cezadan bağışık kalınacak şekilde başkalarına yüklenemeyecek kişisel yükümlülükler ve sorumluluklardır.

2. Deney, sonuçları bakımından toplumun iyiliğine hizmet etmeli, başka araştırma gereçleri ya da yöntemleri ile ulaşılamayacak nitelikte olmalı, deneyin uygulanması gereksiz ve gerçekdışı olmamalıdır.
3. Deney, hayvan deneylerinin sonuçlarına ve hastalık ya da başka bir sorun hakkındaki bilgilere dayandırılmış ve planlanmış olmalıdır ki beklenen sonuçlar deneyin uygulanmasını haklı kılabilsin.
4. Deney, bütün gereksiz fiziksel ve ruhsal acı ve zararları önleyecek biçimde uygulanmalıdır.
5. Araştırmacı hekimlerin aynı zamanda denek olduğu durumlar dışında, ölüm ya da kalıcı bedensel zarar ortaya çıkacağına ilişkin varsayıma yol açacak a priori bir neden belirirse bu tür bir deney uygulanmamalıdır.
6. Risk derecesi, hiçbir zaman deneyin çözeceği sorunun insancıl öneminin sınırını aşmamalıdır.
7. Deneği en küçük zarar olasılığından, sağlığının kalıcı zarara uğramasından ya da ölümden korumak için gerekli hazırlıklar yapılmalı ve yeterli önlemler alınmalıdır.
8. Deney, ancak bilimsel eğitim görmüş kişilerce yürütülebilir. Deneyi yöneten ve uygulayanlarca deneyin bütün aşamalarında en yüksek derecede beceri ve özen gösterilmelidir.
9. Deney süresince denek, fiziksel ve ruhsal durumunun deneyi sürdürmesini olanaksız kıldığına inandığı bir noktaya gelirse, deneyin sonlandırılmasına karar verebilme serbestisi taşımalıdır.

10. Deneyin uygulanışı sırasında araştırmacı, gösterilen iyi niyet, özel beceri ve özene karşın deneyin sürdürülmesinde deneğin zarar görmesi, sağlığının kalıcı olarak bozulması ya da ölümünün söz konusu olacağı kanısına varırsa, deneyi herhangi bir aşamasında sonlandırma kararı verebilmelidir.

9.2.2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

"İnsan hakları" kavramının tarih sahnesinde boy göstermesi ve giderek toplumsal yaşamımızda etkin bir yere sahip olması, kuşkusuz günümüzün en önemli gelişmelerinden birisidir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 10 Aralık 1948'de yayınlanmasından sonra, konu geniş bir tartışma platformuna taşınmış ve insan haklarının korunması ve gözetilmesi, devletlerin temel politikaları durumuna gelmeye başlamıştır.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi bütün devletlerin, dinlerin, kültür biçimlerinin ötesinde, insanla ilgili bir evrensellik düşüncesini temel almıştır. 1789 Fransız Bildirgesi (İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi) nden esinlenmiş olan Bildirge, siyasal açıdan zorlayıcı olup, 1966'da imzalanan iki uluslararası sözleşmeyle tamamlanmış ve çeşitli bölgesel metinlere de örnek olmuştur (Kadıoğlu, 1996, s.: 46).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinin 1. fıkrası "herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetiminin dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" biçimindeki anlatımı ile sağlık sorunları açısından bireyleri bir anlamda güvence altına almaktadır. 2. fıkrada ise, analık ve çocukluğun özel bir bakım ve yardım görme hakkı olduğu; tüm çocukların ister evlilik içinde isterse evlilik dışında doğsunlar, aynı sosyal güvenlikten yararlanacakları dile getirilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi metni).

Ayrıca Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde, Birleşmiş Milletler Antlaşması'nda duyurulan ilkeler uyarınca, dünyada özgürlük, adalet ve barışın temelinde insanlık ailesinin tüm üyelerinin doğasından gelen onurun, eşit ve ayrılmaz hakların olduğu, bu sözleşmeye taraf devletlerce göz önünde bulundurulmaktadır. Bu

sözleşmenin 7. maddesi hiç kimseye işkence ya da zalimce, insanlık dışı ya da onur kırıcı davranış ya da ceza uygulanamayacağını; özellikle hiç kimsenin, kendi özgür oluru olmadan tıbbi ya da bilimsel bir deneyin konusu olamayacağını önemle vurgulamaktadır (Kadıoğlu, 1996, s.: 46).

9.2.3. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi

Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan Milletler Birliği, 26 Eylül 1924'deki Genel Kurulunda Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi'ni kabul ederek, barış içinde yaşanan bir dünya yaratmanın temel koşullarından birinin çocuklara gereken özenin gösterilmesi olduğunu açıkça dile getirmiştir. Ancak, kısa süre sonra başlayan İkinci Dünya Savaşı, pek çok öteki sözleşme, bildirge ve umutlarla birlikte Çocuk Hakları Bildirgesi'ni de rafa kaldırmıştır. Savaş sonrası yeniden kurulan Birleşmiş Milletler Örgütü'nün 1948'deki Genel Kurulunda onaylanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde çocuk hakları ve özgürlüğüne üstü kapalı olarak değinilmiş; ancak bunun yeterli olmadığı, çocukların özel hakları için ayrı bir dokümanın hazırlanması gerektiği de dile getirilmiştir. Bu gereksinim üzerine, 1957'de Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi'nin İnsan Hakları Komisyonu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne bağlanabilecek bir Çocuk Hakları Bildirgesi'nin kabul edilmesi için çalışmaları başlatmış ve adı geçen bildirge, 20 Kasım 1959'da toplanan Birleşmiş Milletler Genel Kurulun'da oybirliği ile onaylanmıştır. Çocuk Hakları Bildirgesi, genel anlamda duyurulmuş ilkelerden oluşması ve bu nedenle bağlayıcı nitelik taşımamasına karşın, yıllar sonra kabul edilecek olan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin temelini oluşturması bakımından oldukça önemlidir (Polat, 1997, s.: 2).

Özenle dile getirilmiş on ilkeyi içeren bildirge, fiziksel ve mental yetersizliği nedeniyle çocuğun doğumdan önce ve sonra özel koruma ve bakım gerektirdiğini belirtmekte; bireyler ve grupların yasalar ve öteki yöntemlerle çocuk haklarını geliştirmeye çalışmalarını önermektedir. Genel olarak bildirgede, tüm çocuklara aşağıda yer alan hakların tanınması amaçlanmaktadır:

Tüm haklardan ırk, renk, cinsiyet, din, uyruk ayırımı olmadan yararlanma,

Sağlıklı ve normal biçimde, özgür ve gururla büyüyebilmeleri için özel koruma, olanaklar ve hizmetlerden yararlanma,

Bir ad ve uyruk edinme,

Yeterli beslenme, barınma, eğlenme ve sağlık hizmetlerini kapsayan sosyal güvenlik,

Özürlü ise, özel bakım ve ilgi,

Olanaklı ise, velilerinin sorumluluğu altında sevgi, anlayış ve şefkatle örülmüş güven ortamı,

Parasız eğitim, eğlence ve kişisel yeteneklerini geliştirebilmek için eşit olanaklardan yararlanma,

Her türlü olumsuz ve zor koşullarda, koruma ve rahatlamadan ilk yararlanacak kişi olma,

İhmal, kötüye kullanım ve zalimliğin her biçimine karşı korunma,

Irksal, dinsel ya da öteki ayırımların her türünden korunma, barış ve evrensel kardeşlik bilinciyle yetiştirilme.

Çocuk Hakları Bildirgesi, söz konusu haklardan çocukların büyük çoğunluğu yararlanmamakla birlikte, bu hakların varolduğunun evrensel olarak algılanmasını sağlaması bağlamında çok önemli bir ilk adımı oluşturmaktadır. Birbirinden çok farklı sosyal durumları, kültür ve gelenekleri olan birçok ülkenin, çocuklarla ilgili olarak bildirgede dile getirilen temel ilkelerin önemi üzerinde uzlaşmaları, gelecek açısından umut verici bir gelişme olmuştur (UNICEF Yayını).

9.2.4. Hawai Bildirgesi

Hawai Bildirgesi 1977 yılında Dünya Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan, psikiyatri alanında çalışan hekimler ve ruh hastaları için düzenlenmiş ilk uluslararası etik metindir. Toplam on maddeden oluşan bildirgede genel olarak "psikiyatride aydınlatılmış onam" konusu ele alınmakta; araştırma etiği ile ilgili olarak 9. ve 10. maddelerde şunlar dile getirilmektedir. "Hastanın bir olgu olarak sunulduğu bilimsel yayınlarda bireyin saygınlığını, gönencini ve kişisel ününü korumak için, önlemler alınmalıdır. Hasta bir araştırma programına katılıyorsa, araştırmanın amacı, yöntemi, olası olumsuz sonuçları konusunda yeterli bir biçimde bilgilendirilmeli ve katılımının gönüllü olması sağlanmalıdır. Klinik araştırmalara katılan deneklerin

hasta olarak hakları korunmalıdır. Çocukların ya da onam veremeyecek durumdaki öteki hastaların yasal bir temsilciye sahip olmaları sağlanmalıdır. Hastaya ya da deneğe tedavi sürecinden; eğitim programından ya da araştırmadan - tıbbi bakımında bir aksama olmaksızın - herhangi bir nedenle istediği zaman çekilebileceği bildirilmelidir... Psikiyatrist, bu bildirgenin ilkelerine aykırı olarak yapılan tüm tedavi uygulamalarını; eğitim ya da araştırma programlarını durdurmalıdır" (Kadıoğlu, 1996, s.: 57).

9.2.5. Lizbon Bildirgesi

Dünya Hekimler Birliği'nin hasta hakları konusundaki ilk belgesi olma niteliğini taşıyan Lizbon Bildirgesi 1981 yılında Lizbon'da yapılan 34. Dünya Hekimler Birliği Kurultayında kabul edilmiştir. Bildirge metni aşağıdaki biçimdedir.

"Hekim uygulamaya yönelik, ahlaki ve yasal güçlüklerin varolabileceğini göz önünde bulundurarak, her koşulda kendi vicdanının dinlemeli ve hastanın en çok yararına olacak şekilde davranmalıdır. Aşağıdaki bildirge, tıp mesleğinin hastalarına sağlamaya çalıştığı kimi temel hakları dile getirmektedir. Yasal durum ya da hükümetin tutumunun, hastaların bu haklarını yadsıdığı durumlarda, hekimler bu hakların elde edilmesi ya da onarılması için uygun 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 teselliyi istemeye ya da yadsımaya hakkı vardır." (Fidaner ve Fidaner, 1987, s.: 47).

9.2.6. Helsinki Bildirgesi

"İnsan Denekler Üzerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Hekimlere Yol Gösterici Öneriler"başlıklı Helsinki Bildirgesi, Haziran 1964'de Dünya Hekimler Birliği'nin 18. Kurultayında benimsenmiş, 1975'de Tokyo'da toplanan 29. Kurultayda geliştirilmiş ve en son 1983'te Venedik'te gerçekleştirilen 35. Kurultayda gerekli düzenlemeler yapılarak kabul edilmiştir. Giriş ve üç bölümden oluşan bildirge metni aşağıda olduğu gibidir.

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

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

İnsan denekler 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 insan denekler 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 denek olan kişinin tanısı ya da tedavisiyle doğrudan doğruya ilgili olmayan tıbbi araştırmalar.

Çevreyi etkileyebilecek araştırmaların yürütülmesinde özellikle özenli olunmalıdır. 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, insan denekler 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.

Temel ilişkiler:

1. İnsan denek 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. İnsan denek 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. İnsan denek içeren biyomedikal araştırmalar, yalnızca bilimsel yönden eğitim görmüş kişiler tarafından ve klinik alanda yeterli tıbbi kişilerin gözetimi altında yürütülmelidir. İnsan deneğin sorumluluğu, mutlaka tıbbi yönden eğitim görmüş bir kişinin üzerinde olmalıdır. Deneğin kendi rızası olsa bile bu sorumluluk hiçbir zaman araştırmadaki denek üzerine yüklenmemeli, tıbbi yönden eğitim görmüş bir kişide kalmalıdır.
4. İnsan denekler üzerindeki biyomedikal araştırmalarda, elde edilmesi beklenen sonuç, araştırmanın denek için taşıdığı tehlikeden daha önemli olmadıkça, araştırmanın uygulanması yasal olmaz.
5. İnsan denekler içeren her biyomedikal araştırma projesinden önce, denek ya da başka kişiler için sağlanması beklenen yararlar ile öngörülebilen tehlikeler dikkatlice değerlendirilmelidir.

6. Araştırmadaki deneğin kendi bütünlüğünü koruma hakkına her zaman saygı gösterilmelidir. Alınan her bir önlem için, bir yandan deneğin özel yaşamı dikkate alınmalı, öte yandan deneğin hem fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne, hem de kişiliğine çalışmanın yapacağı etkiler en aza indirilmelidir.

7. Deneklerin karşılaşacağı tehlikeler önceden bilinmiyorsa, hekimler insan denekler üzerindeki araştırma projeleriyle ilgilenmekten kaçınmalıdırlar. Tehlikelerin olası yararlardan ağır bastığı saptandığında, hekimler araştırmayı durdurmalıdır.

8. Hekim, araştırmanın sonuçlarını yayınlarken, sonuçların doğruluğunu korumak zorundadır. Bu bildirgede saptanmış olan ilkelere uymayan deney raporları yayın için kabul edilmemelidir.

9. İnsanlarla yürütülen her türlü araştırmada, bütün denek adayları, amaçlar, yöntemler, beklenen yararlar, olası tehlikeler ve ortaya çıkabilecek rahatsızlıklar konusunda yeterince bilgilendirilmelidir. Denek adayına, çalışmaya katılmaktan vazgeçme özgürlüğü olduğu ve herhangi bir anda katılmaya gösterdiği onamı geri çekebileceği bildirilmelidir. Bundan sonra hekim, deneğin özgürce vereceği izni, daha iyisi yazılı olarak almalıdır.

10. Hekim, araştırma projesi için onam bildirimini alırken, deneğin kendisiyle bağımlı bir ilişki içinde olup olmadığı ve baskı altında bulunup bulunmadığı konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Bunun için onam bildirimi araştırmayla ilgisi olmayan ve resmi ilişkilerden bütünüyle bağımsız olan bir hekim tarafından alınmalıdır.

11. Yasal koruyuculuk durumunda; onam bildirimi ulusal hukuk sistemine uygun olarak yasal vasiden alınmalıdır. Fiziksel ya da ruhsal yetersizlik onam bildirimi almayı olanaksız kılıyorsa, ya da denek çocuk ise, ulusal hukuk sistemiyle uyumlu olarak deneğin onamı yerine sorumlu akrabanın onamı alınır. Çocuk gerçekte onam verebilecek durumdaysa, yasal koruyucusunun onamına ek olarak çocuğun da onamı alınmalıdır.

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

Mesleki Bakımla Birlikte Tıbbi Araştırma (Klinik Araştırma)

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 karşılaştırılmalıdır.
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 onam bildiriminin alınmasının gerekli olmadığı görüşündeyse, bu önerinin özgül nedenleri, bağımsız kurula gönderilecek deney protokolünde belirtilmelidir.
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.

İnsan Denekler 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, denekler gönüllü olmalıdır.
3. Araştırmacı ya da araştırma ekibi, sürdürülürse bireye zarar vereceği yargısına vardıklarında, araştırmayı kesmelidir.

İnsanlar üzerindeki araştırmalarda, bilimin ve toplumun çıkarları hiçbir zaman deneğin sağlıklılığıyla ilgili kaygılardan daha fazla öncelik taşımamalıdır (Fidaner ve Fidaner, 1987, s.: 21-25).

9.2.7. Bilgisayarların Tıpta Kullanılışına İlişkin Duyuru

Bu duyuru, 27. Dünya Hekimler Birliği Kurultayında (1973) kabul edilmiş ve Birliğin 35. Kurultayında (1983) geliştirilmiş olan sonuç kararına dayandırılmıştır. Hasta bakımı, tedavisi ve araştırma süreçlerinde gizlilik ilkesinin korunmasına yönelik önerileri dile getirdiği için söz edilmesi gereği duyulmuştur.

Dünya Hekimler Birliği, sağlık alanında, özellikle de hasta bakımı ve epidemiyolojide bilgisayarların ve elektronik bilgi işlemlerinin kullanılmasında gözlenen büyük gelişmeleri ve bunların sağladığı yararlı 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, değerlendirmenin raporuyla ya da başka herhangi bir yolla, herhangi bir hastanın kimliği şu ya da bu biçimde açığa vurulmadıkça, bu durum gizlilikten ayrılma anlamına gelmez.
3. Ulusal hekim birlikleri, elektronik bilgi işlemlere ilişkin olarak, hastanın kişisellik, güvenlik ve gizlilik haklarını zedeleyebilecek ya da ortadan kaldırabilecek bir yasa çıkarmaya yönelik herhangi bir çabaya karşı çıkmalıdırlar. Sosyal güvenlik numaralarının ve bilgilerinin yetkisiz bir biçimde kullanılmasına ya da değiştirilmesine karşı etkin koruyucu yöntemler, bu tip bilgiler bilgisayara yüklenmeden sağlanmalıdır.
4. Tıbbi veri bankaları, hiçbir zaman başka merkezi veri bankalarıyla ilişkili olmamalıdır (Fidaner ve Fidaner, 1987, s.: 34-35).

9.2.8. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk Hakları Sözleşmesi, Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924) ile başlayan sürecin son aşamasını oluşturmaktadır. 1979 Uluslararası Çocuk Yılı öncesinde, Polonya temsilcileri, çocuk haklarının tutarlı ve bağlayıcı yasalar bütününe dayanması gerekçesini öne sürerek bir Çocuk Hakları Sözleşmesi hazırlanması önerisinde bulunmuşlardır. Yapılan çalışmalar sonucunda hazırlanan sözleşme metni, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edildikten sonra, 26 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılmıştır. İmzaya açılışının ilk gününde 61 devlet tarafından imzalanan sözleşme, 2 Eylül 1990'da yürürlüğe girmiştir. Türkiye ise, 30 Eylül 1990 tarihinde, Anayasa ve Lozan Antlaşması çerçevesinde 17., 29. ve 30. maddelerine çekince koyarak imzaladığı sözleşmeyi, Ocak 1995'de onaylamıştır.

Birleşmiş Milletler, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin kabul edilmesiyle birlikte, dünyanın her yerindeki çocukların durumlarının düzeltilmesi ve koşullarının iyileştirilmesi açısından önemli bir araca kavuşmuş bulunmaktadır. Çünkü sözleşme, kendisine taraf olan devletleri bağlayıcı nitelikte yaptırımlar içeren yasal bir metindir ve çocukların evrensel gereksinimlerini bir bütün olarak ele alan ilk uluslararası belgedir (Polat, 1997, s.: 3).

Sözleşmenin "başlangıç" bölümünde, ele alınan sorunun dayandığı temel ilkeler saptanmış ve aşağıdaki biçimde dile getirilmiştir:

- Dünyada özgürlük, barış ve adaletin temeli olan, bütün insanların doğuştan insan onuruna sahip olmaları ile eşitliğin ve hakların devredilemez niteliği.
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesinin "herkesin hak ve özgürlüklerden, özellikle ırk, renk, cinsiyet, dil ve din, siyasi ya da öteki inançlarla, toplumsal ya da ulusal kökenler, zenginlik ya da doğuştan ya da başka bir durumdan kaynaklanan farklılıklar içinde olmak üzere hiçbir ayrım gözetmeksizin yararlanacağına ilişkin temel ilkesi.
- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin "bütün çocukların özel bakım ve yardıma hakkı olduğuna" ilişkin ilkesi.

- Çocukların büyümeleri ve esenlikleri için doğal ortam olan ailenin, gerekli yardım ve korumayı görmesinin zorunlu olduğu gerçeği.
- Çocuğun, kişiliğinin uyumlu bir biçimde gelişmesi için bir aile ortamında, mutluluk, sevgi ve anlayış havası içinde büyümesi gerekliliği.
- Çocuğun toplum içinde kişiliğine özgü bir yaşam sürdürebilmesi için hazırlanması, barış, saygınlık, hoşgörü, özgürlük, eşitlik ve dayanışma anlayışı içinde yetiştirilmesi düşüncesi.
- Çocuğa özel bir koruma sağlanması gereksinimini dile getiren 1959 tarihli Çocuk Hakları Bildirgesi ile öteki uluslararası belgelerde yer alan ilkeler.

Temel ilkeler göz önüne alındığında, sözleşmenin, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları tek bir yasal metinde toplayan ilk belge olduğu söylenebilir. Yaşam, sağlık ve eğitim alanlarında gözetilecek standartları belirlemenin yanı sıra bu sözleşme, evde ya da iş yerinde, savaş sırasında ya da iç çatışma dönemlerinde, fiziksel ve cinsel nitelikte olanlar da içinde olmak üzere, şiddet ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma getirmeyi amaçlamaktadır.

Sözleşmede, çocuk haklarına yönelik çabaların en temel ilkesi olan "insanlık, çocuklara verebileceğinin en iyisini vermekle yükümlüdür" cümlesinden hareketle, genel olarak insan haklarıyla bağlantılı olan bütün haklar çocuklara tanınmıştır. Söz konusu hakları üç ana başlıkta özetlemek olanaklıdır:

1. Hangi yaşta olursa olsun bütün insan varlıklarına tanınan hakları, işkenceye karşı koruma, bir ad ve uyruk edinme vb. hakları onaylar ve bunları yansıtır.
2. Çocuklara ilişkin olarak, genel anlamda bütün insanlara uygulanabilecek standartların yükselmesine yönelmiştir. (Örneğin, özel çalışma koşullarının sağlanması gibi.)
3. Yalnızca çocuklar ve onlara ilişkin konuları (evlat edinme, ilkokul eğitimi, ana-babalarla ilişkiler gibi) ele alır (Polat, 1997, s.: 40-42).

Sözleşme, çocuğun bütün yaşam alanlarını, onlarla ilgili sorunları ve çözüm yollarını irdeleyen 54 maddeden oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla; "çocuğun tanımı- ayrım gözetmeme - çocuğun yüksek yararı - hakların uygulanması - ana-baba yönlendiriciliği ve çocuğun yeteneklerinin gelişimi - yaşam ve gelişme - isim ve

vatandaşlık - kimliğin korunması - ana-babadan ayırma - ailenin yeniden birleşmesi - yasadışı yollarla ülke dışına çıkarma ve geri döndürmeme - çocuğun görüşü - ifade özgürlüğü - düşünce, vicdan ve din özgürlüğü - dernek kurma özgürlüğü - özel yaşantının korunması - gerekli bilgilere ulaşma - ana-baba sorumlulukları - kötü davranış ve ihmalden korunma - ailesiz çocuğun korunması - evlat edinme - mülteci çocuklar - özürlü çocuklar - sağlık ve sağlık hizmetleri - yetiştirme uygulamasının düzenli denetimi - sosyal güvenlik - yaşam standardı - eğitim - eğitim hedefleri - azınlıklara ve yerli halklara üye çocuklar - dinlenme, boş zaman değerlendirme ve kültürel etkinlikler - çocuk işçiler - uyuşturucu kullanımı - cinsel sömürü - çocukların satılmaları, kaçırılmaları ve fuhuşa zorlanmaları - sömürünün öteki biçimleri - işkence ve özgürlükten yoksun bırakma - silahlı çatışma - yeniden sağlığa kavuşturucu bakım - çocukların yargılanmaları - üstün standartlara uyma - uygulama ve yürürlüğe giriş" biçiminde özetlenebilir. Konuların sınıflandırılmasının, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde yer alan ve uluslararası hukukta kabul edilen temel haklar, sivil haklar, politik haklar, sosyal ve ekonomik haklar, kültürel haklar biçimindeki sınıflandırmaya uygun olarak yapıldığı gözlemlenmektedir.

Sözleşme, çocukların haklarının güvenceye alınmasında uluslararası işbirliğinin yaşamsal önemini vurgulamakla birlikte, çocuğun uyumlu gelişimi ve korunması için her ülkenin kültürel değerleri ve geleneklerinin gözetilmesi gerektiğini dile getirmektedir. Adı geçen bağlayıcı metnin yaşama geçirilmesi için, taraf devletlerin meclislerinde onaylanması, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, tanıtılması ve savunulması gerekmektedir (Rivero, 1992).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin maddeleri kapsamlı olarak ele alınmış ve çocuk sağlığını en yüksek noktaya ulaştırmayı amaçlamıştır. Çocuğun sağlığı konusu sözleşmenin temel olarak 24. Maddesinde ele alınmış; 25. Maddede ise, tedavi ve bakım nedeniyle korumaya alınan çocuğun haklarından söz edilmiştir. 27 Ocak 1995 tarih ve 22184 sayılı Resmi Gazetede yer aldığı biçimiyle söz konusu maddeler şunlardır:

***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 tıbbı bakım hizmetlerinden yararlanma hakkından yoksun bırakılmamasını güvence altına almak için çaba gösterirler.

2. Taraf Devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takıp ederler ve özellikle:

a) Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;

b) Bütün çocuklara gerekli yardımın ve tıbbi bakımın; temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;

c) Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanı sıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve kirlenmesinin tehlike ve zararlarını göz önüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;

d) Anneye doğum öncesi ve doğum 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 amacıyla 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 madde 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 göz önünde tutulur.

***Madde 25*:**

Taraf Devletler, yetkili makamlarca korunma ve bakım altına alınan, bedensel ya da ruhsal tedavi amacıyla hakkında bir yerleştirme tedbiri uygulanan çocuğun, gördüğü tedaviyi ve yerleştirilmesine bağlı diğer tüm şartları belli aralıklarla gözden geçirme hakkına sahip olduğunu kabul ederler.

Çocukların sağlık haklarını tanımlayan yukarıdaki anlatımlar ışığında, bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve bakımın, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilerek sağlanması görüşünün vurgulandığı açıkça

görülmektedir. Bir başka deyişle, çocukların sağlık haklarıyla ilgili olarak herkes için temel ve kapsamlı sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır.

9.2.9. Rio Bildirgesi

Brezilya'nın, Rio de Janeiro kentinde 3-14 Haziran 1992 tarihleri arasında yapılan Dünya Zirvesi'ne devlet başkanları ve her ulustan yüksek düzeyde temsilciler katılmış; endüstrileşmiş ülkelerin ve gelişmekte olan ülkelerin sorunları sürdürülebilir kalkınma perspektifinden ele alınmıştır. Kabul edilen ilkeler çocuklar ve insan kalkınması, temel hizmetler, birincil sağlık bakımı, eğitim, beslenme, çevre bakımı konularında çocukların ve kadınların tam katılımıyla kalkınmanın gerçekleştirilebileceğini dile getirmekte ve bu amaca uygun eylem planları önermektedir. Zirve sonucunda yayımlanan "Gündem 21" adlı belgede yer alan çocuklarla ilgili temel yaklaşımlar şunlardır:

Sürdürülebilir Kalkınmada Çocuklar

Çocuklar gelecekte dünyanın bakımının sorumluluğunu devralmalarının yanı sıra, bir çok gelişmekte olan ülkede nüfusun neredeyse yarısını oluşturmaktadırlar. Dahası, hem gelişmekte olan ülkelerde hem de endüstrileşmiş ülkelerde çevre bozulması etkilerinden en çok etkilenenler çocuklardır. Ayrıca, onlar çevresel düşünmenin bilinçli destekleyicileridir. Çevreyi geliştirmek için yapılacak faaliyetlerin gelecekte sürdürülebilirliklerini korumak için çevre ve kalkınma katılım sürecinde çocuklarla ilgili konular da dikkate alınmalıdır.

Hükümetler politikalarına göre aşağıdakiler için önlem almalıdır:

a. 1990 Dünya Çocuk Zirvesi uyarınca çocukların hayatta kalması, korunması ve gelişimleri sağlanmalıdır;

b. Sürdürülebilir kalkınma ve çevre gelişimi için katılımcı süreçte çocuklarla ilgili konuların dikkate alınması sağlanmalıdır.

Hükümetler aşağıdakiler için aktif adımlar atmalıdır:

a. Çevre ve kalkınma konularında özellikle yoksulluğun yok edilmesi, sağlık, beslenme, eğitim ve okuma yazma alanlarında, 1990'ların çocuklarla ilgili hedeflerine ulaşmak için programlar uygulanması;

b. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin çocukların ve gençlerin temel ihtiyaçları dikkate alınarak en kısa zamanda onaylanması.

Savunmasız Grupların Korunması

On sekiz yaşından küçükler ve çocuklar: Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşmaktadır. Bu çocukların yılda en aşağı 15 milyonu travma, doğum sırası oksijensizlik, şiddetli solunum enfeksiyonu, kötü beslenme, bulaşıcı hastalıklar ve ishal nedeniyle ölmektedir. Çocukların sağlığı, kötü beslenmeden ve uygun olmayan çevre faktörlerinden, diğer nüfus gruplarına göre daha çok etkilenmektedir ve bir çok çocuk, ucuz işgücü olarak veya fuhuş sektöründe kullanılma riskiyle karşı karşıya kalmaktadır.

Dünya Çocuk Zirvesi'nde, çocukların hayatta kalması, gelişimleri ve korunmaları için birtakım hedefler belirlenmiştir ve bunlar Gündem 21 için de geçerli kılınmıştır. Destekleyici ve bölgesel hedefler, kadınların eğitim ve sağlığı, beslenme, çocuk sağlığı, su ve temizlik, temel eğitim ve zor koşullardaki çocuklar gibi konuları içermektedir.

Ulusal hükümetler yerel ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yaparak aşağıdaki alanlarda programlar başlatmalı veya var olan program sayısını artırmalıdır:

On sekiz yaşından küçükler ve çocuklar;

1. Doğum öncesi bakım, emzirme, bağışıklık ve beslenme programlarını içeren birincil sağlık hizmetinin yerine getirilmesi için çocuklara yönelik temel sağlık hizmeti servislerinin artırılması;
2. İshalin ve solunum enfeksiyonlarının iyileştirilmesi ve bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi için oral hidrasyon kullanımı üstüne yetişkinlerin yaygın eğitiminin üstlenilmesi;
3. Çocukların fuhuştan ve işyerlerinde sömürülmekten koruyacak yasal çerçevenin oluşturulması, düzeltilmesi ve yürürlüğe girmesinin sağlanması;
4. Çocukların çevre ve işten kaynaklanan toksik bileşiklerin etkilerinden korunması (Gündem 21, 1997).

9.2.10. DSÖ ve CIOMS Yönergesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Tıp Bilimleri Uluslararası Konseyi (Council for International Organizations of Medical Sciences - CIOMS) işbirliğinde hazırlanan ve 1993 yılında yayınlanan " İnsan Denekler Üzerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslararası Etik İlkeler" adlı raporun 5. Bölümü çocukların yer aldığı araştırmalarla ilgilidir. Konuya yönelik olarak yedi ilkenin belirlendiği ve yorumlandığı bu yönergeye göre, çocuklar üzerindeki araştırmalarda araştırmacı, öncelikle şunları sağlamalıdır:

1. Erişkinlerle eşit olarak yürütülebilecek araştırmalarda çocuklar yer almamalıdır.
2. Araştırmaların amacı, çocukların sağlık gereksinimleriyle ilgili bilgilerin elde edilmesi olmalıdır.
3. Her çocuğun ana- baba ya da yasal vasisi tarafından vekil onamı verilmiş olmalıdır.
4. Her çocuğun onamı, çocuğun yetenekleri ölçüsünde alınmış olmalıdır.
5. Tıbbi açıdan kabul edilebilir bir seçenek olmadığı sürece, çocuğun aldığı tedavi araştırma protokolüne uygun değilse, çocuğun araştırmayı reddetme hakkına her zaman saygılı olunmalıdır.
6. Birey olarak çocuk deneğe yararı amaçlamayan girişimlerin getireceği risk az ve elde edilecek bilginin önemi ile orantılı olmalıdır.
7. Terapötik yarar sağlamayı amaçlayan girişimler en azından elde varolan seçenekler kadar çocuk denek için avantajlı olma olasılığı taşımalıdır.

Çocukların katılımının haklı çıkarılması: Çocuklar, durumları gereği özellikle kolay etkilenebilir oldukları için çocukluk dönemi hastalıklarındaki araştırmalara çocukların katılımı zorunlu olmaktadır. Araştırmanın amaçları, çocukların sağlık gereksinimine yönelik olmalıdır.

Çocuğun onamı: Çocuğun gelişimi ve entelektüel kapasitesinin izin verdiği ölçüde bilgilendirilmesinden sonra, onunla gönüllü ilişki kurulmaya çalışılmalıdır. Bir çocuğun onam vermeye yasal olarak yeterli yaşa gelmesi konusunda bir mahkemeden ötekine farklı görüşler vardır; bazı ülkelerde "onam yaşı", farklı

bölgelere, eyaletlere ya da politik yapılara göre belirlenmiştir. Sıklıkla çocuklar, gerekli prosüdürleri geçebilecek ve aydınlatılmış onamın anlamını kavrayabilecek yasal onam yaşına henüz ulaşabilmiş durumda değildirler, bu nedenle onlar araştırma denekleri olmaya razı olacaklardır. Ancak gerektiği biçimde temsil yetkisine sahip bir kişinin, yasal vasisinin ya da ana-babanın vekil onamıyla tamamlanmadığı sürece araştırmaya katılım izni yetersiz demektir.

Bilimsel araştırmanın amaçları, küçük çocukların araştırmada yer almasını gerektirmedikçe, bebekler ve küçük çocuklar değil, onlara göre aydınlatılmış onam verme kapasitesine daha çok sahip olan büyük çocuklar seçilmelidir. Çocuğa verilecek tedavinin tıbbi olarak kabul edilebilir seçenek olmadığı için araştırma protokolüne uygunluk taşımadığı durumlarda, ana-baba vekil onamı vermiş olsa bile, çocuğun araştırmaya katılmayı reddetmesine her zaman saygı gösterilmelidir, bu tür durumlarda ana-babalar ya da vasiler, özellikle çocuk çok küçük ya da immatür ise, çocuğun karşı çıkışlarına gereken önemi vermeyebilir.

Ana-baba ya da vasinin vekil onamı: Araştırmacı, yerel yasalar ve yerleşik prosedürlere uyumlu olarak ana-baba ya da vasinin vekil onamını almış olmalıdır. 13 yaşın üzerindeki çocukların aydınlatılmış onam vermeye yeterli kapasitede olduğu çoğunlukla varsayılabilir, ancak bu yerel hukuk tarafından kabul edilmedikçe, bir ana-baba ya da vasinin vekil onamı ile tamamlanmalıdır.

Araştırmanın ana-baba tarafından incelenmesi: Araştırmaya çocuğun katılımı için vekil onamı veren bir ana-baba ya da vasiye, çocuğun en iyi çıkarına uygun bulmuşlarsa araştırmadan çekilebilecek şekilde, yürütülmekte olan araştırmanın incelenmesi için olanaklar tanınmış olmalıdır.

Psikolojik ve tıbbi destek: Çocukların yer aldığı araştırma, çocuk ve ana-babaya sağlanabilecek uygun tıbbi ve psikolojik desteğin önceden belirlenmesi koşuluyla yürütülmelidir. Çocuklar için ek bir koruma olarak; araştırmacı, olanaklı ise, çocuğun aile doktoru ya da başka bir sağlık profesyonelinin çocuğun araştırmasında yer alması konusundaki önerilerini alabilmelidir.

Risklerin haklı çıkarılması: Birey olarak çocuk denek için doğrudan tanısal, terapötik ya da koruyucu yarar sağlamayı amaçlayan girişimler, riskler ve yararlar göz önünde bulundurulduğu zaman, en azından elde varolan her hangi bir seçenek

kadar çocuk deneğe beklenen bazı avantajları haklı çıkarmalıdır. Riskler, çocuk için beklenen yarara oranla haklı gösterilebilir nitelikte ve derecede olmalıdır.

Çocuk-deneğe doğrudan yararı amaçlamayan girişimlerin riski, genelleştirilebilir bilgi bağlamında toplum için beklenen yararlar açısından haklı gösterilmelidir. Genel olarak, bu tür girişimlerde risk minimal olmalıdır ki; bu, çocukların rutin tıbbi ya da psikolojik muayenesiyle ilgili olan riskten daha fazla ya da daha olası olmayan risktir. Araştırma etik kurulu, araştırmanın amacının yeterince önemli olduğu kanısında ise, minimal riskin üzerindeki önemsiz artışlara izin verebilir (Bankowski, 1993, s.: 20,21).

9.2.11. Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi

28-30 Mart 1994'te Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nca düzenlenen toplantıda "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" hazırlanmıştır. Bu bildirgede hasta hakları altı ana başlıkta toplanarak ayrıntılı olarak tanımlanmıştır:

1. Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri,
2. Bilgilendirme,
3. Onam,
4. Mahremiyet ve özel hayat,
5. Bakım ve tedavi,
6. Başvuru.

Bildirge'nin konumuzla ilgili bölümleri aşağıda yer almaktadır:

Bilgilendirme: Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk ya da yararlarını, önerilen girişimlerin seçeneklerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir. Hastalar kesin olarak belirttikleri durumda, bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.

Onam: Hastanın aydınlatılmış onamı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur. Hasta tıbbi girişimi reddetme ya da durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen ya da durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya özenle açıklanmalıdır. Hastanın istencini açıklamasının olanaksız olduğu ve ivedilikle tıbbi girişim yapılması gerektiği durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onamı olduğu varsayılarak girişim yapılabilir. Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin ivedi olduğu durumda, eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa, tıbbi girişim yapılabilir.

Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuklar ya da erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde karar alma sürecine katılmalıdır. Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor ya da öteki sağlık personelinin görüşü, girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye ya da hakem heyeti benzeri organa bırakılmalıdır. Hastanın onam vermesinin olanaksız olduğu ve yasal temsilcisinin bulunmadığı ya da bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri öngörülerek ve değerlendirilerek, seçenek karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır.

Klinik çalışmalara katılım için hastanın aydınlatılmış onamına gereksinim vardır. Hastanın aydınlatılmış onamı, bilimsel araştırmalarda yer almak için ön koşuldur. Bütün araştırma protokolleri uygun etik kurul onayı işlemlerinden geçirilmelidir. Bu gibi araştırmalar, yasal temsilcinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe, kendi istencini dile getiremeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili ayrıksı bir durum, önemli bir değeri olan, seçenek yöntemleri olmayan ve başka araştırma öznesi bulunmayan araştırmalardır. Böyle bir durumda risk ve/veya yük çok azsa, kişi reddetmemişse, hastanın sağlığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler gözleme dayalı araştırmalara katılabilir.

Mahremiyet ve Özel Hayat: Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, öteki dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bu hak, üçüncü kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez. Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması ya da tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık duruma

getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir. Tıbbi girişimler, ancak kişinin özel yaşamına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Bunun anlamı, önerilen girişimin hastanın onamı ya da isteğine göre ve kişinin gereksinimi durumunda yapılabileceğidir (Hatun, 1995).

9.2.12. Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi

Avrupa Konseyi ve Avrupa Topluluğu'na üye devletler Temmuz 1994'de yayımlanan "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsanın Onurunun Korunması Hakkında Sözleşme Tasarısı" ile, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ortaya çıkan sorunları tartışmak ve insan onuru ve bireyin temel haklarının korunması için önlemler almak konusunda görüş birliği içinde olduklarını açıklamışlardır. Tasarı, 1996 yılında Sözleşme olarak kabul edilmiştir

Aşağıda bu tez bağlamında ilgisi olduğu düşünülen maddelerden söz edilecektir:

Madde 3: Araştırma da içinde olmak üzere, sağlık alanında herhangi bir girişimin, amaca uygun mesleki yükümlülükler ve standartlar uyarınca yapılması gerekir.

Madde 5: Girişim yapılacak kişinin, özgür ve aydınlatılmış onamı olmadıkça, sağlık alanında herhangi bir girişimde bulunulamaz. İlgili kişi, onamını her zaman, özgürce geri alabilir.

Madde 6: Hukuk açısından onamını açıklama yeterliği ve yetkisi olmayan kişiler ile onamını açıklamaya yeterli ve yetkili sayılmakla birlikte, algılama yeteneği azalmış olan kişiler üzerindeki girişimler, yalnızca, bu kişilerin doğrudan yararı için ve hukuk tarafından kabul edilmiş koruyucu koşullar altında yapılabilir.

Olağandışı durumlarda ve hukuka uygun olarak, baskın bir yarardan söz edilebilmesi ve yetersiz ve yetkisiz kişi için yeterli korumanın sağlanmış olması koşuluyla, söz konusu kişi üzerinde kazanç sağlama amacı gütmeyen, doğrudan bireysel kazanç sağlanmasına yönelik olmayan girişimler aşağıdaki iki durumda yapılabilir:

- Tam yetkili ve yeterli olan seçenek bir kimsenin bulunmaması ya da eşit biçimde etkili bir araştırma yöntemi seçeneğinin söz konusu olmaması koşuluyla, ilgili kişi bakımından en az risk ve yükün söz konusu olduğu tıbbi araştırma söz konusu ise;

- Tam yetkili ve yeterli bir vericinin olmaması ya da eşit olarak etkili bir yöntem seçeneğinin bulunmaması koşuluyla, aralarında yakın kişisel ilişkiler ya da aile ilişkileri bulunan kişiler arasında, transplantasyon amaçlarıyla kendini yenileyen dokuların alınması söz konusu ise.

Madde 7: Kendisine girişimde bulunulacak kişi, olabildiği ölçüde, onamın alınması sürecine katılacaktır. Küçüklerin onamı, yaşları ve ayırtım yetenekleri oranında, belirleyici bir etken olarak göz önüne alınacaktır. Hukuk açısından yetersiz ve yetkisiz olmalarına karşın, algılama yeteneği bulunan yetişkinlerin onamı aranacaktır.

Madde 14: Biyoloji ve tıp alanında bilimsel araştırma, bu sözleşme ve insan varlığının korunmasını güvence altına alan öteki hukuk kuralları uyarınca serbestçe yapılabilir.

Madde 20: Tıbbi bir girişim sonucunda, uygun olmayan bir zarara uğrayan kişinin, hukuk tarafından öngörülen koşullar ve yöntemler uyarınca, adil bir ödence isteme hakkı vardır.

Madde 23: Taraflar, biyoloji ve tıp alanındaki gelişmelerin doğurduğu temel sorunların, özellikle ilgili tıbbi, sosyal, ekonomik, ahlaki ve hukuki yansımaların ışığında, amaca uygun olarak kamusal tartışmaya açılmasından ve bunların olanaklı bulunan uygulamasının, amaca uygun biçimde danışılmasından sorumlu olacaklardır (Özsunay, 1994).

9.2.13. Bali Bildirgesi

Dünya Hekimler Birliği tarafından 1995 yılında Bali'de yapılan toplantıda, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi yeniden gözden geçirilerek genişletilmiştir. "Bali Bildirgesi" olarak adlandırılan bu bildirgedeki maddeler, 11 başlık altında toplanmıştır. Bildirgede hastaların nitelikli tıbbi bakım alma, seçme özgürlüğü, kendi geleceğini belirleme (hastanın tıbbi araştırmalara ya da eğitim çalışmalarına katılmayı reddetme de içinde olmak üzere), bilgilenme, gizlilik, sağlık eğitimi alma, onurunu koruma ve dini yardım da içinde olmak üzere her türlü psikolojik desteği alma haklarının olduğu dile getirilmiştir. Ayrıca hastanın isteğine karşı olan

T.C. Y... K...
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

uygulamalar, bilinci kapalı hastaların ve yasal açıdan yeterliği olmayan hastaların durumu ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bildirgenin 5. Maddesinde, çocukların durumundan aşağıdaki biçimde söz edilmiştir:

"Hasta çocuk ya da yasal açıdan yetersiz ve yetkisiz ise, bir yasal temsilcinin onayının alınması gereklidir. Bununla birlikte hasta, kapasitesinin izin verdiği ölçüde karar alma sürecine katılmalıdır.

Yasal açıdan yetersiz ve yetkisiz olan hasta, akılcı kararlar alabiliyorsa, onun kararlarına saygı gösterilmelidir ve bu durumdaki hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.

Hastanın yasal temsilcisinin ya da hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda, hekimin görüşü, girişimin hastanın en iyi çıkarına uygun olduğu biçiminde ise, hekim bu konudaki kararı yasal ya da öteki kurumsal yapılara bırakmalıdır. Acil durumlarda hekim, hastanın en iyi çıkarına uygun olarak davranmalıdır." (Bull. Med. Eth., 1996).

9.2.14. Dünya Hekimler Birliği Ottawa Bildirgesi

22-26 Ekim 1996'da Dünya Hekimler Birliği'nin Güney Afrika'da yapılan toplantısına "Hastanede Yatan Çocukların Hakları" adlı bir bildirge taslağı sunulmuştur. Söz konusu taslak, hasta çocukların hakları ile ilgili ilk uluslararası metin olması nedeniyle daha sonraki çalışmalar için başlangıç olarak kabul edilmektedir. Daha sonra kabul edilen Ottawa Bildirgesi, büyük ölçüde 1993'te kabul edilen "Hastanedeki Çocuklar İçin Avrupa Sözleşmesi" ve yukarıda sözü edilen taslak metin temel alınarak hazırlanmıştır.

Dünya Hekimler Birliği'nin Ekim 1998 de Ottawa' da yapılan 50. Kurultayında, çocuğun sağlık hizmeti alma hakkı geniş kapsamlı ve ayrıntılı olarak ele alınmış ve aşağıda tam metni yer alan bildirge kabul edilmiştir.

Önsöz

1. Çocuğun sağlık hizmeti, ister evde, ister hastanede olsun, iyileşme sürecine birbirleri ile etkileşerek etkileyen, tıbbi, duygusal, sosyal ve ekonomik boyutları içerir ve bu boyutlara hasta çocuğun hakları bağlamında özen gösterilmelidir.

2. Birleşmiş Milletlerin Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 24. Maddesi (1989), çocuğun en üst düzeyde sağlık standardına, hastalığı tedavi ve sağlığı yeniden kazandıran tüm olanaklara ulaşabilmesini bir hak olarak kabul eder ve devletlerin her bir çocuğun bu düzeyde sağlık hizmetine ulaşabilme hakkını sağlamak için çalışacaklarını bildirir.

3. Bu bildirgede "çocuk" terimi, doğumundan 17 yaşının sonuna kadar dönemde olan kişiyi tanımlamaktadır; ancak herhangi bir devletin yasası, çocukları farklı bir yaşta "erişkin" olarak saymaktaysa, o yaşa göre kapsamı değiştirilebilir.

Genel İlkeler

4. Her çocuğun yaşama hakkı vardır. Buna ek olarak sağlığı destekleyen, hastalığı önleyen, tedavi eden ve sağlığı yeniden kazandıran (rehabilitasyon) sağlık hizmetine ulaşmak da her çocuğun hakkıdır. Hekimler ve öteki sağlık hizmeti sunan kişiler bu hakkı bilme ve uygulanmasını sağlama, bu hakların yerine getirilmesi için gereken maddesel ve insan kaynaklarının harekete geçirilmesini zorlama sorumluluğunu taşırlar. Özellikle aşağıdaki alanlarda her türlü çaba gösterilmelidir.

a) Çocuğun yaşamasını ve gelişmesini en üst düzeyde korumak ve ana-babanın (ya da yasal olarak atanmış kişilerin) çocuğun gelişiminde temel sorumlu kişiler olduğunu ve bu sorumluluğu her iki ana-babanın eşit olarak taşıdığını kabul etmek;

b) Sağlık hizmetinin birincil sorumluluğunun çocukların yararına olmasını sağlamak;

c) Çocuğun, ailesinin ya da yasal koruyucularının yaş, cins, hastalık ya da sakatlık, etnik köken, dini inanç, uyruk, politik görüş, ırk, cinsel yönelim, ya da toplumsal konumları gözetilmeksizin her çocuğun eşit olarak tıbbi yardım ve sağlık hizmetinden yararlanabilmesini savunmak ve bu alanda ayırımcı uygulamalara direnmek;

d) Anne ve çocuğu için uygun doğum öncesi ve doğum sonrası bakımı sağlamak;

e) Özellikle temel sağlık hizmetleri, gereken çocuklar için ruh sağlığı hizmetleri, ağrı dindirici hizmetler ve engelli çocuklar için özel hizmetlere ağırlık vermek

koşulu ile tüm çocuklar için yeterli tıbbi destek ve sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak;

f) Her çocuğu gereksiz tanı, tedavi ve bilimsel araştırmadan korumak;

g) Hastalık ve malnutrisyon ile savaşmak;

h) Koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek;

i) Değişik şekillerde görülebilen çocuk istismarı ile savaşmak;

j) Çocuğun sağlığına zarar veren geleneksel uygulamaları yok etmek.

Özel İlkeler

Hizmetin niteliği

5. Bir çocuk için verilen sağlık hizmetinin sürekliliği ve niteliği, bu hizmeti ona veren ekip tarafından sağlanmalıdır.

6. Çocuğa sağlık hizmeti sunan hekimler ve öteki kişiler çocukların ve ailelerinin tıbbi, bedensel, duygusal ve gelişimsel gereksinimlerine uygun yanıt verebilecek düzeyde özel olarak eğitilmiş ve bu beceri ile donatılmış olmalıdır.

7. Yeterli miktar ya da sayıda bulunamadığı için yalnızca bir grup çocuğa sunulacak bir tedavi hizmeti söz konusu olduğunda; tüm çocuklara, yalnızca tıbbi gerekçelere dayanan ve ayırımcılık gözetmeyen adil bir seçim süreci uygulandıktan sonra, bu hizmet, seçilmiş bir grup çocuğa sağlanabilir.

Seçme hakkı

8. Çocuğun ana-babasının, yasal velilerinin ya da yeterli olgunluğa erişmiş ise kendisinin, hekimini seçme ve değiştirme; seçilen hekimin klinik ya da etik değerlendirmeleri dış etkiler olmaksızın yaptığını bilme; her an bir başka hekimden ikinci bir görüş alma hakları vardır.

İzin verme ve kendini yönlendirme

9. Çocuğun, ana-babasının ya da yasal velilerinin, çocuğa verilen sağlık hizmetini ilgilendiren tüm kararlara aktif olarak katılma hakları vardır. Bu kararlar verilirken çocuğun istekleri önemsenmeli ve çocuğun anlama yetisi arttıkça daha

da ağırlık kazanmalıdır. Olgunlaşmış olduğuna hekimin karar verdiği çocuk, kendi sağlığına ilişkin kararları kendisi verme hakkına sahiptir.

10. Acil bir durum dışında, özellikle de acı veren bir girişimi içerdiğinde her tanı ve tedavi sürecinin başlamasından önce yapılacak girişim konusunda tıbbi açıdan bilinen tüm olumlu ve olumsuz yönler açıklanarak "aydınlatılmış onam" alınmalıdır. Genellikle onam ana-baba ya da yasal velilerden alınacaktır, ancak onam alınırken çocuğun istekleri de değerlendirilmelidir. Eğer çocuk yeterli olgunluğa erişmiş ise, onam çocuktan alınır.

11. Olgunlaşmış çocuk, ailesi ya da yasal velileri herhangi bir girişim ya da tedaviye onam vermeme hakkına sahiptirler. Çocuğun ana-baba ya da yasal velilerinin çocuğun yararına karar verecekleri varsayılsa da, bu bazen böyle olmayabilir. Çocuğun ana-baba ya da yasal velilerinin herhangi bir girişim ya da tedaviye onam vermemesine bağlı olarak, bu girişim ya da tedavinin yapılmadığı durumda çocuğun sağlığı geri dönüşümü olmayabilecek ağır tehlike altına girmekteyse ve genelde kabul edilen tıbbi hizmetlerde bu girişim ya da tedavinin yerine geçebilecek bir başka yaklaşım yoksa, hekim, bu girişim ya da tedaviyi uygulayabilmek için yasal yollara başvurmalıdır.

12. Eğer çocuğun bilinci kapalıysa ya da başka bir nedenle onam verme yetisinden yoksunsa, ana-baba ya da vasi bir nedenle bulunamamaktaysa, acil olarak bir tıbbi girişim gerektiğinde, bu girişime özel olmak koşulu ile onam aranmaz.

13. Hasta çocuk, ana-babası ya da yasal velileri, bilimsel araştırmaya ya da tıp eğitimine katkıda bulunmayı reddedebilirler. Bu reddetme, hiçbir zaman hasta-hekim ilişkisini ve çocuğun hakkı olan tıbbi bakım ya da öteki gereksinimlerinin sağlanmasını etkilememelidir.

Bilgiye ulaşma

14. Hasta çocuk, ana-baba ya da yasal velileri, çocuğun yararına olması koşulu ile, çocuğun sağlık ve tıbbi durumu konusunda bilgilendirilme hakkına sahiptirler. Ancak çocuğun tıbbi kayıtlarında bulunan üçüncü bir şahıs hakkındaki bilgi, bu üçüncü şahsın izni olmadan, çocuğa ya da ailesine verilmelidir.

15. Her bilgi, alıcının kültürüne ve anlama düzeyine uygun biçimde verilmelidir. Bu madde genel sağlık bilgisine ulaşma hakkına sahip olan çocuğa bilgi verilirken, özellikle önem kazanır.

16. Ayrıcalıklı olarak, çocuğun yaşamına ve sağlığına ya da çocuk dışındaki bir kişinin fiziksel ya da ruhsal sağlığına ciddi tehdit oluşturduğuna inanılan bilgiler çocuk, ana-babası ya da yasal velilerinden saklanabilir.

Gizlilik

17. Hekimlerin ya da öteki sağlık çalışanlarının, hastaların kişisel ve tıbbi bilgilerini (sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu ve tedavisini içerir) gizli tutma ilkesi erişkin hasta için olduğu kadar, çocuk hasta için de geçerlidir.

18. Bir hekim muayenesi sırasınea, ana-babası ya da yasal velileri tarafından eşlik edilmeyebilecek kadar olgunluğa ulaşmış bir çocuk hasta, tek başına görülmek ve gizli tutulacak hizmetleri istemek hakkına sahiptir. Bu tür bir istek saygıyla karşılanmalı ve bu hizmet sırasında edinilen tüm bilgiler, çocuğun izni alınmaksızın aileye verilmemelidir. Bu durum, erişkin gizlilik ilkelerinin işlemediği durumlarda işlemez. Ek olarak, hekim, çocuğun aydınlatılmış onam veremeyeceği ya da ana-babaların yardımı ve katkısı olmadan çocuğun sağlığının ciddi ve geri dönüşümsüz bir tehlikeye girdiğini düşündüğü, ayrıcalıklı durumlarda eşlik edilmeksizin yapılan muayene/görüşmeden elde edilen bilgiler ana-baba ya da yasal velilere verilebilir. Ancak hekim, öncelikle çocuk ile bu kararının gerekçelerini tartışmalı ve çocuğu bu karara katılmaya ikna etmeye çalışmalıdır.

Hastaneye yatırılma

19. Çocuk, ancak ona verilecek sağlık hizmeti evinde ya da ayaktan tedavi hizmeti şeklinde verilemediği durumlarda hastaneye yatırılmalıdır.

20. Hastaneye yatan çocuğun ortamı, yaşı ve sağlık durumuna uygun olarak düzenlenmiş, döşenmiş ve donatılmış olmalıdır. Çocuk tıbbi durumunun gerektirdiği özel durumlar dışında (örneğin doğum yaptırılması ya da gebeliğinin sonlandırılması gibi) hiçbir zaman erişkin hastaların yattığı ortamda hastanede kalmamalıdır.

21. Hastanede yatışı boyunca, ana-babası ya da onların yerini tutan kişilerin çocuğun yanında kalması; bu kişilerin hastane içinde ya da çok yakınında çok az ya da sıfır ücret karşılığında kalabilmesi; işlerinden çocuklarına eşlik edecekleri süre boyunca izinli olmaları, bu ayrılığın işlerini tehdit edecek bir önyargı taşımaması sağlanmalıdır.

22. Hastanede yatan her çocuğa ziyaretçinin yaşı gözetilmeksizin, olabildiğince fazla hastane dışı iletişim ve ziyaret sağlanmalıdır. Ziyaret yalnızca, çocuğun hekiminin çocuğun ziyaret edilmesinin onun yararına olmayacağı inancında olması durumunda kısıtlanabilir.

23. Hastanede yatan bir çocuğun annesi tıbbi bir engel olmadığı sürece çocuğu emzirme olanağından yoksun bırakılmamalıdır.

24. Hastanedeki çocuğun yaşına uygun olarak oyun, yaratıcılık ve eğitimin sürdürülmesi olanaklarından yararlanması için, her olanak kullanılmalı ve bunlara uygun ortam yaratılmalıdır. Eğitim hakkını kullanabilmesi için, çocuğa özel öğretmenin bulunması desteklenmeli ya da uygun uzaklıktaki eğitim merkezlerinden yararlanması sağlanmalıdır.

Çocuk istismarı

25. Çocukları her türlü ihmal, fiziksel ya da ruhsal şiddet, baştan çıkarma, örseleme, hasar ya da cinsel istismarı da içeren istismardan korumak için her türlü önlem alınmalıdır. Bu bağlamda Dünya Hekimler Birliği'nin Çocuk İhmali ve İstismarı Bildirgesi'ne uyulmasına özen gösterilmelidir.

Sağlık eğitimi

26. Aileler ve yaşlarına ve gelişimlerine uygun olarak çocuklar, çocuk sağlığı ve beslenmesi konusundaki temel bilgiye ulaşma ve uygulamaları için desteklenme hakkına sahiptirler. Bu bilgi anne sütünün, bireysel ve çevresel temizliğin yararları, kazaların önlenmesi, cinsel ve çoğalma sağlığı eğitimini içermektedir.

Hastanın Saygınlığı

27. Hasta çocuğa her zaman saygınlığı ve mahremiyeti anlaşılarak ve göz önünde bulundurularak yaklaşılmalıdır.

28. Ağrı ve/veya ıstırap, fiziksel ve duygusal stresi ortadan kaldırmak ya da bu olanaklı olmadığında en aza indirmek için her türlü olasılık zorlanmalıdır.

29. Terminal dönemdeki ölümcül hastalığı olan çocuk için uygun destek tedavisi verilmeli ve ölümü en rahat ve saygın kılacak koşullar sağlanmalıdır.

Dini destek

30. Çocuk hastanın kendisine uygun dini ve manevi rahatlığa ulaşabilmesi için her türlü çaba gösterilmelidir. Bu yardım kendi seçtiği dinden bir din adamına istediğinde ulaşma hakkını içerir (Ertem, 1999).

9.3. Ulusal ve/veya Uluslararası Yönergeler

1. İngiliz Pediyatri Birliği, 1992'de yayımladığı "Çocukların Yer Aldığı Medikal Araştırmaların Etik Olarak Yürütülmesinin İlkeleri" adlı yönergede çocuklar üzerindeki araştırmalarda karşılaşılan etik sorunları ve bunların çözüm yollarını ayrıntılı olarak ele almış ve uyulması gereken ilkeleri belirlemiştir. Söz konusu ilkeler özet olarak aşağıda yer almaktadır.

- Çocukların çıkarları tartışılması gereken bir konudur. Her şeyden önce, tıbbi girişimler için onlar adına başkaları onam vermektedir. Çocukların çıkarlarını savunma ve gereksinimlerini dile getirme konusunda ne kadar yeterli oldukları tartışılan bir noktadır. Gelecekteki yaşamları da göz önüne alındığında, araştırmaya katılmakla uzun süreli yarar ya da zarar görme risklerini aldıkları ortaya çıkmaktadır. Çocuklar kendileriyle ilgili kayıtlara müdahale etme bakımından da erişkinlere oranla daha az yeterlidirler. Bu nedenle araştırmacılara düşen görev, gizliliğe saygı ve verilerin zaman içinde saklanması için gerekli yasal düzenlemeler konusunda duyarlı davranmaktır.
- Çocukların hasta ve araştırma deneği olarak yaşadıklarından nasıl etkilendikleri ve nasıl bir desteğe gereksinim duydukları konusunda daha fazla bilgiye ulaşmamız gereklidir. Bu bağlamda araştırma sürecinde ana-babalar ve çocuklarla ilişki içinde olan araştırmacı, onların çıkarları ve sorunları konusunda bir paylaşım ortamı yaşamış olur. Bu paylaşımın, deneğin çıkarlarının, bilimin ve

toplumun çıkarlarına üstün tutulması gerektiği biçimindeki Helsinki Bildirgesiyle uyum içinde olmalıdır.

- İlkesel olarak insan deneklerin yer aldığı araştırmalarda aydınlatılmış ve gönüllü onamın alınması için her durumda çaba gösterilmelidir. Ancak, çocukların onamının alınması oldukça tartışmalı bir konudur.
- İnsanlar üzerindeki araştırma ve yeni tedavi denemeleri uygun temel bilim araştırmalarından sonra yapılmalıdır. Çocuklarla yapılan araştırmalar, eğer konu erişkinlerle çalışmaya kesinlikle uygulanabilir değilse, etik açısından kabul edilebilir. Pek çok araştırma, yalnızca küçük çocuklar ve bebeklerle yapılabiliyorsa da, yaş gruplarının seçiminde olanak varsa büyük çocukların katılımı yeğlenmelidir.
- Potansiyel zararlar, çocuklar risk altına alınmadan önce dikkatle değerlendirilmelidir. Uzun sürede ciddi zararlı etkileri olabilecek bir araştırmanın, belirlenen sürede de bazı zedeleyici etkilerinin olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle, tıbbi araştırmalarda potansiyel yarar beklentisinin zorunlu kılınması, moral değerler açısından anlamlıdır.
- Çocuklarda yapılan araştırmalar klinik uygulamanın kalitesinin artması bakımından da önemlidir. Çocuk hastaların zarar görmeleri konusunda duyarlılığın öncelikli olduğu araştırma ilkeleriyle varsayımlarını sorgulayan bir mantıksal yaklaşım, klinisyen için değerli bir profesyonel erdem olarak görülmelidir.
- Günümüzde, çocuk deneğe doğrudan yarar sağlamayan araştırmaların reddedilmesi gerektiği yolundaki yaklaşımların yerine, gerekli desteğin sağlanarak araştırmanın yürütülmesi düşüncesi benimsenmektedir Böylece, araştırmanın potansiyel zararlarından çocukları kesin olarak korumak adına, potansiyel yararların göz ardı edilemeyeceği dile getirilmektedir. Nitekim kontrollü deneylerde plasebo kullanılması, tanısal yöntemlerin değerlendirilmesi, normal gelişimin ölçülmesi, sağlıklı gönüllülerin yer alması gibi uygulamalar çocuk deneğe doğrudan yarar getirmemesine karşın etik dışı ya da yasadışı olarak değerlendirilmemektedir.

- İnsanlar üzerindeki araştırmaların potansiyel yarar, zarar ve bedellerinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin yöntemleri oldukça tartışmalıdır.
- Riskin değerlendirilmesinde şu üç derece önemlidir:

1. İhmal edilebilir derecede küçük risk: Onam verilmiş ve duyarlı biçimde uygulanmak koşuluyla anket, gözlem ve çocukların ölçülmesi gibi olanaklı en az risk taşıyan prosedürleri dile getirmektedir. İdrar örneği toplanması (aspirasyonla olmayan) ya da tedavinin bir parçası olarak alınan kan örneğinin araştırmada kullanılması bu gruptadır.
2. Düşük (minimal) risk: Kısa süreli ağrı ya da duyarlılığa yol açan, küçük yara-bere ve skar oluşturan prosedürleri tanımlamaktadır. Ven ponksiyonu ve enjeksiyonlar çocukların sıklıkla karşılaştıkları düşük riskli uygulamalardır.
3. Yüksek risk prosedürleri: Yalnızca, çocuğa yararın amaçlandığı ya da hastalığının tanısıyla birlikte yürütülmesi gereken araştırmalardır. Dolayısıyla sadece araştırma amaçlarıyla haklı gösterilemezler. Akciğer-karaciğer biyopsisi, kardiyak kateterizasyon, arteryel ponksiyon gibi işlemler bu gruptadır.

- Primer olarak çocuğa yarar sağlamayan projelerde, çocuk deneklere minimal riskten daha fazlasını önermek etik dışı olacaktır. Araştırmadaki yüksek riskler ve alışılmamış tedaviler, çocuklar prognozu kötü bir hastalığa tutulmuşsa kabul edilebilir. Hastalık ve anksiyetenin, aileyi baskı altına alarak onların cesur deneysel prosedürleri kabul etmelerine yol açabileceği göz önüne alınmalıdır. Bundan dolayı, ciddi ya da kronik hastalıklarda tıbbi tedavinin ve araştırmada rol almanın yol açtığı stresin, çocuğa verdiği zararlar bağlamında değerlendirilmesi gereklidir. Böylece kaçınılabilir sıkıntılar önlenmiş olur.
- Özenle seçilmiş olmalarına karşın, klinik deneylerde yer alan çocuklar, öngörülemeyen sosyal ve emosyonel sorunlarla karşılaşabilirler. Araştırma planına, gerekli emosyonel desteğin sürdürülmesi koşulu konulmalıdır (British Paediatric Association, 1992).

2. Avrupa Konseyi Başkanlar Komitesinin, üye ülkelerin ulusal yasalarına uyarlaması için 1990 tarihli öneri niteliğindeki kararlarında çocuklar üzerindeki araştırmalarda da başvurulabilecek aşağıdaki ilkeler yer almıştır.

İlke 3. Hiçbir tıbbi araştırma, katılacak kişinin bilgilendirilmiş, özgür, açıklanmış ve spesifik onamı olmadan yapılamaz.

İlke 4. Yasal olarak kısıtlı bir insan tıbbi araştırmaya ancak ilke 5 tarafından tanımlanan durumlarda ve kısıtlının yasal temsilcisi ya da bir otorite veya ulusal yasalar tarafından yetkilendirilmiş bir birey onam verirse katılabilir. Yasal kısıtlı anlama kapasitesine sahipse, onun onamı da ayrıca gereklidir ve onam vermezse hiçbir araştırma yapılamaz.

İlke 5. Yasal olarak kısıtlı kişi, yapılacak araştırma, sağlığına doğrudan ya da belirgin yarar sağlayacaksa araştırmaya katılabilir. Ancak, bunların dışında, ulusal yasa araştırmaya katılacak yasal olarak kısıtlı kişiye araştırma kendi sağlığına doğrudan yararlı değilse bile, kişi karşı çıkmıyorsa izin verebilir; (araştırma aynı kategorideki öteki kişilere yararlı olacaksa ve aynı bilimsel sonuçlar, araştırma bu kategoride olmayan kişiler üzerinde yapıldığında elde edilemeyecekse)

3. Kişisel Tıbbi Ürünler Komitesi tarafından Avrupa Topluluğu'nda Tıbbi Ürün Deneylerinin İyi Klinik Uygulaması hakkında hazırlanan Haziran 1990 tarihli Avrupa Komisyonu Raporu, tıbbi ürün deneylerinde onam sorunu için etik kurulların tartışma konularını ele almıştır, çocuklara özel değildir. Ancak paragraf 1.13 ve 1. 14'de konuya yönelik olarak şunlar yer almaktadır:

1.13: Kişisel onam verecek kapasitede olmayan (örneğin bilinçsiz/ağır mental hastalığı/özrü olanlarda) deneklerin araştırmaya katılımı, eğer etik kurul ilkesel olarak anlaşmışsa ve araştırmacı katılımın deneğin yararına olacağı düşüncesindeyse olanaklıdır. Yasal olarak geçerli bir temsilci katılımın deneğin yararına olacağını tarihli ve imzalı bir açıklamayla kabul etmelidir. Eğer imzalı bilgilendirilmiş onam ya da sözlü onam alınamıyorsa, araştırmacı bunu gerekçeleriyle birlikte tutanak haline getirmelidir.

1.14: Non-terapötik çalışmalarda onam mutlaka deneğin imzasıyla alınmalıdır.

4. Kraliyet Hekimler Akademisinin (RCP) 1990 tarihli "Araştırmaya Katılan Hastalar Raporu"nda gözlem araştırması gibi hiçbir risk taşımayan durumlar dışında, hastaların araştırmaya katıldığını bilmesi gerektiği ve araştırmanın, ancak hastanın onamıyla yürütülebileceği vurgulanmaktadır.

RCP raporunun çocuklarla ilgili bölümü "erişkinlerde eşit düzeyde yapılabilecek bir araştırma kesinlikle çocuklar üzerinde yapılmamalıdır" koşulunu getirmektedir. Rapor, çocuğun onam verme yeteneğinin belli bir yaş sınırına değil, çocuğun anlama ve zeka düzeyinin yeterliğine bağlı olduğunu belirtmektedir. Ancak 16 yaş altındaki çocuğun onam verebileceğine karar verildiğinde, ana-baba onayı da mutlaka alınmalıdır; bu durum daha büyük çocuklar için de söz konusu olabilir. Rapor, onam veremeyecek çocuğun terapötik araştırmaya katılması için ana-baba ya da vasi onamı konusunda bir sorun görmemektedir. Non-terapötik araştırmada ise, raporda "yasa açık değildir, ama eğilim, ana-babanın görevinin çocuk için en iyi olacak şekilde davranmak ve çocuğun çıkarlarına açıkça ters düşecek bir şey yapmamak olarak yorumlamaktır" denilir. Bu yüzden onam veremeyecek çocuğun non-terapötik araştırmaya, çocuk karşı çıkmıyorsa ve araştırma minimal riskten daha fazla risk taşımıyorsa, ana-baba onamıyla katılabileceğine karar verilmiştir.

5. RCP'nin 1990 tarihli "İnsan Deneklerdeki Tıbbi Araştırmalarda Etik Kurul Çalışma Yönergesi" de çocuklar üzerinde non-terapötik araştırmalarda onam veremeyecek çocuklar için benzer bir çizgi izlemektedir.

6. RCP yönergeleriyle, "Çocuk Klinik Araştırmalarında Etik Hakkında Tıbbi Etik Enstitüsü Çalışma Grubu Raporu"nun (Çocuklarda Tıbbi Araştırma, Etik, Yasa ve Uygulama- Ed. R.H. Nicholson, 1986) bir çok ortak yönü vardır. Bu grup etik, yasal ve uygulamaya yönelik sorunlarda ayrıntıları ele almaktadır:

- Araştırmanın çocuklarda yürütülmesi gerektiğini gösteren spesifik ve demonstratif bir gereklilik ve elde edilecek bilgiye ulaşmanın başka bir yolu olmadıkça, çocuk denekler kullanılmamalıdır.
- Ana-baba ve vasiler çocuk üzerinde hakları olan kişiler olarak değil, çocuğun çıkarlarını en iyi savunacak "yed-i emin" ler olarak görülmelidir. Çocuk araştırmalarının birinci amacı, birey olarak çocuğun çıkarlarına ters bir şey yapmamaktır. Non-terapötik araştırmada ana-baba ya da vasinin vekil onamı, çocuk denek minimalden daha fazla risk altında değilse, yasal olarak geçerli ve etik olarak kabul edilebilirdir.
- Çocuğun yaşı ve onam verme yeteneği ne olursa olsun, ana-baba ya da vasi onamı aranmalıdır.

- Ana-baba/vasi onam vermiyorsa ya da 14 yaş üstündeki çocuk onam vermiyor veya görüş birliğine varılamıyorsa araştırma yapılamaz..

7. İngiliz Pediyatri Birliği'nin 1980 tarihli "Çocuk Araştırmalarıyla İlgili Etik Kurullara Yardım Yönergesi"nde, çocuklarda terapötik ve non-terapötik araştırmaların, araştırma erişkinlerde yapılamıyorsa ve araştırmadan elde edilecek yararlar rahatsızlık, huzursuzluk ve ağrı duyma riskini haklı gösterebiliyorsa yapılabileceğini söylemektedir.

8. İngiltere Sağlık Bakanlığının Yerel Araştırma Etik Kurulları 1991 Sirküleri de konuya aşağıdaki biçimde yer vermektedir.

"Bazı araştırmalar, deneklerini onam vermesi zor ya da olanaksız olan insan gruplarından seçmektedirler; örneğin bilinçsiz, çok yaşlı, mental hastalığı vs. olanlar. Böyle durumlarda yerel etik kurul uygun uzman önerisi aramalı, öneriyi özel bir dikkatle incelemeli, geçerli onam olmadan araştırma yapılmasının etik olarak kabul edilebilir olduğu konusunda doyurucu yanıtı almış olmalıdır."

Aynı metinde çocuk araştırmalarıyla ilgili şunlar yer almaktadır:

- Araştırmanın çocuklarda yapılması kesin olarak gerekliyse ve aynı bilgi erişkin denekler kullanılarak yapılamıyorsa çocuklarda yapılmalıdır.
- İnceleme ya da tedaviye (hastanın yarar sağlayacağı düşünülen araştırmalar, örneğin terapötik araştırma da içinde olmak üzere) onam aranırken 16-17 yaşındaki gençler (aksini gösterecek bir durum olmadıkça) ana-baba/vasiden bağımsız olarak tam onam verebilirler. 16 yaş altındaki çocuklar, önerilenleri tam olarak anladıklarına doktorları karar verirse tam onam verebilir. Çocuk 16 yaşın altındaysa terapötik araştırma için bile olsa, ana-baba/vasi ya da çocuk adına tıbbi tedaviye onam verebilecek yasal yetkilinin onamı kabul edilebilir olmayabilir. Çocuk 16'nın üstünde 18'in altındaysa, genellikle çocuğun yararı için ana-babanın bilgilendirilmemesi gereken durumlar dışında, ana-babanın onamı ayrıca istenilir.
- Non-terapötik araştırmada, yukarıda sayılan koşulların tümüne ek olarak, çocuğun görebileceği zarar riski minimalden daha fazla olmamalıdır.
- Yerel etik kurula göre; çocuk adına hareket edenler, girişim çocuk yararınaysa onamlarını yasal olarak verebilirler. Eğer çocuk, ihmal edilebilir riskler dışında

herhangi bir riskle karşı karşıya kalırsa, yasa dışı hareket ettikleri söylenebilir. Ana-baba/vasi onamı, karar verebilecek yeterlikte olan çocuğun karşı çıkmasından daha üstün ve öncelikli değildir (Medical Research Council, 1991).

10. ÇOCUK SAĞLIĞI AÇISINDAN TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Çocuklar üzerindeki araştırmaların etik açısından değerlendirilmesi bağlamında Türkiye'deki durumun genel olarak ele alınabilmesi için öncelikle, bu ülkede çocuğun nasıl algılandığına ve değerinin ne olduğuna, bu değerlendirmeye bağlı olarak onun, sağlığı, eğitimi, hakları gibi yaşamsal konularda, toplumun, en küçük birim olan aileden devlet politikalarına kadar geniş bir spektrumda nasıl bir tutum içinde olduğuna bakmak gerekmektedir. Bu bölümde, yukarıda söz konusu edilen sorulara değinilecek ve daha sonra çocuk sağlığının temel göstergeleri ile çocuklar üzerindeki araştırmalara ilişkin yapılan çalışmalar konusu genel olarak gözden geçirilecektir.

10. 1. Genel Durum

Bu başlık altında Türkiye'de çocuğa verilen değer, toplumun çocuğa ilişkin algısı ve çocuk haklarının durumu, söz konusu alanlarda yapılan çalışmalar ışığında ele alınacaktır.

10.1.1.Çocuğun Değeri

Yirminci yüzyılın egemen çocuk paradigması üç temel varsayıma dayandırılmaktadır:

1. Çocuklar yetişkinlerden farklıdır; ya da çocuklar özel bir biyolojik kategori oluştururlar.
2. Çocukların yetişkinliğe hazırlanması gerekir; ya da yetişkinlik bir kazanımdır.
3. Çocukların yetiştirilmesi, yetişkinlerin sorumluluğudur.

Çocuğun, yalnız şu ya da bu amaç için değil, kendi başına önemli olduğu, yetişkinden farklı, özgün ve değerli psikolojik nitelikler taşıdığı biçimindeki bu anlayışın temelinde 18. yüzyıl "aydınlanma düşüncesi" bulunmaktadır (Tan, 1994, s.: 11).

Öte yandan, çocuğun tanımlanmasında ve algılanmasında bir ülkeden ötekine, gelişmiş bir ülkeden az gelişmiş bir ülkeye, aynı ülke içinde kırsaldan kente

farklılıklar görülmektedir. Yapılan antropolojik çalışmalar,çocukluk olgusunun kültürel çeşitliliğini ve göreceliğini ortaya koymaktadır. Türkiye'de toplumsal ve kültürel yapı heterojen bir özellik göstermektedir. "Modern" ve "geleneksel"in bir arada yer aldığı, toplumsal gruplar arasında derin farklılıkların bulunduğu bir yapı söz konusudur. Özellikle metropolleşmiş kentlerde yaşayanların bir bütün olarak yaşama bakışları, bu bağlamda çocuk algıları ve çocuk yetiştirme biçimleri, ülkenin kırsal kesiminde yaşayan ve kısıtlı olanaklara sahip olanların yaşama bakış açılarından ve çocuk algılarından farklı olabilmektedir.

Toplumumuzda çocuk, istenildiği zaman sahip olunan, aile bütünlüğü içinde korunan ve büyütülerek geliştirilmesi amacıyla eğitilen bir varlık olarak ele alınmaktadır. Bir başka deyişle, yukarıda sözü edilen yirminci yüzyılın egemen paradigmasına koşut bir çocukluk algısı ülkemiz için de geçerlidir; çocuklar farklıdır, yetiştirilmesi gereklidir ve bu görev erişkinlerindir.

Ancak çeşitli yasalarda yer alan çocuk kavramı, genellikle yaş sınırlamalarına bağlı kalınarak değerlendirilmektedir. Bir tanıma göre, çocuk, "gelişen insan yavrusu, olgunlaşmamış, reşit sayılmayan küçük bir yurttaş"tır. Çocukluk olgusuna siyasal, hukuksal ve moral yaklaşımlarda farklı ölçütlerin göz önünde bulundurulması, çocuklukla gençlik ya da çocuklukla yetişkinlik grubu arasındaki ayırım çizgisinin belirsizliği bakımından güçlükler yaratmaktadır (Atauz, 1996).

Toplumun çocukluk konusundaki bu genel yaklaşım biçimi, kaçınılmaz olarak çocuğa verdiği değeri belirlemektedir. İnsana değer vermek, etik alanını ilgilendiren bir konudur ve insanın değerlendirilmesi temel olarak, onun yapı bütünlüğünün anlaşılmasına dayanmaktadır. Bu anlama ise, onun özelliklerinin bilinmesi ve belirli durumlarda nasıl davranabileceğinin kestirilebilmesi demektir. Bir insana verilen değerin temelinde, işte bu "değerlendirme" işlemi ve/veya süreci yatmaktadır (Kuçuradi, 1998, s.: 56). Toplumun çocuğa verdiği değerin ne olduğu sorusu da, bu bağlamda ele alınarak yanıtlanacak bir sorudur.

Türkiye'de çocuğun aile içindeki yeri ve önemi, verilen değerin yapısı bakımından ele alındığında, ana-babaların çocuklarıyla ilişkilendirdikleri değerler arasında psikolojik ve ekonomik değerlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Ancak son zamanlarda sosyoekonomik gelişme ile birlikte çocuğun bir ekonomik ve sosyal

güvence olarak görülmesi yaklaşımı giderek gerilemeye başlamıştır. Kağıtçıbaşı tarafından 1970'lerde Türkiye'nin 42 il merkezi, ilçe ve köyünde 2300 evli kadın ve erkekle yapılan "Çocuğun Değeri" araştırmasında elde edilen veriler bu görüşü desteklemektedir. Araştırmada çocuğa verilen değerin ve çocuktan beklentilerin, yaşanılan yerin gelişmişlik düzeyi, soruyu yanıtlayanın eğitim, meslek, yaş, cinsiyet gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Ana-baba tarafından çocuğa verilen değer ve çocuktan beklentiler, ailenin işlerlik türünü yansıtmaktadır. Çocuğa yararcı değerlerin yüklendiği aile sisteminde, çocuğun aileye nesnel katkısı yüksek olmaktadır. Bu katkı, çocukluk döneminde aile ekonomisine yardım, erişkinlikte ise ana-babaya yaşlılık güvencesi sağlamak biçimindedir. Özellikle geleneksel yapının egemen olduğu yerlerde yaygın olan bu durum, çok çocukluluğun nedenini de açıklamaktadır. Söz konusu araştırmada, çocuğun küçükken aileye maddi katkı beklentisinin %47, yaşlılık güvencesi beklentisinin %79 olarak saptanması, çocuğa yararcı yaklaşımı göstermektedir. Bu yararcı yaklaşım ise, çocuktan özellikle gelecekteki beklentilerin yoğun olduğu bağımlı aile ilişkileri içinde oluşmaktadır. Ana-baba ve çocuk arasındaki bu bağımlılık ilişkisi, bir karşılıklılık ilkesine dayanmaktadır. Çocuklukta, çocuk ana-babasına bağımlı iken; yaşlılıkta, ana-baba yetişkin evladına bağımlı duruma gelmektedir.

Ana-baba arasındaki bu bağımlı ilişkiler sistemi, çocuğun kişiliği hakkındaki ana-baba değer yargılarını da belirlemektedir. Çocuğun Değeri araştırmasında, çocuğun bağımsız değil, bağımlı olmasının, ana-babanın sözünü dinlemesinin ve büyüdüğü zaman ana-babasına "hayırlı evlat" olmasının istendiği ortaya çıkmıştır. Benzer biçimde, çocuk isteme nedeni olarak "yaşlılıkta güvenilecek birinin olması"nı önemseyenler ABD ve Almanya'da yalnızca %7-8 oranda iken , Türkiye'de bu oran %77 olarak bulunmuştur. Çocukların çalışmaya başladıklarında kardeşlerinin harcamalarını, ailenin giderlerini karşılama, ana-babalarına yaşlılık döneminde parasal destek verme konusundaki beklentiler çok yüksek düzeydedir ve bu tür konularda kadınların beklentilerinin erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hem erkekler hem de kadınların erkek çocuklarından daha yoğun beklentileri olduğu görülmüştür. Erkek çocuktan daha çok şey beklendiği için, erkek çocukların ailedeki değeri de daha fazla olmaktadır. Özellikle kırsal kesimde erkek çocuk ailenin adını sürdüren ve saygınlık sağlayan kişi olarak görülmekte ve ana-babanın

yaşlılık güvencesi olarak algılanmaktadır. Bu nedenle, erkek çocukların kız çocuklara yeğlenmesi yaygındır ve söz konusu araştırmada bu oran %84'e %16 olarak ortaya çıkmıştır.

Bununla birlikte, yaşanılan yerin gelişmişlik düzeyi, aile geliri, eğitim ve özellikle kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, kırsal kesimden kentlere doğru göç arttıkça ve ailedeki çocuk sayısı azaldıkça çocuğun ekonomik ve yaşlılık güvencesi olma değeri önem kaybetmekte, psikolojik değeri ise artmaktadır. Çünkü kentleşme olgusu ve sosyoekonomik gelişmeyle birlikte çocuğun aileye ekonomik katkısı azalmakta, buna karşılık okuyan çocuğun ekonomik yükü artmaktadır. Yukarıdaki nedenlerle birlikte çocuk sayısının azalması, çocuğun ailedeki tamamlayıcı işlevine önem kazandırmaktadır. Böylece, geleneksel yapı içindeki çocuk ekonomik bakımdan değer taşımakta iken, gelişme süreci ile birlikte çocuğun psikolojik değeri artmaktadır. Ülkemizdeki aile örüntüsünün bir başka özelliği, sıkı aile bağlarına ve beraberlik kültürüne dayalı olmasıdır. Bu olgu, bir yandan çocuğa destek sağlayıcı olmakla birlikte, öte yandan çocuklarda bağımlılık oluşturmaktadır (Kağıtçıbaşı, 1994).

Bir ülkede çocuğa verilen değerin, bu değer olumlu ya da olumsuz olsun, bazı somut göstergelerinin olması gereklidir. Çocuğun olumlu yönde geliştirilmesi; annenin çocuk sağlığı ve gelişimi konusunda eğitilmesi, kadının eğitim düzeyinin yükseltilmesi, özgür, yaratıcı ve bilinçli çocukların yetiştirilmesini amaçlayan politikaların uygulanmasına bağlıdır. Oysa ülkemizin genel ekonomik durumu, siyasal iktidarların seçtiği ve uyguladığı sosyoekonomik politikalar, hızlı nüfus artışı, iç göç ve buna bağlı çarpık kentleşme gibi olumsuzluklar işsizliğe ve gelir dağılımında adaletsizliğe yol açmaktadır (Atauz, 1996). Bütün bunların sonucunda, çocuklara sağlanan olanaklar, gereksindikleri düzeyin çok gerisinde kalmaktadır. Çocuğun bakımı ve beslenmesi, eğitimi , sağlığı ve hukuksal hakları gibi bir dizi yaşamsal alanda varolan ve giderek artan olanak eşitsizliği ve çocuk işgücünün istismarı ülkemizde çocuğa verilen değerin olumsuz göstergeleridir

10.1.2. Çocuk Hakları

Çocuklar bağımlı, incinebilir ve gelişme potansiyeli taşıyan varlıklardır. Bu nedenle çocukların temel hakları, onların insan standartlarını yükseltmeye ve genişletmeye

yöneliktir. Çocukların hakları özel olmakla birlikte, insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır ve siyasal haklar dışındaki tüm insan hakları (medeni, ekonomik, sosyal ve kültürel haklar), onların temel haklarıdır. Çocukların medeni hakları, bir ad ve uyruk edinme, işkence ve kötü muameleden korunma haklarını ve ana-babadan ayrılma konularını içermektedir. Sosyal güvenlikten yararlanma, normal gelişmeye elverecek bir yaşam standardına kavuşma ve çalışırken sömürülmekten korunma hakları ise, ekonomik hakları oluşturmaktadır. Çocukların sosyal hakları ise, varolan en yüksek sağlık standardına ulaşma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma, özürlü çocuklar için özel bakım alma, cinsel sömürüye karşı korunma ve evlat edinmenin kurallarının düzenlenmesi haklarını kapsamaktadır. Eğitim, uygun bilgileri edinme, eğlenme ve dinlenme, sanatsal ve kültürel etkinliklere katılma hakları ise kültürel haklar arasındadır.

Çocukluk kavramının dinamik bir kavram olması, kültürlere ve zamana göre değişmesi, çocuk haklarının tanımlanması girişimlerine de yansımaktadır. Örneğin, çocuk haklarının yetenekleriyle uyumlu olmadığı yönündeki görüşün giderek taraftar toplaması üzerine çocuk tanımları yeniden gözden geçirilmiş ve "görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuk" kavramı 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesinin yanı sıra, yetişkin olmayanların haklarını düzenleyen Avrupa Sözleşmesinde de kullanılmıştır.

Batı Dünyasında çocukların hak alanlarını genişletmeye yönelik bu tür tartışmalar yapılmakta iken, Türkiye'de çocuklar henüz "birey" olarak algılanmamakta, dolayısıyla yukarıda sayılan çocukların temel haklarından bir "insan hakkı" anlamında yeterince yararlanamamaktadırlar. Geleneksel paternalistik yaklaşım ve demokratik katılım düzeneklerinin işletilmemesi, çocukların, toplumun özgür ve eşit bileşenleri olmalarının önündeki en önemli engel durumundadır. Bu nedenle, hasta arkadaşlarının tedavi giderini karşılamak amacıyla sokakta dans eden çocuklar gözaltına alınabilmektedir. Çocukların bütün seçimleri ve eylemleri, ancak büyüklerin uygun gördüğü biçimde ve onların kontrolü altında olanaklıdır. Çocukların "hakları" değil, büyüklerce belirlenen "ödevleri" vardır. Kendileri için değil, ana-baba ve toplum için var olmaları önemlidir. Her konuda yetersiz, cahil ve mantıksız oldukları düşünüldüğü için, kendileriyle ilgili kararlara katılmaları bile engellenmektedir ve onlar adına "en doğru" kararları en yakınlarındaki büyükler

almaktadır. Çocukları kendilerine özgü yetenekleri, duyguları, algıları ve görüşleri olan bireyler değil, ana-babalarının birer parçası olarak gören bu anlayışın temelinde, çocukluğun geçici bir dönem olduğu, gerçek yaşamın yetişkinlikte başladığı biçimindeki, insan yaşamını kesintiye uğratan yanlış bir algı bulunmaktadır. Oysa, yaşam kesintisiz bir süreçtir ve hiçbir bilimsel dayanağı olmadan, keyfi biçimde dönemlere ayrılamaz. Söz konusu yaklaşım, çocukların yetenekleri ölçüsünde toplum yaşamına katılmalarını engellemekte, özgür ve yaratıcı bireyler olarak gelişmelerini geciktirmektedir (Polat, 1997, s.: 47-50).

Türkiye'deki erişkinlerin çocuk hakları konusuna yaklaşımı böyle iken, çocukların çocuk haklarını nasıl algıladıkları sorusu önem kazanmaktadır. Çelen tarafından yapılan "12-15 Yaş Grubunun Çocuk Hakları Konusundaki Tutumları" adlı araştırma, konunun tartışılmasına ışık tutacak niteliktedir. Araştırmada rastgele seçme yöntemiyle 10-12, 13-14 ve 15-17 yaşlarının temsil edildiği eşit sayıda kız ve erkek çocukları kapsayan üç yaş grubu oluşturulmuştur. Birinci soru ile bu gruplardaki çocukların, çocuk haklarına ilişkin tutumlarında farklılık olup olmadığı incelenmiştir. İlk iki grup arasında refah hakları ve söz söyleme hakları bakımından farklılık görülmüş, üçüncü grupla öteki grupların karşılaştırılmasında farklılığa rastlanmamıştır. İkinci soru, farklı cinsiyet gruplarındaki çocukların, çocuk haklarına ilişkin tutumlarını ortaya koymaktadır. Birinci grupta kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı fark bulunmamış, ikinci grupta ise koruyucu haklar ve söz söyleme hakları konusunda kızlar farklılık göstermiştir. Üçüncü gruptaki kızlar ve erkekler arasında koruyucu haklar konusunda farklılık saptanmıştır. Farklı yaş gruplarındaki erkek çocukların, konuya ilişkin tutum farklılıklarının olmadığı görülmüştür. Ancak farklı yaş gruplarındaki kızların konuyla ilgili tutumlarında değişiklik olup olmadığı incelendiğinde; birinci ve ikinci gruplarda söz söyleme haklarında, ikinci ve üçüncü gruplarda yine söz söyleme haklarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüm yaş gruplarındaki kız ve erkek çocukların, çocuk haklarına ilişkin tutumları karşılaştırıldığında kızlar, koruyucu haklar ve söz söyleme hakları konusunda erkeklere göre anlamlı farklılık göstermişlerdir. Tüm grupların koruyucu haklar, refah hakları ve söz söyleme haklarına ilişkin tutumları incelendiğinde, koruyucu haklara ilişkin tutumlarda oldukça anlamlı farklılık saptanmıştır. Araştırmacı bu sonuçları, çocukların çocuk hakları konusundaki tutumlarına yaşın etki etmediği,

tutum farklılıklarının cinsiyet farklılığından kaynaklandığı ve koruyucu haklara ilişkin tutumların ötekilere göre anlamlı olduğu biçiminde yorumlamıştır (Çelen, 1997).

Yukarıdaki araştırmanın bir sonucu, çocuklarda koruyucu haklar konusundaki tutumsal yatkınlığı ortaya çıkarmış olmasıdır. Tez çalışmasının çocuk hakları bölümünde de söz edildiği gibi koruyucu haklar, temel olarak çocukların ilgisizlik, ihmal ve çeşitli istismar biçimlerinden korunmasına ilişkin haklardır. Buna karşılık bütün çocukların beslenme, sağlık, barınma, eğitim gibi temel gereksinimlerini dile getiren refah haklarının tutumsal yatkınlık açısından sonuncu olması, çocukların, hakları konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmalarıyla açıklanabilir. Bu durum, Çocuk Hakları Sözleşmesinin, imzalanmış olmasına karşın, hedef kitlesine ulaştırılamadığını ve toplumsal isteğe dönüştürülemediğini göstermektedir.

10.2. Çocuk Sağlığı ve Tıbbi Araştırmalar

Bu bölümde Türkiye'nin çocuk sağlığına ilişkin göstergeleri üzerinde durulacak ve çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmalarla ilgili olarak yapılan bir içerik çözümlemesinin sonuçları yorumlanacaktır.

10.2.1. Çocuk Sağlığına İlişkin Göstergeler

Bir ülkedeki çocukların genel durumu, o ülkenin yaşam kalitesi, kalkınmışlığı ve uygarlık düzeyini; çocukların sağlık durumu ise, o ülkenin gelecekte sağlıklı bir toplum oluşturma konusundaki tutumunu göstermesi açısından önem taşımaktadır.

1995 yılı istatistiklerine göre, nüfusun %41'ini 0-18 yaş grubu çocukların oluşturduğu ülkemizde, çocuklara ilişkin sağlık göstergelerine bakmadan önce, bu göstergeleri belirleyen sağlık sektörünün finansman boyutuna değinmek uygun olacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını değerlendirirken kullanılabilecek en önemli ölçütlerden birisi, genel bütçe içinde Sağlık Bakanlığı'nın payıdır. Cumhuriyet tarihinin hiçbir döneminde %5-6'yı geçmeyen bu oran, uzun bir dönemden beri %3 dolayındadır. Oysa, Dünya Sağlık Örgütünün, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için önerdiği oran en az %10'dur. Genel bütçeden Sağlık

Bakanlığı için ayrılan pay açısından Avrupa ülkelerinin durumu incelendiğinde bu oran; Yunanistan'da %7, Almanya'da %17, Avusturya'da %14, Fransa'da %16, Hollanda'da %15, Çek Cumhuriyeti'nde %17'dir. Türkiye kendi gelir grubundaki ülkeler arasında Sağlık Bakanlığına en düşük kaynak ayıran iki ülkeden birisidir. Türkiye ile aynı gelir dilimine yerleştirilebilecek (2500-4000 dolar) ve haklarında bilgi elde edilebilen toplam 14 ülkenin, Türkiye dışında yalnızca birisinde (Meksika) Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı %3'tür. Öteki 12 ülkenin tümünde oran daha yüksektir ve %5 ile % 21 arasında değişmektedir.

Sağlık Bakanlığı 1998 istatistiklerine göre, Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak % 0.9'dur. Bir başka deyişle, Türkiye'de sağlığın korunmasına verilen önem %1'dir. Sağlık harcamalarının geri kalan %99'u tedavi edici hizmetlere yönelmektedir. Ülkemizde nüfus artış hızının, bulaşıcı hastalıkların ve aşılamayla korunabilir hastalıkların yüksekliği göz önünde bulundurulursa, bu oranın oldukça "vahim" bir tablo oluşturduğu anlaşılmaktadır.

Tabloya çocuklar açısından bakıldığında, Türkiye'nin durumunun hiç de iç açıcı olmadığı söylenebilir. Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke Türkiye'dir. Toplumsal sağlık düzeyini ölçmek ve öteki ülkelerle karşılaştırma yapmakta kullanılan temel gösterge olan çocuk ölüm hızı (ÇÖH) binde 47'dir. Bir başka deyişle, her yıl 5 yaşından küçük her bin çocuktan 47'si ölmektedir. Oysa, Avrupa ülkelerinde bu hız binde 5 ile 10 arasında değişmektedir. Komşu ülkelerle karşılaştırıldığında da benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Örneğin, ÇÖH Yunanistan'da binde 9, Bulgaristan'da 19, Suriye'de 34, İran'da 37'dir. Öte yandan ulusal gelirleri Türkiye'den düşük olan 38 ülkenin ÇÖH Türkiye'den daha düşüktür. Türkiye 189 ülke içinde gelir sıralaması açısından durumu en kötü 133. ülke iken, ÇÖH sıralamasında durumu en kötü 82. ülkedir. Türkiye'nin ÇÖH, geliri onun yaklaşık ¼'ü olan Çin ile eşittir.

Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri, elindeki gelirle ulaşabileceği düzeyin gerisindedir. Geliri Türkiye'den daha az olmasına karşın, sağlıkta çok daha iyi sonuçları elde edebilen ülkeler bulunmaktadır. Ancak, bu ülkeler bu sonuçları ellerindeki kıt kaynakları sağlık, eğitim gibi insanın temel yaşamsal gereksinim alanlarına yönlendirerek elde edebilmişlerdir. Bu bağlamda, Türkiye'nin elindeki

olanakları insan yararına kullanmayı bilmeyen ve/veya istemeyen bir ülke olduğu söylenebilir. Türkiye ile aynı gelir grubunda yer alan 20 ülkeden 15'inin ÇÖH Türkiye'den daha iyidir. Çocuk sağlığının bir başka göstergesi bebek ölüm hızı (BÖH)dır ve UNICEF 1998 verilerine göre Türkiye'de bebek ölüm hızı binde 41'dir; doğan her bin bebekten 41'i bir yaşına gelmeden ölmektedir (TTB Raporu, 1999).

Ülkemizde sağlığa ilişkin göstergeler incelendiğinde kır ve kent, doğu ile batı kent merkezleri ile gecekondu bölgeleri arasında sağlık açısından ölçülebilir ciddi eşitsizliklerin olduğu görülmektedir. Eşitsizlik, "gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan farklılıklar" anlamına gelmektedir ve bu nedenle ahlaki bir boyutu vardır. Temel olarak "sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak bakımından kimsenin dezavantajlı olmaması" biçiminde dile getirilmektedir (Whitehead, 1992). Sağlık açısından dezavantajlı olan sosyal sınıflar ve bölgeler, aynı zamanda ekonomik olarak da dezavantajlı durumdadır. Beslenmeyle ilgili temel gereksinimlerin tüketiminde toplumsal sınıflar arasındaki fark, doğal olarak sağlıkla ilgili göstergelere yansımaktadır. 1984 verilerine göre en düşük gelir grubunun günlük et tüketimi kişi başına 1.4 gram iken, en yüksek gelir grubunda bu miktar 78.4 gramdır. Söz konusu fark, büyüme gelişme geriliği ile ilgili verilerin bölgesel ve sınıfsal açıdan farklı olmasına neden olmaktadır. Örneğin, okul öncesi yaş grubu çocukların büyüme geriliği Türkiye ortalaması %20 iken, doğuda bu oran %40'a yükselmektedir (TTB Raporu, 1992). Benzer biçimde ÇÖH, Türkiye'nin doğusunda binde 70 iken, batısında 48'dir. Gebeliği boyunca doğum öncesi herhangi bir tıbbi bakım almamış olan annelerin oranı doğuda %66, batıda %14'tür. Gebeliklerinde tetanos aşısı yaptırmamış anne oranı doğuda %75, batıda %56'dır. Doğuda doğumların %70'i evde gerçekleşmektedir. Bu oran batıda %20'dir. Doğudaki doğumların %50'si ebe analar ve komşular tarafından yaptırılmakta iken, batıda bu oran %6'dır. Doğudaki çocukların %41'i, batıdaki çocukların % 76'sı tam aşılıdır ve doğuda çocukların %10'una hiçbir aşı yapılmamıştır (TTB Raporu, 1999).

10.2.2. Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmalar

Türkiye'de tedavi hizmetlerine ayrılan payın, yalnızca %30'u çocukların sağlığına yöneliktir. Ana-çocuk sağlığı hizmetleri için yapılan harcamaların, koruyucu hekimlik hizmetleri içindeki payı ise %65'dir. Çocuklara yönelik tedavi hizmetleri büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı, tıp fakülteleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastanelerde yürütülmektedir. 1997 istatistiklerine göre Türkiye'de kamuda çalışan çocuk hekimi sayısı 1899'dur. 1998 istatistikleri, kamuya bağlı hastanelerde çocuk yatak sayısının 13027 olduğunu göstermektedir (Cin ve Köksal, 1999).

Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmaların büyük çoğunluğu, başta sayıları 47'ye ulaşan tıp fakültesi çocuk klinikleri olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin çocuk klinikleri, özellikle de çocuk hastanelerinde (Şişli Etfal, Dr. Sami Ulus, Dr Behçet Uz Çocuk hastaneleri gibi) yürütülmektedir. Çocuklar üzerindeki klinik araştırmaların, toplam biyomedikal araştırmalar içindeki oranını saptamak güçtür. Ancak, tıbbi dergilerde yayımlanan makaleler ve kongre, sempozyum gibi bilimsel toplantılar sonucunda yayımlanan araştırmalara bakılarak konu hakkında görüş edinmek ve değerlendirme yapmak olanaklıdır.

Tınaztepe tarafından yapılan "Türkiye'de Pediyatri Alanında Yayın Potansiyeli" başlıklı çalışma, kanımca bu anlamda bilim dünyasına değerli bir katkı sağlamaktadır. Çalışmada pediyatri alanında bilimsel standartlara uygun düzeydeki yayın potansiyeli hakkında bir görüş oluşturmak amacıyla üç farklı örnek verilmiştir. İlk grupta The Turkish Journal of Pediatrics ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi'nin içeriği değerlendirilmiştir. Bu iki dergiye 1988-1993 yılları arasında gönderilen 588 makalenin %81'inin kabul edildiği, makalelerin %60'ının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden, %20'sinin ülke genelindeki öteki tıp fakültelerinden, %15'inin Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinden, %5'inin ise yurt dışından gönderildiği saptanmıştır. İkinci grupta, Hacettepe Tıp Fakültesi'nin çeşitli uluslararası dergiler ve ülkemizde yapılmış yayınları değerlendiren arşiv verileri incelenmiştir. 1993-1994 akademik yılı içinde Hacettepe Tıp Fakültesi'nde yapılan yayınların uzmanlık alanlarına göre dağılımı incelendiğinde, bir yıl içinde yayımlanan 935 tıbbi makaleden %26'sının pediyatri alanındaki çalışmalara ilişkin olduğu saptanmıştır. Üçüncü örnekte ise, Temmuz- Eylül 1993 tarihleri arasında

"Current Contents"de yer alan Türk araştırmacılarının tıbbi yayınları incelenmiştir. Buna göre, toplam 353 tıbbi makalenin 70'ini pediyatri alanındaki yayınlar oluşturmaktadır. Bu sonuç, tıbbi uzmanlık dalları içinde pediyatrinin, %20 oranıyla ülke genelinde önemli bir yayın potansiyeli olduğunu yansıtmaktadır (Tınaztepe,1994).

10.2.3. Aydınlatılmış Onam Açısından Pediyatri Araştırmaları

"Türkiye'de Bilimsel Yayınların Günümüzdeki Durumu" adlı çalışmada, 1986-1992 yılları arasında çeşitli bilim dallarında yapılan yayınlar incelenmiş ve adı geçen süre içinde tıp alanındaki yayınlarda %330 artış kaydedildiği saptanmıştır. Bu artış fen bilimlerinde %116, mühendislik bilimlerinde ise %85 olarak bulunmuştur (Onat ve Yazıcı, 1994). Tıp alanındaki araştırma ve yayınlar, uzmanlık dallarına göre sınıflandırıldığında ise, büyük çoğunluğunu pediyatri alanındaki çalışmaların oluşturduğu ampirik olarak görülmektedir. Tınaztepe'nin yukarıda sözü edilen çalışması da, bu görüşü destekler niteliktedir.

Bu tez bağlamında, çocuklar üzerindeki araştırmalarda aydınlatılmış onam açısından durumun ne olduğu; araştırmalar da onam alınıp alınmadığı, alınıyor ise kimden ve nasıl alındığı, onam çerçevesinde çocukların kendileriyle ilgili kararlara katılıp katılmadığı sorularına yanıt aranması ve konu hakkında bir görüş oluşturulması gereği doğmuştur.

Çocuklar üzerindeki araştırmaların, aydınlatılmış onam bağlamında gözden geçirilmesi amacıyla hazırlanan ve aşağıda bir örneği yer alan sormaca formu temel alınarak, Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi ve Gazi Üniversitesi Tıp fakültesi dergilerinde 1992-1997 yılları arasında yayımlanan pediyatri araştırmaları, sosyal bilimlerde kullanılan içerik çözümlemesi yöntemi ile incelenmiştir. Çalışmada "Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası", "Journal of Ankara Medical School" ve "Gazi Medical Journal" adlı dergilerde, sözü edilen 5 yıl içinde yayımlanan toplam 89 pediyatri araştırması üzerinde inceleme yapılmıştır. Söz konusu araştırmaların 52'si tedaviye yönelik araştırma, 21'i tedaviye yönelik olmayan araştırma, 12'si laboratuvar araştırması, 4'ü epidemiyolojik araştırma olarak sınıflandırılmıştır. Yayımlanan araştırma makalelerinde, araştırmaya katılım konusunda onam alınıp

alınmadığına ilişkin bilgi olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan bu incelemede 89 yayın içinde yalnızca 1 araştırmada etik kurul onayının olduğu ve 1 araştırmada da ana-babadan onam alındığı açıkça dile getirilmektedir. Ayrıca, 4 araştırmada çocuğa, 3 araştırmada ana-babaya, 1 araştırmada ise hem çocuğa hem ana-babaya araştırma konusunda bilgi verildiği açıklaması yer almaktadır.

Yapılan çalışma bir bilimsel araştırma olarak değerlendirilmemekle ve konu hakkında görüş oluşturmaya yönelik bir ön çalışma olarak görülmekle birlikte, bu sonuçlar tezin yazarı tarafından, çocuklar üzerindeki araştırmalarda açık ve yazılı onam alınması gereğinin, hekimler ve ana-babalar tarafından yeterince göz önünde bulundurulmadığı ya da onamla ilgili bilginin yayında yer almasına gerek duyulmadığı biçiminde yorumlanmıştır. Araştırmaların çoğunluğunun tedaviye yönelik araştırmalar olduğu, bu nedenle araştırma için ayrıca onam alma girişiminde bulunulmamış olabileceği de, bir başka yorumlama biçimidir. Pediyatristlerle yapılan özel görüşmelerde de, çocuklar üzerindeki araştırmalar için onam alınmasının önemli bir sorun olduğu, onamın gerekli olmasına karşın, bunun araştırmaların sayısında azalmaya yol açabileceği, hatta araştırma yapılmasını engelleyebileceği; çünkü onam sürecinin ana-babalarda "çocuğum için araştırmanın riski büyük olduğu için bu tür yazılı bir belge isteniyor" biçiminde bir kuşkuya neden olabileceği yer yer dile getirilen açıklamalardır. Ancak, bu tür açıklamalar, ülkemizde çocuklar üzerindeki araştırmalarda onam alınması gereğinin ve buna yönelik işlemin yeterince önemsenmediği gerçeğini ortadan kaldırmamaktadır.

Çalışmada Kullanılan Bilgi Formu

Araştırmanın adı:
Araştırmanın yapıldığı kurum:
Araştırmanın yapıldığı yıl:
Araştırmayı yapanların akademik statüsü:
1. Araştırmanın türü nedir?
   a. Hastanın tedavisini amaçlayan klinik araştırma
   b. Hastanın tedavisini amaçlamayan klinik araştırma
   c. Laboratuvar araştırması
   d. Epidemiyolojik araştırma

2. Araştırma konusuyla ilgili üst uzmanlık alanı nedir?

a. Ped. Endokrinoloji
b. Ped. Onkoloji
c. Ped. Cerrahi
d. Ped. Nefroloji
e. Ped. Hematoloji
f. Ped.Gastroenteroloji
g. Ped. Kardiyoloji
h. Ped. Nöroloji
i. Ped. Enfeksiyon hastalıkları
j. Ped. İmmunoloji.
k. Ped. Neonatoloji
l. Moleküler genetik
m.Çocuk psikiyatrisi
n. Sosyal pediatri

3. Araştırmanın yapılma gerekçesi nedir?

a. Uzmanlık tez çalışması
b. Yüksek lisans/ doktora tez çalışması
c. Yürütülmekte olan proje
d. Diğer

4. Araştırmaya katılan çocukların yaş grubu nedir?

a. 0 – 2 yaş b. 3 – 7 yaş c. 8 – 12 yaş d. 13 – 18 yaş

5. Araştırmaya katılım için aydınlatılmış onam alınmış mıdır?

a. Evet b. Hayır

6. Alınan aydınlatılmış onamın türü nedir?

a. Açık onam
b. Vekil onamı
c. Varsayılan onam
d. Genel / örtülü onam

7. Aydınlatılmış onam kimden alınmıştır?

a. Çocuk
b. Ana - baba
c. Çocuğun yakınlarından biri
d. Yasal temsilci

8. Aydınlatılmış onamın kimden alınacağı konusunda ölçüt ne olmuştur?

a. Çocuğun yeterliği ve / veya özerkliği
b. Çocuğun yaşı
c. Ailenin / yasal temsilcinin isteği ve seçimi
d. Hekimin isteği ve seçimi

9. Aydınlatılmış onamla ilgili olarak çocuğun yeterlilik değerlendirmesi yapılmış mıdır?

a. Evet b. Hayır

10. Yeterlik değerlendirmesi kim tarafından yapılmıştır?

a. Pediyatrist / klinik araştırmacı c. Psikolog

b. Çocuk psikiyatristi d. Sosyal hizmet uzmanı

11. Araştırmacının aydınlatılmış onam alma girişimine bağlı olarak araştırmaya katılım oranında düşme görülmüş müdür?

a. Evet b. Hayır

12. Aydınlatılmış onam için kullanılan bir form var mıdır?

a. Evet b. Hayır

11. TARTIŞMA

11.1. "Çocukluk" Kavramının Göreceliği ve Devimselliği

Aydınlanma düşüncesinin en önemli buluşlarından biri olan "çocukluk" kavramı, bebekliğin tersine, biyolojik bir kategoriyi değil, toplumsal bir kurguyu dile getirmektedir. Onaltıncı yüzyıla kadar, kendine özgü nitelikleri olan bir olgu olarak algılanmamış ve tanımlanmamış olması, toplumsal bir "kurgu" olmasının en belirgin göstergesidir. "Çocukluk" kavramının birbiriyle ilişkili iki temel niteliğinden ilki, göreceliği; ikincisi ise, devimselliğidir. Kavramın, anlambilgisel çözümlemesi, onun göreceliğine yönelik birtakım özellikleri ortaya koymaktadır. Bu özellikler, Bölüm 2.2.1.'de dile getirildiği gibi, beş grupta toplanabilir:

1. Çocukluk, belirli bir döneme ilişkin evrensel bir deneyim değil, ancak onaltıncı yüzyılda ve Batıda "keşfedilen" tarihsel ve kültürel bir olgudur. Benzer biçimde, çocukluk algısı günümüzde de toplumdan topluma değişiklik göstermektedir.

2. Çocukluk kavramı, bağımlılık ve iktidar ilişkisini dile getiren bir kavramdır. Başlangıçta, feodal hiyerarşinin alt katmanlarında bulunan ve ekonomik bağımlılığı olanları tanımlamak için kullanılmış olması bunun göstergesidir. Bu bağlamda çocukluktan çıkış, ekonomik bağımlılıktan kurtulmakla olanaklıdır.

3. Yaş sınırları arasındaki ayırım çizgisi keyfi ve tutarsızdır. Çocuklar bazı etkinlikler için küçük, bazı etkinlikler için yeterince büyük sayılabilmektedir. Örneğin, 18 yaşında oy kullanma, 16 yaşında cinsel etkinlik, 11 yaşında ceza görme gibi hak ve yükümlülüklere konu olabilmektedir.

4. Çocuklar negatif biçimde "yetişkin olmayanlar" olarak tanımlanmakta ve 0-18 yaş arasındaki bütün çocuklar gereksinimleri, potansiyelleri ve yetenekleri göz önünde bulundurulmaksızın yetişkin olmadıkları gerekçe gösterilerek aynı küme içinde değerlendirilmektedirler.

5. Çocukluk, modern toplumun yaş bölümleriyle ne sınıflandırmayla ilgilenme konusundaki genel eğiliminin de etkisiyle ortaya çıkmış bir olgudur. Günümüzün, doğumdan ölüme kadar yaşamın sürekli olduğu biçimindeki

egemen anlayışından farklı ve ona aykırı olarak, yaşamın çocukluk ve erişkinlik olarak yapay bir biçimde ikiye bölünmesidir.

Kavramın devimselliğini ise, çocukluk kavramının göreceliğinin erişkin tutumlarına yansımalarında izlemek olanaklıdır. Çocuk ve çocukluk konusundaki erişkin tutumları, çocukların yaşam alanlarındaki örüntüler, çocukluğun süresini ve içeriğini belirleyen toplumsal göstergeler, çocukluğun anlamı, çocukların toplumdaki psikolojik, toplumsal ve ekonomik işlevleri, çocukların sanatsal, kültürel ve ekonomik varoluş biçimleri, çocukların öznel yaşantıları gibi konularda sürekli olarak değişiklik göstermekte ve bu değişim, çocukların ilgili konulardaki durumunu sürekli biçimde etkilemekte ve değiştirmektedir.

Çocukluk kavramındaki bu görecelik ve devimselliğin yanı sıra, çocukların bazı ortak özellikler taşıdığını öne süren yaklaşımlar da söz konusudur. Piaget ve Montessori'nin "çocuk"la ilgili anlayışlarında, söz konusu temel izleği görmek olanaklıdır. Bu yaklaşımın dört bileşeni bulunmaktadır. İlk olarak, çocuklar değişik araçları, kendi bilişsel gelişimlerini besleyecek biçimde kullanmak üzere kendi kendini düzenleyici etkinlik için gerekli olan güce sahiptirler. İkinci olarak, çocuklar erişkinler gibi düşünmemekte ve bununla ilişkili olarak erişkinlerle aynı dili kullanmamaktadırlar. Bir başka deyişle, çocuklar bilişsel ve dilsel açıdan erişkin dünyasına yabancıdırlar. Bu karşılıklı yabancılık, en somut olarak ölüm olgusu ve ölüm kavramının algılanışında ve dile getirilişinde görülmektedir. Üçüncü olarak, çocuklar mantıksal bir dizge içinde düşünmektedirler. Bölüm 3.4.'de ayrıntılı olarak ele alındığı gibi, çocuklar dış dünyayla etkileşimlerinde sayma, sınıflandırma, genelleme gibi bilişsel konularda mantıksal bir sıra düzeni izlemektedirler. Dördüncü olarak. Çocuklar, bilişsel ve dilsel bir yabancı olmalarına karşın, varsayılanın ya da bilinenin tersine duygusal açıdan erişkinlere benzemektedirler. Bir başka deyişle, duygusal olarak tam bir vatandaş oldukları dile getirilmektedir.

Yukarıda sözü edilenlerin ışığında, çocukluk olgusunun ve çocukluk kavramının, erişkinler için sorunsal olmayı sürdüreceği söylenebilir. Çocukların "mülk" konumundan, saygı gösterilmesi gereken haklara sahip olan "kişi" konumuna gelmesi sıradan ve kendiliğinden gerçekleşen bir değişim olmamıştır. Söz konusu

değişimde matbaanın bulunuşu, okul eğitiminin başlaması, orta sınıfın güçlenmesi, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra, psikoloji, pedagoji, çocuk gelişimi alanlarında yapılan çalışmalar, kuramsal tartışmalar ve genel toplumsal-siyasal dönüşümler etkili olmuştur. Konuya yönelik tartışmaların, bir kişi olmak bağlamında çocukların yararına sonuçlar ortaya çıkarması durumunda, gerçek ve kılgısal nitelik taşıyacağı açıktır.

11.2. Çocuklara Saygı

Çocuklara saygı konusundaki bir tartışma, temel olarak yaşamın değeri ve çocukların kişi olma niteliklerine dayandırılmadığı sürece, bir totoloji olmaktan öteye gidemeyecek ve etik bir yorumlama olamayacaktır. Bu bağlamda, öncelikle şu soruların olası yanıtları üzerinde durulmalıdır:

1. Yaşamın değeri nedir?
2. Yaşam ne zaman ahlaksal bir önem taşımaya başlar?
3. Çocuklar kişi midir, yoksa potansiyel kişi midir?

İnsan yaşamını değerli kılan varsayım, onun yalnızca insan olduğu, insan olmaktan kaynaklanan niteliklere sahip olduğu ve bu niteliklere sahip olmayan öteki varlıklardan olmadıkları için özel bir değer taşıdıkları düşüncesine dayandırılmaktadır. İnsanların bu nedenle değerli olduklarını öne sürmek, onlara eşit değere sahip insanlar olarak davranmak ve herhangi bir amaçla ayırım yapmamak gerektiğini kabul etmek demektir. İnsan hakları kavramında dile getirilen ve gerekli yasal düzenlemelerle somutlaştırılan bu yaklaşım, herkesin yasalar önünde eşit olduğu, tıbbi bakım ve korunma da içinde olmak üzere birtakım olanakların kendisine sağlanmasını devletten isteme bakımından eşit haklara sahip olduğu görüşünün de temelini oluşturmaktadır. İnsan yaşamını değerli kılan, insanı kendisine ve başkalarına değer vermeye iten ve hak kazandıran gerekçeler her ne ise, bu gerekçelerin geçerli olduğu her varlığa aynı değeri vermek; bir başka deyişle, insanı insan olarak değerli kılan nitelikleri taşıyan bir varlığın da aynı ölçüde değerli olduğunu kabul etmek, insanın değerliliğine ilişkin gerekçeleri, kendi türümüzden yana bir önyargı olmaktan

çıkaracaktır. İkisini birden kurtarma olanağının olmadığı durumlarda, köpeğin değil de, neden insanın yaşamını kurtarmayı seçtiğimizin, insan türünden yana bir önyargıya değil, ahlaksal olarak haklı bir gerekçeye dayandığının açıklanması gereklidir.

Bu açıklama, kaçınılmaz olarak yukarıda yer alan ikinci soruya bağlıdır. Yaşamın ne zaman başladığını değil, yaşamın ne zaman ahlaksal bir önem kazanmaya başladığını sorgulamak, yaşamın değerinin nereden kaynaklandığı konusunda bazı ipuçları vermektedir. Yaşamın ne zaman başladığı sorusunun en açık yanıtı "döllenme anı" olarak verilmektedir. Ancak, bu yanıt ne kadar doğru bir yanıttır? Döllenmeyle başlayan süreç, her durumda kaçınılmaz olarak insan olmakla sonuçlanmamaktadır. Döllenme olayı, bir embriyoya dönüşmeyip, mol hidatiform gibi, kadının yaşamını risk altına alan bir oluşum yaratabilir. Yaşamın başlangıcını döllenmeye dayandıran bir yaklaşımın, insana verilen hakların tümünün, mol kesesi için de geçerli olduğunu öne sürmesi gerekir ki; bu düşünce, akla ve yaşamın gerçeklerine uygun görünmemektedir.

Yaşam her ne kadar döllenmeyle başlamıyorsa da, döllenmenin, en azından tamamlanmış genetik yapısıyla, benzersiz bir insan potansiyeli taşıyan bir yapıyı başlatan olay olduğu açıktır. Yaşamın, bir süreklilik olduğu ve bireyin ortaya çıkışının aşamalar içinde gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, potansiyel insan olarak değerlendirilen döllenmiş yumurtanın gerçek insanların haklarına sahip olduğu söylenebilir. Potansiyellik tezi olarak tanımlanan bu yaklaşımın tartışılacak bazı yönleri bulunmaktadır. Döllenmiş yumurtanın, insan potansiyeli taşıması, ona, henüz insan olmadan insanmış gibi davranmak için yeterli neden olmamalıdır. Herkesin bir gün öleceği bilinen bir gerçek olmakla birlikte, insanlara ölmüş gibi davranılmasının geçerli ve yeterli bir nedeni olmasa gerektir. Ayrıca, potansiyel insan olma özelliği yalnızca döllenmiş yumurtada değil, sperm ve döllenmemiş yumurtada da bulunmaktadır. Eğer potansiyellik tezi savunulacak olursa, her ay menstruasyonla atılan binlerce döllenmemiş yumurtanın da haklarının olduğunu söylemek gerekmektedir. Sonuç olarak, sözü edilenler yaşamın ne zaman başladığının değil, ne zaman ahlaksal önem kazandığının tartışılması gerektiğini göstermektedir.

Grobstein, yaşamın değeri konusunun benlik kavramına odaklandırılması gerektiğini öne sürmektedir. Ona göre, benlik insanı "içsel bir hayatı olan" ve "karakteristik insan" kılan temel öğedir; kişi olma durumu ancak benlikle olanaklıdır. Benliği tanımak için üç ölçüt vardır; temel bir benlik durumunun ayırıcı davranışı olarak dışsal değişimlere karşı minimal düzeyde tepki göstermek ve davranış dışı işlevsel düzeneklere sahip olmak (sinir sistemi gibi) ilk iki ölçüttür. Ancak, bu iki özellik hayvanlarda da bulunmaktadır, dolayısıyla insanın ayırt edici özelliği değildir. Sorun, gelişim sürecindeki embriyonun, ne zaman bir insan olarak kabul edileceği sorunudur. Bu öyle bir noktadır ki, o noktaya gelinceye dek, içsel bir benliğin var olduğu varsayımının nesnel olarak kanıtlanması gerekli iken, o noktadan sonra kanıtlama zorunluluğu ortadan kalkmakta ve tersi gösteren güçlü kanıtlar olmadıkça benliğin olduğu varsayılmaktadır. Bilimsel çalışmalar, bu noktaya gebeliğin üçüncü ayının sonunda gelindiğini göstermektedir ve gelişmekte olan insanı tanımlamak için "fetus" teriminin kullanılmaya başlandığı zamana uymaktadır. Bu aşamadan sonra, benlik duygusu sosyal ilişkiyle birlikte gelişimini sürdürmektedir. Bir başka deyişle, üçüncü ölçüt kişinin sosyal ve ahlaksal statüsüdür ve başkaları tarafından tanınmak ve kabul edilmekle kazanılmaktadır.

Fetüsün, yeni doğan bebeğin ya da çocuğun, onları insan kılan bir dizi niteliğe sahip olduğunu, bu nedenle ahlaksal yönden kişi olarak kabul etmemizi ve ona karşı insanlara davranmayacağımız biçimde davranmaktan ahlaksal anlamda kaçınma gereği duymamızı sağlayacak gerekçenin ne olduğu, yaşamın ahlaksal önemini de gösterecektir. Kişi olarak kabul edilmenin ölçütünün "yaşayabilirlik-viabilite" olması gerektiğini öne sürenlere göre, fetus doğumla birlikte anne bedeninden ayrı olarak yaşama yeteneği kazanmış olmakta ve ana-babasıyla sosyal bir ilişki kurabilmektedir. Bu nedenle "kişi" olarak kabul edilmenin ölçütü "yaşayabilirlik" ve buna bağlı olarak "sosyal ilişki kurma yeteneği" olmalıdır. Locke ise, kişinin "kendisini farklı zamanlarda ve mekanlarda kendisi olarak görebilmesi" gerektiğini ve bunu "düşünmenin özünü oluşturan bilinciyle" yapabileceğini dile getirmektedir. Ancak, kişi olmanın ayırt edilmesi açısından bu tanım yeterli görünmemektedir. Locke'un sözünü ettiği özelliği özbilinç kavramıyla dile getirecek olursak, onu yalnızca farkında olmak değil, farkında

olduğunun farkında olmak biçiminde yorumlamamız gerekecektir. Bu bağlamda kişinin kendi yaşamına değer vermesi için, geleceği düşleyebilen, onları yaşamak isteyen ve zamanda bir gelecekle varolan bağımsız bir bilinç merkezi olarak kendisinin farkında olması gerekir. Kişinin yaşamının sürmesini istemesi için, öncelikle bir gelecek tasarımının olması ve buna bağlı olarak yaşamına değer vermesi gerekir. Bir başka deyişle, insanın "kişi" olması için, kendi varoluşuna değer verebilen bir varlık olması gerekmektedir. Söz konusu birey, kendi varoluş biçimine değer verebildiği sürece, belirli bir varlık türünün ya da belirli bir varoluş biçiminin ötekinden daha değerli (ya da değersiz) olduğunu öne sürmeyeceği için, bu "kişi" tanımı, değer ve tür yönünden yüksüz bir tanım olmaktadır. Bu niteliği taşıyan bir insan, toplumsal ilişkiler içinde "sosyal" ve "ahlaksal" statüsü olan bir birey olacaktır.

Yukarıdaki tartışmanın ışığında çocukların, ahlaksal açıdan, potansiyel kişi değil, erişkinlerle aynı temel haklara sahip "kişi"ler olduklarını, ancak biyolojik açıdan erişkin olma potansiyeli taşıdıklarını söyleyebiliriz. Ahlaksal açıdan erişkinlere kötü davranmak ne kadar yanlışsa, çocuklara kötü davranmak da o ölçüde yanlıştır. Çünkü kişi olmak ya hep ya hiç ekseninde ele alınacak bir konum ve nitelik değil, yukarıda dile getirildiği gibi toplumsal ilişki içinde edinilen, bir başka deyişle başkalarıyla karşılıklı etkileşim içinde bir anlamda başkalarının verdiği bir statüdür. Bu bağlamda, çocukların birtakım özellikler bakımından henüz yetersiz olmaları, onları kişi olarak görmemizi ve haklarına saygı göstermemizi engellememelidir.

11. 3. Çocukların Özerkliği ve Yeterliği

Genel anlamda "kendini yönetme" olarak bilinen "özerklik", kişinin kendisi hakkında karar verme ve verdiği bu kararı özgür istenci ve düşünme yeteneği aracığıyla eyleme dönüştürme özelliğidir. Tanım gereğince özerklik, öncelikle bilişsel ve istençsel açıdan özgür olmayı gerektirmektedir. Özerk eylem ancak, bu iki öğenin varlığında ve onlara dayandırılarak gerçekleştirilebilir. Ancak, Bölüm 6.4.3.'de de dile getirildiği gibi, yukarıdaki koşulları taşıyan tam bir özerklik olanaklı değildir ve ulaşılması güç bir ideali tanımlamaktadır. İnsan yaşamındaki

pek çok etken, özerk seçim yapmayı ve özerk karar almayı engellemektedir. Bu nedenle özerkliği, farklı kişilerde değişen düzeylerde var olan bir özellik olarak kabul eden yaklaşımlar giderek yaygınlık kazanmaktadır. Kişide özerkliği kısıtlayan dış etkenlerin yanı sıra, kişinin bilişsel ve istençsel yetilerinde bozulma ya da ortadan kalkma durumlarında özerkliğin azalması ya da tümüyle kaybolması söz konusudur. Bunlar arasında en temel olanlar, kişinin isteklerini ya da eylemlerini ya da her ikisini birden denetim altına alma yetisinde azalma, değerlendirme ve/veya yargılama yetisinde azalma, seçim yapmasını sağlayacak gerekli bilgiden yoksun olma ve istençsel yetilerinde ya da isteklerinde kararlı olma yetisinde azalmadır. Hastalık, kişinin özerkliğini sınırlandıran önemli etkenlerden biridir ve hastanın bilgilendirilmesi yoluyla, yukarıda dile getirilen bilgi eksikliğine bağlı özerklik azalmasının bir ölçüde dengelenmesi amaçlanmakta ya da iki etkenin birlikte olmasından kaynaklanan daha fazla özerklik kaybı önlenmeye çalışılmaktadır.

Özerklik yaşamın herhangi bir döneminde azalabilir ya da yok olabilir. Örneğin, yaşlılık, geçici bilinç kaybı ve bazı psikiyatrik hastalıklarda azalabilir ya da kaybolabilir. Bebeklik ve ilk çocukluk döneminde özerkliğin olmadığı söylenebilir. Ağır zeka geriliklerinde ise, kişi yaşamı boyu özerkliğin olmaması söz konusudur. Sınırlı özerkliğin olduğu hastalık durumlarında, hastanın özerkliğinin onarılması yolundaki çabalar özerkliğe saygı ilkesi bağlamında ele alınmalı ve söz konusu özerklik azalması, paternalistik müdahalenin haklı gerekçesi olarak gösterilmemelidir. Bu tür durumlarda, hastanın aydınlatılması ve tedavi ya da girişimin en temel yönlerine onam vermesi yeterli gelmeli ve sınırsız özerklik beklentisine girilmemelidir. Hastanın azalan özerkliği, ancak bu yöntem ve yaklaşımla desteklenmiş olacaktır.

Özerklikle yakından ilişkili bir başka kavram "yeterlik"tir ve tıp etkinliği bağlamında, hastanın kendisiyle ilgili karar sürecine katılma yeteneğini dile getirmektedir. Çoğunlukla, tedavi ya da herhangi bir tıbbi uygulama kararına katılma konusundaki yeterliğin, kişinin içinde bulunduğu koşulları, önerilen seçenekleri, bunların zarar, yarar ve olası risklerini anlama yeteneğine bağlı olduğu kabul edilmekte, dolayısıyla yeterlik için ussallığın zorunlu ve yeterli olmadığı dile getirilmektedir. Bazı yazarlar ise, mantıklı kararlar almak

bakımından, ussallık, yeterlik için temel öğe olmak zorundadır görüşünü öne sürmektedirler. Bir başka eğilim, ussallığı, bilgiyi başlangıç verilerini içerecek biçimde kullanma olarak tanımlamakta ve bu bağlamda yeterliğin gerekli, ancak tek koşulu olmadığını savunmaktadır. Bu yaklaşım, hastanın akla uygun olmayan kararlar verebileceğini göz önünde bulunduran bir yaklaşım olarak görülmektedir.

Mill'in, insanların kendi yaşamlarını belirlemeleri konusundaki ilkelerinin, üç grup insan için geçerli olmadığını öne sürdüğü bilinmektedir; çocuklar, psikiyatrik hastalar ve barbarlar. Bu üç grubun dışarıda tutulmasının gerekçesi özerk karar verme yeterliğinden yoksun olmalarıdır.

Çocukların büyük çoğunluğunun, gerçek anlamda birer kişi oldukları önceki bölümde dile getirilmişti. Öte yandan özerklik ve hak arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır; herhangi bir insan hakkının varlığından söz edebilmek için temel koşul, özerkliğe saygı ilkesinin kabul edilmesi ve ilgili kişilerin özerkliğinin varsayılmasıdır. Çocuk haklarının yaygın olarak savunulduğu günümüzde, onlarının haklarının varlığını kabul etmek, aynı zamanda onların özerk olduklarının da kabulü anlamına gelmektedir. Sonuç olarak, özerklik ve hak arasındaki ilişki gereği, çocukların büyük çoğunluğunun özerk kişiler olduklarını söyleyebiliriz. Bu bağlamda çocuklar, kişilere gösterilen her tür saygı ve korunma hakları bakımından erişkinlerle eşit haklara sahiptirler. Bazı çocukların özerk kara verme yeteneğinden yoksun oluşları nedeniyle korunmaları gerektiği yargısının geçerliliği, erişkinlerde olduğu gibi durumdan duruma değişmektedir. Bir başka deyişle, çocukların özerk seçimler yapabileceğini kabul ediyorsak ve onlar bu düşüncemizi doğrulayacak biçimde davranabiliyorlarsa, kararlarına müdahale etmemiz için onların aynı koşullardaki erişkinler olması durumundan daha fazla bir nedenimizin olmaması gerekir.

Paternalist müdahaleye haklılık kazandırmak için sıklıkla öne sürülen gerekçe, çocukların istençsel yetilerinin yeterince gelişmediği ya da isteklerinde kararlılık konusunda yetersiz oldukları biçimindedir. Erişkinlerin olduğu gibi, çocukların da seçimlerini zamanla değiştirebileceklerini bilmemize karşılık, onların seçimlerinin kararlılık içermese bile, özerk olmadığı biçiminde bir yargıya varmak için yeterli neden olmamalıdır. Çünkü, özerkliğe saygı göstermek temel olarak, kişinin o anda

içinde bulunduğu koşulların ve önceliklerinin ışığında verdiği karar saygılı olmak demektir. Kuşkusuz, çocuğun henüz özerk karar verme yeterliğinde olamayacak kadar küçük ve deneyimsiz olduğu ve bu nedenle özerkliğini sınırlandıran yetersizliğin ortadan kaldırılmasının olanaksız olduğu durumlarda, çocuğun zarar görmesini önlemek amacıyla yapılan paternalistik müdahale haklı olacaktır. Ancak, çocuk özerk kara verebilir durumda ise ya da gerekli yardım sağlandığı zaman özerk karar verebilecekse karar vermesine olanak tanınmalıdır. Bilişsel ve toplumsal gelişim kuramları, çocukların orta çocukluk döneminden sonra bilgiyi sistematik olarak işlemleme, mantıksal sonuçlara ulaşma, varsayımlar kurma ve bunların sonucunda karmaşık sorunları çözme yeteneği kazandıklarını öne sürmektedir. Konuyla ilgili kuramsal yaklaşımların yanı sıra, Bölüm 6.4.4.'de de söz edildiği gibi, yapılan çalışmalar çocukların çoğunluğunun, (yaşın yeterlik için tek ölçüt olmadığı kabulüyle birlikte) 7 yaşından sonra kendileriyle ilgili kararlara katılmak bakımından yeterli olduklarını, 9 yaşın üstünde ise tıbbi tedavilere onam vermek için gerekli kavrama yeteneğine sahip olduklarını göstermektedir. Bu bağlamda, çocukların çoğunluğunun sınırlı düzeyde özerk olduklarını, kendi sağlık bakımları da içinde olmak üzere, kendi yaşamları ve gelecekleriyle ilgili kararlara etkin olarak katılma yeterliğine sahip olduklarını ve onların bu özelliklerinin, çocuğa saygı ve özerklik ilkesinin yaşama geçirilmesi için desteklenmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

11. 4. Paternalizm

Paternalizm, bireyin çıkarlarını yükseltme ya da güvence altına alma çabası içinde, söz konusu birey bu müdahalede hiçbir yarar görmese, hatta bunun zararlı olduğunu düşünse bile, bu bireyin seçim ve/veya eylem özgürlüğüne müdahale etmektir. Bir başka deyişle, yalnızca ilgili kişinin refah, iyilik, mutluluk, gereksinim, çıkar ya da değerlerine referansla doğrulanan, kişinin eylem özgürlüğüne yönelik her türlü müdahale paternalizmin kapsamı içindedir. Çocuklara yönelik paternalizmi haklı kılmak için, geleneksel olarak üç neden ileri sürülmektedir. Bunlardan ilki, çocukları yetersizliklerinin zararlarından korumaya çalışmaktır; çocuklar kendi seçimlerini yapamayacak durumda oldukları için, onlar adına söz konusu seçimleri erişkinler yapmalıdır. İkincisi, çocuklar

olgunlaştıkları zaman, erişkinlerin onlar adına aldıkları kararların önemini kavrayacak ve onaylayacaklardır. Bu anlamda, paternalizm "geleceğe yönelik onamla" doğrulanmaktadır. Üçüncüsü, çocuklar bir çok açıdan erişkinlere bağımlıdırlar ve erişkinlerin yardımı olmaksızın kendilerine bakamazlar. Paternalizm burada da çocukların "kendine bakma yetersizlikleri" ile doğrulanmaktadır. Paternalizmin, söz konusu üç dayanak noktasını daha yakından incelemek, çocukların karar süreçlerine neden katılamadıklarının açıklığa kavuşturulması açısından yerinde olacaktır.

İlk dayanak noktası, temel olarak çocukların ussallıktan yoksun oldukları savını öne sürmektedir. Locke'un konuyla ilgili şu sözleri paternalistik müdahalenin bu dayanağını çok açık olarak dile getirmektedir: "Ussal doğduğumuz gibi özgür doğarız; ancak bu ikisini fiili olarak uygulama olanağına sahip olduğumuzu söylemiyorum, birisini getiren yaş onunla birlikte ötekini de getirir." Açıklamanın temelini oluşturan ussallık terimiyle ne anlatılmak istendiğini tam olarak anlama konusunda bir güçlük söz konusudur. Öte yandan, bir bireyin ya da bireyler kategorisinin bu kapasiteye sahip olup olmadığının yeterli olarak belirlenmesi ne ölçüde olanaklıdır sorusu gündeme gelmektedir. Ussallık, birkaç biçimde tanımlanabilmektedir. Bu tanımlardan ilkinde ussallık, bilinçli, mantık kuralları ve ampirik bilgi ile uyumlu düşünce ve eylemleri dile getirmek için kullanılmaktadır. Bireyler, bir seçimin olası sonuçlarını kavrayabildikleri ölçüde ussal olarak kabul edilebilirler. Weber'e göre eylemler, önceden belirlenmiş bazı amaçlara ulaşmak için uygun araçlar seçildiğinde amaçsal olarak ussallıktan söz edilebilir, eylemler topluluğun ahlaki standartları ve değerleriyle uyumlu olduğunda ise değersel açıdan ussallık söz konusu olmaktadır. Bir başka tanım gereği ussallık, standart IQ testlerinde ölçülmüş zekanın belirli bir düzeyde olmasıdır. Ussallıkla ilgili bu anlam belirsizliği, çocukları erişkinlerden ayırmaya çalışanlar için sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bilişsel gelişim kuramları soyut işlemler döneminin 12yaşlarında gelişmeye başladığını öne sürmektedirler. Piaget'nin bilişsel gelişim kuramının paternalizmi doğruladığını dile getirenler de içinde olmak üzere pek çok yazar ve psikolog, ahlaksal ve bilişsel gelişim açısından çocukların çoğunluğunun 12-14 yaşları arasında erişkin düzeylerine ulaştığını kabul etmektedirler. Sonuç olarak,

çocukları erişkinlerden ayırt etmek için, ussallık ölçütünü kullanmanın sorunu çözen bir yaklaşım olmadığı söylenebilir.

Paternalizmin ikinci dayanağı, "geleceğe yönelik onam"da odaklanan sav; bir çocuğun özgürlüğünü kısıtlamanın ve çocuğun çıkarlarını korumak için gerekli olduğunda çocuk adına kararlar almanın ana-babaların yalnızca hakkı değil, görevi olduğunu öne sürmektedir. Ana-babanın müdahale hakkının ölçütü, çocuğun gelecekte bu kararı onaylaması gerektiğidir. Dolayısıyla, çocuğun o anda istediğinden daha doğru bulacağı bir kararın alınması söz konusudur. Paternalist müdahalenin doğrulanabilirliği gelecekteki onama dayandırılırsa, müdahale anında doğrulandığını bilmenin bir yöntemi yoktur. Öte yandan, müdahaleye gelecekte gösterilen onamın, paternalist müdahalenin ürünü olma tehlikesi ortaya çıkmaktadır; bir başka deyişle onam, müdahale süreci tarafından oluşturulmakta ve düzenlenmektedir. Bu durumda, çocuğun daha sonra verdiği onam, zorunlu olarak müdahalenin haklılığının kanıtı olmayacaktır.

Paternalizm, üçüncü olarak, çocukların "kendine yetersizlik"leri varsayımıyla haklı gösterilmeye çalışılmaktadır. Kant'ın eserlerinde dile getirilen bu görüş ilk bakışta inandırıcı görünmektedir : "Çocuklar olgunluğa ulaşırlar ve kendilerinin efendisi olurlar, önceki bağımlılık durumlarından bir kurtuluş anlaşması bile olmadan fiilen kendine bakma yeterliğine ulaşırlar." Kuşkusuz kendine yeterli olmayanların, başkalarının yardım ve desteğine gereksinim duymaları mantıklıdır. Ancak, kendine yeterlik ölçütü çocukları erişkinlerden ayırmadığı gibi, çocuklar kadar pek çok erişkine yönelik haksız müdahaleleri de doğrulamak amacıyla kullanılmaya açıktır. Bunlar arasında hastalar, sakatlar, yaşlılar, işsizler ilk akla gelenlerdir ve bu gruplar geçici ya da sürekli olarak ötekilerin yardımına gereksinim duymaları bağlamında kendine yeterlikten yoksundurlar. Kendine yeterlikten yoksun bir kişinin , başkalarının paternalistik müdahalesine açık olması gerektiğini öne sürmek, ahlaksal açıdan kuşkulu bir sav olacaktır. Herhangi bir toplumda bütün üyelerin, başkalarının uzmanlığına, kapasitelerine, yeteneklerine sürekli olarak gereksinim duyacağı açıktır ve bu durum toplumsal işbölümünün bir sonucudur. Bu bakımdan, çocuklar yaşamak ve gelişmek için başkalarının yardımına gereksinim duymak konusunda yalnız değildiler.

Çocukların sağlık bakımı ve onlar üzerinde yürütülen tıbbi araştırmalarda, çocuk, ana-baba ve hekimden oluşan üçlünün ilişkisinde, çocuğa yönelik paternalizmin her üç dayanak noktasının da geçerli olduğunu söyleyebiliriz. Hekim, geleneksel hekim-hasta ilişkisinde varolan paternalistik tutumunu, hasta çocuk olduğu zaman sorgulamaksızın yerine getirecektir. Kuşkusuz bu tutumunu, hastaya yarar sağlamak ve çocuğu zarardan korumak adına yapacaktır. Benzer bir ilişki çocuk ve ana-baba arasında yaşanmaktadır. Ailenin yapısında bulunan paternalistik yaklaşımın yanı sıra, çocuğun bakımından birincil derecede sorumlu olan ana-baba, onun sağlığı konusunda, çocuğun en çok yararına olduğunu düşündüğü uygulamaya ilişkin kararı çocuk adına verecektir. Gerek hekim, gerekse ana-babanın paternalistik müdahalelerinin temelinde çocuğun korunması gerektiği ve bu koruma yükümlülüğünün kendilerinde olduğu düşüncesi yer almaktadır. Hekim mesleği gereği, ana-baba ise ana-babalık görevleri gereği bu yükümlülüğü duyacaktır. Dolayısıyla pediyatri uygulamalarında, geleneksel hekim-hasta ilişkisindeki paternalizme, toplumsal yapının en küçük birimi olan ailenin paternalizm eklenmekte ve çocuk her iki müdahalenin hedefi durumuna gelmektedir. Çocuklar üzerindeki araştırmalarda, tedavi uygulamalarından farklı olarak her durumda birey olarak çocuğun doğrudan yararı söz konusu olmayabilir. Bu bağlamda, özellikle tedaviye yönelik olmayan araştırmalarda, hekimin ve ana-babanın çocuğun yararına dayandırılan paternalistik müdahalelerinin dayanakları ortadan kalkmaktadır ve bu durumda yapılacak her tür paternalistik yaklaşım haksız bir müdahale anlamına gelecektir. Sözü edilen araştırmalara çocuğun katılımına yönelik onam sürecinde, özellikle bu noktanın göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çocuğun yeterliği ölçüsünde kendisiyle ilgili tıbbi kararlara katılımının sağlanması ve varolan sınırlı özerkliğinin hekim ve ana-baba tarafından onarılması, paternalizmin olumsuz etkilerinden çocuğu korumanın en etkili yöntemi olsa gerektir. Bu süreç aynı zamanda çocuk, ana-baba ve hekim arasında bir etkileşim süreci olduğundan, söz konusu ilişkinin karşılıklı katılıma ve paylaşıma dayalı bir ilişkiye dönüşmesini sağlayacaktır.

11.5. Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Temel Etik Sorunlar

Çocukların korunması gereken, kolay incinebilir ve kendi adına karar verme yeterliğinden yoksun varlıklar olduğu, bu nedenle onlar üzerinde tıbbi araştırma yapılmaması gerektiği biçimindeki geleneksel yaklaşım, günümüzde giderek etkinliğini yitirmiş bir yaklaşımdır. Söz konusu yaklaşımın zaman içinde etkinliğini yitirmesinin temelinde, çocukların sağlığının en yüksek düzeye çıkarılması gerektiği biçimindeki evrensel etik kabul ve onların "küçük erişkinler" değil, biyo-psiko-sosyal açıdan erişkinlerden tümüyle farklılıklar içeren bir yapısal örgütlenmeye sahip oldukları yönündeki bilimsel gerçek bulunmaktadır. Bu iki temel kabulün yansıması olarak, erişkinler üzerinde yapılan araştırmalarda elde edilen bilgilerin her durumda çocukların sağlık sorunlarına geçerli çözümü getirmediği, hatta kimi zaman bu bilgilere dayandırılan uygulamaların çocuğun sağlığına zarar verebildiği; dolayısıyla çocuk sağlığı ve gelişimi konusunda geçerli bilgilerin, ancak çocukların yer aldığı tıbbi araştırmaların sonucunda edinilebileceği görüşü günümüzde yaygın olarak benimsenen yaklaşım olmuştur. Kuşkusuz, bu yaklaşım da çocukların zarardan korunması ve tıbbi araştırmalardan en yüksek düzeyde yararlanması gerektiği düşüncesini taşımaktadır. Bu bağlamda geleneksel yaklaşımdan farklı yönünün, potansiyel zararın temel alınarak araştırmanın yapılmasını engellemek yerine, araştırmaya çocukların katılımı konusunda potansiyel zararla birlikte potansiyel yararın da göz önünde bulundurulması ve zararı en aza indirecek uygun koruyucu önlemlerin alınarak çocukların araştırmaya katılımının desteklenmesi olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili olarak gelinen noktada, "çocuklar üzerinde tıbbi araştırma yapılması etik dışıdır" söylemi yerine, "çocukların sağlığı için gerekli bilginin elde edilmesi ve ve çocuğa yarar sağlaması öngörülen bir araştırmaya çocuğun alınmaması etik dışıdır" söyleminin yaygınlaştığını ve bu bağlamda çocuklar üzerinde araştırma yapılmasının bilim toplumunun moral yükümlülüğü olarak kabul edildiğini söyleyebiliriz. Söz konusu moral yükümlülük, tam da, geleneksel yaklaşımın temel dayanak noktası olan "çocukların yetersiz oldukları, bu nedenle onlar üzerinde araştırma yapılmaması gerektiği" savından kaynaklanmaktadır. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi, çocukların sağlıklı olma ya da hastalığının iyileştirilmesi olanaklarından yoksun bırakılması anlamına gelecektir.

Çocuklar üzerinde yürütülen araştırmaların bilimsel anlamda geçerli ve etik açısından savunulabilir olması gereklidir. Çocukların yer aldığı araştırmaların, biyomedikal araştırmalarda olması gereken ve evrensel olarak kabul edilen niteliklerin yanı sıra, bazı özel nitelikleri taşıması ve birtakım sorulara yanıt vermesi gerekmektedir. Öncelikle her araştırmanın bilimsel bir değerinin olup olmadığı tartışılmalıdır. Bu bağlamda, çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada çocuklar için zarar olasılığının ve yarar beklentisinin doğru tanımlanmış olması gereklidir. Ayrıca, araştırmanın iyi planlanmış ve yürütülmüş olması, konuyla ilgili önceki çalışmaları kolayca yinelemiş olmaması, öncelikle mesleki ve parasal çıkarlar adına yapılmamış olması, çocuk deneklerin sayısının istatistiksel açıdan uygun olması ve gerçekleri yansıtacak biçimde bilim dünyasına duyurulmuş olması, söz konusu araştırmanın değerli olduğunun göstergeleri olarak nitelendirilmektedir. Çocuklarda yürütülecek araştırmaların, konunun erişkinler üzerinde çalışılmasının kesinlikle uygun olmadığı ve çocuklara yarar sağlamayacağının saptandığı durumlarda etik açısından kabul edilebilir olduğu açıktır. Çocuklarla ilgili pek çok çalışma, yalnızca bebekler ve küçük çocuklar üzerinde yapılabilmekle birlikte yaş gruplarının seçiminde olanak varsa daha büyük çocukların seçilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılımın gerekli ve yeterli koşullarının sağlanması durumunda, çocukların tedaviye yönelik araştırmalara katılımının, tedaviye yönelik olmayanlara katılmaya oranla daha az sorun ortaya çıkardığı, üzerinde uzlaşma sağlanan bir konudur. Bunun temel nedeni, ideal olarak klinik araştırmalarda risk, yarar ve araştırmaya katılımla ilgili onamın tek bir bireye yönelik olması gerektiği biçimindeki varsayımsal ilkedir ve amaç-araç ilişkisini sorgulamaktadır. Yasal açıdan yeterliği olan erişkinlerde yapılan araştırmalarda ve çocukların yer aldığı tedaviye yönelik araştırmalarda alınan onam, risk ve yarar doğrudan araştırmaya katılan bireyi ilgilendirmektedir; dolayısıyla ilkeye uygunluk göstermektedir. Oysa tedaviye yönelik olmayan bir araştırma söz konusu edildiğinde, araştırmaya katılan çocuk denek riski üstlenmekte ve doğrudan bireysel yarar sağlamamakta, buna karşılık araştırılan hastalığa sahip olan çocuklar araştırma sonuçlarından yararlanmakta, bunların dışında yer alan çocuklar ise, risk almamakta, yarar görmemekte ve onamın konusu olmamaktadır.

Çocukların hasta ve araştırma deneği olarak yaşadıklarından nasıl etkilendikleri ve nasıl bir desteğe gereksinim duydukları tartışılmakta olan bir başka konudur. Çocukların bir klinik araştırma sürecinde çıkarlarını savunma, zararlarını ve gereksinimlerini dile getirme açısından ne ölçüde yeterli oldukları ya da bu konudaki olanakları nasıl kullandıklarına ilişkin eldeki verilerin yetersiz olduğu ve daha fazla bilgiye gereksinim olduğu dile getirilmektedir. Çocukların, bu tür durumlarda farklı yanıtlar verdikleri ve yanıtların önceden kestirilemediği de göz önünde bulundurulduğu zaman, çocukların süreçten nasıl etkilendiklerine ilişkin genellemelerden kaçınılması gerektiği öne sürülmektedir. Bu bağlamda, araştırma sürecinde çocuklar ve ana-babalarla sürekli etkileşim içinde olan araştırmacının, onların çıkarları, sorunları ve sürece ilişkin yaşantı ve algıları konusunda bir paylaşım ortamını yaratmasının, çocuğun çıkarlarının korunması ve zararın en aza indirilmesi açısından uygulanabilir bir yöntem olduğu kabul edilmektedir. Çocukların yer aldığı araştırmaların zarar vermeme ve adalet ilkeleri temelinde yararın değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin çocuğa saygı anlayışı ile dengelenmesi durumunda etik açısından uygun olduğu söylenebilir.

11. 6. Zarar, Yarar ve Risk Değerlendirmesi

Çocuklar üzerindeki araştırmalarda zarar, yarar ve riskin değerlendirilmesi en temel sorunlardan birisidir. Araştırmaya katılan çocuk açısından "zarar", onun fiziksel ya da mental olarak yaralanması, psikolojik olarak sıkıntı ve rahatsızlık duyması anlamına gelmektedir. Söz konusu zarar uygulanan yöntemin doğasından kaynaklanabileceği gibi, çocuğun araştırma sürecinde aile, okul ve arkadaş ortamından kısa ya da uzun süreli ayrı kalmasına da bağlı olabilmektedir. Ancak, araştırmalarda zarar görenler yalnızca çocuklar değildir; ana-baba ve araştırmacı da değişik düzeylerde zararla karşı karşıya kalabilmektedirler. Ana-babalar, araştırma sürecinde çocuklarının yaşadıklarının tümüne tanıklık etmekten ve onların sıkıntı ve rahatsızlıklarını en aza indirme çabasından psikolojik olarak gerginlik yaşayabilecekleri gibi, çocuklarının bakımından birinci derecede sorumlu olmanın getirdiği sıkıntıları da ek olarak yaşamak durumundadırlar. Araştırmacılar ise, araştırmanın planlandığı gibi yürütülememiş olmasından,

deneklere ilişkin beklenmedik sorunlardan ve araştırma ekibinde ortaya çıkabilecek olası zorluklardan zarar görebilmekte ve kimi durumlarda mesleki kimlikleri örselenebilmektedir. Ancak, söz konusu zararlar içinde öncelikli olarak çocuğun zararları, etik değerlendirmenin konusu olmaktadır. Çocuklar üzerindeki araştırmanın ilk ve en temel ilkesi, araştırmaya katılan çocuk deneğe olanaklı en az zararı ve olanaklı en çok yararı öngörmesi olmalıdır.

Çocuklar üzerindeki araştırmada çocuk açısından "yarar" ise, onun fiziksel, mental, psikolojik, sosyal ve entelektüel anlamda iyiliğinin ve esenliğinin artması anlamına gelmektedir. Tedaviye yönelik araştırmaların, bu yarar tanımını büyük ölçüde karşıladığı söylenebilir. Kuşkusuz, söz konusu yarar araştırmanın sonucunda ortaya çıkacaktır. Ancak, çocuklar üzerindeki bütün araştırmalar, doğrudan çocuğun yararını amaçlamayabilmektedir. Tedaviye yönelik olmayan araştırmalarda, çocuğun doğrudan yararı birincil amaç değildir; araştırma konusu belirli bir hastalıkla ya da genel olarak bütün çocukların sağlık ve hastalık sorunlarıyla ilgili olabilir. Bu durumlarda, araştırma, çocuk deneğe değil, spesifik bir çocuk grubuna ya da tüm çocuklara yarar sağlamayı amaçlamış olacaktır.

"Risk", terimi genel olarak tehlikenin ortaya çıkma olasılığını dile getirmektedir. Ancak, terim anlambilgisel bağlamında, etkinin karşılıklı ve ardışık olarak geçersizleşebileceği anlamını örtük olarak içermektedir. Bir başka deyişle, şansın ve tehlikenin ortaya çıkma olasılığını dile getirmektedir. Risk kavramı, özellikle tedaviye yönelik araştırmada, öngörülemeyen tehlikeler, zararlar, bedeller ve araştırmaya katılan çocukların yaşayacağı sıkıntılar gibi pek çok bileşeni içeren ve yeterince açık olmayan bir kavramdır. Riskin ölçülebilir olmasına karşılık, riskin şiddeti kişilere ve onların içinde bulundukları duruma göre farklı değerlendirmelere konu olabilmektedir. Bu nedenle, riskin göreceli bir kavram olduğundan söz edilebilir.

Araştırmanın getireceği riskler hakkındaki genellemeler tartışılmalıdır. Çünkü, çocukların verdikleri yanıtlar bireysel farklılıklar göstermekte ve bu nedenle önceden kestirilememektedir. Bu bağlamda araştırma sırasında uygulanan bir girişimin, bir başka ıstırabı arttırarak ek bir sıkıntıya yol açması önlenmelidir. Örneğin, yüksek ağrı riski bazı araştırmacılar tarafından kısa süreli bir etki olarak

değerlendirilip küçümsenebilmektedir. Oysa, çocuk ve ana-babalar, şiddetli geçici ağrının beklenen yararla haklı gösterilemeyeceğini öne sürmektedirler. Bazı potansiyel zararlar ise, sonuçları dikkatlice değerlendirilmediği zaman gözden kaçabilmektedir. Örneğin erişkin dönemde görülen ciddi genetik hastalıkların, yapılan araştırmalarla çocuklukta presemptomatik dönemde iken tanı konulması yararlı olabilecekken, öte yandan çocuğun özgür seçimlerini ve olanaklarını etkileyerek bütünsel anlamda zararlı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Değerlendirmede her üç parametrenin ayrıntılı çözümlemesinde olasılık ve büyüklükleri hesaplanarak, zarar-yarar ya da bir başka deyişle, risk-yarar oranı saptanmaktadır. Ancak zarar, yarar ve riskin ihmal edilebilir, minimal, orta ve yüksek derece olarak sınıflandırılması, yalnızca çocuk deneğin doğrudan zarar, yarar ve risk değerlendirmesine yöneliktir. Söz konusu sınıflandırmanın dolaylı zarar, yarar ve riskin değerlendirilmesinde de geçerli kılınması ya da dolaylı zarar, yarar ve risk değerlendirmesi için başka ölçütlerin belirlenerek uygulamaya yönelik bir derecelendirmenin yapılması gerekmektedir.

Çeşitli ulusal yönergelerde (Amerikan Pediyatri Akademisi, İngiliz Pediyatri Birliği, Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi yönergeleri gibi) potansiyel zarar-yararın değerlendirilmesi ve zararların karşılanması konularında, öncelikle şu soruların yanıtlanmasının gerektiği, bunun değerlendirmeyi yapana kolaylık sağladığı ve araştırmanın etik açısından kabul edilebilir olmasına katkıda bulunduğu dile getirilmektedir:

- Araştırmada (psikososyal araştırma da içinde olmak üzere) uygulanacak yöntemler invaziv ya da zorla müdahale biçiminde midir?
- Zararın şiddeti araştırma yöntemleri ile artabilir mi?
- Zararın ortaya çıkma olasılığı nedir?
- Zararlı etkiler kısa, orta, uzun erimde ya da açıkça yıllar sonra mı ortaya çıkacaktır?
- Yalnızca elde hazır ya da kolay ulaşılabilir oldukları için, bazı çocuklar çok sayıda proje içinde yer almış mıdır?

- Araştırmacılar, zaten bir çok sorunu olan çocukları gereksiz yere araştırma güçlükleri içine çekmiş oluyorlar mı?
- Deney sırasında belirli bir tedavinin verilmesi ya da esirgenmesiyle zararın kanıtları ortaya çıkarsa, geçerli bir araştırmanın gerekleriyle çocuk deneklerin yararı arasındaki çelişkiyi çözmek nasıl olanaklıdır ?
- Kullanılmaya uygun bilgi nasıl elde edilecektir ?
- Tedaviyle birlikte yürütülen araştırmada, araştırma aracılığıyla hafifletilmesi amaçlanan sorun hangi şiddettedir?
- Söz konusu sorun nasıl genelleştirilebilir?
- Araştırmanın amacına ulaşma şansı nedir?
- Araştırma yalnızca çocuk deneklerin mi, yoksa bütün çocukların mı yararını amaçlamıştır?
- Araştırma sınırlı potansiyel yarar sağlamasına karşılık, çok pahalı ve yüksek derecede eğitimli profesyoneli gerektirmekte midir?
- Ailenin bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve veri birikimi için gerekli zaman nedir?
- Hastaların bakımında ön yargısız olabilecek yeterli personel var mıdır?
- Zararın azaltılması ya da önlenmesi konusundaki öneriler protokolde yer almış mıdır?
- Veri toplanması ve kliniklerde bulunmak için aileden istenilen zaman ne kadardır?
- Ailelerin ek olarak yapacağı harcamalar nasıl ödenecektir?
- Verilerin toplanması, karşılaştırılması ve yorumlanması, raporların yazılması ve yayınlanması, sonuçların araştırma deneklerine bildirilmesi için kabul edilen bedel akla uygun mudur?
- Araştırmaya katılan çocukların sayısı istatistiksel açıdan geçerli örneklemi oluşturmuş mudur? Uzun süren çalışmalar sırasında, bazı deneklerin araştırmadan çekilebileceği hesaba katılmış mıdır?

- Planlanan denek sayısı gereksiz yere yüksek tutulmuş mudur?
- Ailelerin, kliniklere fazladan yapabilecekleri gidiş-gelişler gibi güçlükler ne kadardır?

11.7. Risk Değerlendirmesinde Kullanılan Standartlar

Bütün araştırmaların, katılımcıları için bazı riskleri içerebileceği kabul edilmektedir. Çocuklar üzerindeki araştırmaların da bu genel kuralın dışında olmadığı söylenebilir. Ancak, hangi tür risklerin kabul edilir düzeyde olduğu önemli bir sorunsaldır. Çocuklar üzerindeki araştırmalarda, "araştırma risklerinin etik açısından sınırları nelerdir?"sorusuna yanıt bulma girişimleri sonucunda "minimal risk" kavramı, üzerinde uzlaşma sağlanan bir eşik değer olarak kabul edilmiştir.

"Minimal risk", araştırmada beklenen zarar ya da rahatsızlık olasılığının,çocuğun günlük yaşamda ya da rutin fiziksel ve psikolojik muayene ve testlerin yürütülmesi sırasında karşılaşabileceği zarardan daha fazla olmayan riskler anlamına gelmektedir. Benzer ölçütler, onam verme kapasitesi olmayan kişiler ve çocuklarla ilgili olarak başka ulusal yönergelerde de bulunmaktadır. Örneğin, Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi ve İngiltere Tıbbi Etik Enstitüsü tarafından hazırlanan, çocuklar üzerindeki araştırmalarda etik konulu raporlarda "minimal risk" terimiyle eşanlamlı olarak "ihmal edilebilir risk" terimi kullanılmaktadır. Her iki kavramın dayanağı ise, "günlük yaşam riskleri"dir. Davranış gözlemi, non-invaziv fizyolojik izlem, gelişmenin değerlendirilmesi, diyet değişiklikleri, kan ve idrar örneklerinin toplanması her iki kavram içinde nitelendirilen işlemlerdir. Ancak, minimal risk kavramı, üzerinde uzlaşılmış olmakla birlikte büyük tartışmalara yol açmaktadır. Minimal riskin yaşa, çevreye, bireyin içinde bulunduğu duruma göre değişen göreceli bir kavram olduğu, içerdiği anlam ve uygulamaya yönelik boyutları konusunda belirsizliklerin bulunduğu, "nereye kadar, kimin bakış açısından ve hangi koşullar altında minimal risk " sorularına yanıt vermediği, bu nedenle gerek tedavi gerekse araştırma girişimlerinde uygulanmasının güç olduğu ve keyfiliklere açık bir nitelik taşıdığı dile getirilmektedir. Minimal riskin çocuklar üzerindeki araştırmalarda nasıl

kullanılacağı ve etik değerlendirmede nasıl bir işlevinin olacağı gerçekten önemli bir sorun olarak görünmektedir. Çünkü araştırmaya katılan deneklerin günlük yaşamları, psikolojileri, nasıl bir araştırmada yer aldıkları, araştırma girişimlerini nasıl yorumladıkları ve bunlardan nasıl etkilendikleri bağlamında, minimal risk standardını tartışılır kılmaya yetecek ölçüde farklılıklar içermektedir. Her bir deneğin, ne tür bir girişimden, hangi düzeyde etkileneceğinin öngörülmesi oldukça güçtür. Deneklerin bir kısmı için rahatsızlık yaratan bir girişim ötekiler için aynı ölçüde sıkıntı verici olmayabilir. Standardın içerdiği belirsizlik araştırmayı yapan hekimler için de geçerlidir ve çok farklı değerlendirmelere yol açmaktadır. Örneğin splenektomi gibi yüksek derecede invaziv bir girişimi "minimal riskli" bir prosedür olarak yorumlayanlar olduğu gibi, timpanosentezin minimalin üstünde risk taşıdığı gerekçesiyle çocuk deneklerde yasaklanmasını önerenler de bulunmaktadır.

Uygulamaya yönelik sorunlardan biri minimal riskli prosedürlerin araştırma amacıyla tekrarlanmasına ilişkindir. Bir ya da iki ven ponksiyonu minimal olarak risklidir, dört tartışmalıdır, ancak yine de minimal riskin üzerinde minör artıştan daha fazla olmayabilir. Ancak beş, on, kırk ya da daha fazla tekrarlar için nasıl bir değerlendirme yapılacaktır? Benzer biçimde, menenjit için yeni bir tedavi denemesinde hasta bir çocuk üzerinde bir lomber ponksiyon yapılması kabul edilebilirdir, ancak beş değil. Kırılma noktası neresidir? Bir başka sorun, düşük riskli ancak yaygın olarak yürütülen prosedürlerden niteliksel olarak farklı olan uygulamalarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, sağlıklı çocuklar üzerinde arteryel ponksiyon yapılması bu nedenle etik açısından tartışılır niteliktedir.

Minimal riskin dayandırıldığı günlük yaşam riski kavramı da aynı açmazları gündeme getirmektedir. Günlük yaşam risklerinin neleri içerdiği ya da günlük yaşamda karşılaşılan durumlardan hangilerinin riskli olduğunun nasıl belirleneceği açık değildir. Çocuklar için, söz gelişi işlek bir caddede karşıdan karşıya geçmek, oyun parkında salıncağa binmek ya da yanmakta olan sobaya yaklaşmak, çocuğun yaşına, alışkanlıklarına, deneyimlerine ve içinde bulunduğu çevreye göre değişen günlük yaşam riskleridir. Bu bağlamda, tıp uygulamalarının hangi türlerinin günlük yaşam risklerine benzer riskler taşıdığı, bunların hangi çocuklar için geçerli kılınacağı sorularının yanıtı verilememektedir.

Öte yandan, hastaya yönelik bütün tıbbi girişimlerin, her hasta için bireysel anlamda bir değişkenliği ve göreceliği içerdiği, bu nedenle onun açısından her türlü tanı ve tedavi girişimlerinin doğal olarak farklı bir deneyim olduğu da bilinen bir gerçektir. Bu noktada belirleyici olan, hastanın söz konusu deneyimden en az zarar görmesinin koşullarını oluşturmaktır. Riskin niceliksel olmaktan çok, kategorik olarak değerlendirilmesinin daha uygun olduğu görülmektedir. Belirlenen risk sınırlarının kaçınılmaz olarak zamana ve koşullara göre değişikliğe uğrayabileceği kabul edilmelidir. Bu tür bir yaklaşım, riskin tanımına ve kapsamına değil, herhangi bir riski en aza indirecek ve deneğin göreceği zararı azaltacak koruyucu önlemlerin yapısı, örgütlenmesi ve uygulanması konularına odaklanmak durumundadır.

11.8. Aydınlatılmış Onam ve Çocuklar

Günümüzün tıp uygulamalarında, özerklik ilkesine saygı gereği, kişinin sağlığıyla ilgili kararlara katılması ve uygulanacak tıbbi girişimler için onamının alınması bir zorunluluk olarak kabul edilmektedir. Bu tür bir zorunluluk, bireylerin istenmeyen girişimlerden korunmasını sağlaması yanı sıra, onların kendilerine karşı sorumluluklarını, özyönetimlerini ve özgürce seçim yapabilmelerini destekleyici bir nitelik taşımaktadır. Ancak, bunun gerçekleşebilmesi için, öncelikle girişime onam verecek olan kişinin, ilgili prosedürün amaçları, yararları, riskleri, yan etkileri ve olası öteki seçenekleri konusunda anlama, kavrama ve seçim yapabilme yeterliğinde olması gereklidir.

Çocukların büyük çoğunluğunun anlama yeteneğinden ve buna bağlı olarak bir tedavi ya da araştırmaya onam verip vermeme konusunda akılcı bir karar alma yeteneğinden yoksun olduğu varsayılmaktadır. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinde, 0-18 yaş grubu "çocuk" olarak tanımlanmakta ve çocukların bazı haklarının olduğu dile getirilmektedir. Bu haklardan çocukların sağlığına yönelik olanlar tıbbi bakım ve beslenme olanaklarının arttırılması, iyi hastane bakımının sağlanması, gereksiz tıbbi girişimlerden ve gerekli tedavinin ihmalinden sakınılması biçimindeki koruyucu haklardır. Sözü edilen koruyucu haklar, genel olarak erişkinler ve özellikle de ana-babalar tarafından tartışmasız biçimde kabul

görmektedir. Ancak, aynı sözleşmenin çocuklara tanıdığı özgür istençleriyle kendi geleceklerini belirleme, değerli bulunma ve saygı görme, kişisel konularda kararlara katılma ve dokunulmazlık hakları, erişkinlerce öncekilerde olduğu kadar kolaylıkla kabul edilememektedir. Onlara göre çocuklar, özellikle tıbbi konularda kendi çıkarlarının neyi gerektirdiğini bilmeyle ilgili olarak bilgisiz, mantıksız ve deneyimsizdirler. Hukuksal düzenlemelerde de, 18 yaşına kadar olan çocukların kendileri adına karar veremeyecekleri belirtilmektedir.

Çocuklar, onam verme konusunda yasal olarak yetkili olmadıklarından, tıbbi uygulamalar için onlar adına ana-babalar, vasiler ve yasal temsilciler onam vermektedirler. Ancak verilen bu onam, yapısı ve sonuçları gereği tartışmaya yol açmaktadır. Çocuk adına karar verme yetkisi olan ve ana-babalar, vasiler ve yasal temsilcileri kapsayan bu grup "en çok ilgililer" olarak tanımlanmaktadır. "En çok ilgililer" tarafından verilen onamın temelinde, onların çocuğun en iyi çıkarlarını temsil ettikleri ve her durumda çocuğun çıkarları doğrultusunda davrandıkları ve çocuk adına verdikleri kararlarda onun en iyi çıkarını gözettikleri varsayımı bulunmaktadır. Gerek "en çok ilgililer" terimi, gerekse onların çocuğun en iyi çıkarını temsil ettikleri varsayımı fazlasıyla öznel bir içerik taşımaktadır. Sıklıkla verilen bir örnek, Yehova Şahidi ana-babanın, çocuğa kan transfüzyonu gereken durumda dinsel inançları nedeniyle, onun en iyi çıkarına olacak kararı veremeyecekleridir. Öte yandan, pek çok ana-baba çocuk adına karar verirken, yalnızca onun en iyi çıkarını değil, başka çıkarları da (öteki aile üyelerinin, bütün olarak ailenin çıkarları gibi) göz önünde bulundurarak bir değerlendirme yapmak durumundadır. Bir başka deyişle, en çok ilgililerin çocuğun çıkarlarını korudukları varsayımı her durumda geçerli değildir. En çok ilgililerin verdiği onam da, o anda yetersiz ve çıkarlarını koruyamayacak olan çocuğun gelecekte çıkarlarını koruyacak olgunluğa ulaştığı zaman alacağı öngörülen karara dayandırılmaktadır. Kuşkusuz, bu karar çocuğun en iyi çıkarının neyi gerektirdiği ya da en çok neyi isteyebileceği bilinemeyeceğinden, öznel bir değerlendirmenin sonucunda alınmış bir karar olacaktır. Sözü edilen nedenlerle, özellikle tıbbi araştırmalara çocuğun katılımı konusunda verilen bu onam, tartışmalara yol açmaktadır. Bazı görüşler, çocukların bu tür bir onamla araştırmaya katılmasını etik dışı bulmakta iken; bazıları çocukların moral bir toplumun üyesi olarak

araştırmalara katılmaları gerektiğini, çünkü en çok ilgililerin onamının bir anlamda sosyal vicdanın gereklerini yerine getirdiğini öne sürmektedirler.

En çok ilgililerin onamı konusunda tartışmalar sürmekle birlikte, 80'li yıllarda başlayan çocukların yetersizliğine ilişkin geleneksel varsayımların zayıflama süreci, çocukların tıbbi uygulamalara geçerli onam verip veremeyecekleri tartışmasını gündeme getirmiştir. Bu süreçle bağlantılı olarak günümüzdeki genel eğilim, çocukların kendileriyle ilgili kararlara katılımının olabildiğince desteklenmesi ve savunulması yönündedir. Söz konusu eğilim, Batı'da büyük ölçüde çocuk ve hasta hakları savunucuları ile hekimler tarafından desteklenmektedir. Örneğin, İngiltere'de 16 yaşın üzerindeki çocuklar, ana-baba ya da vasiden bağımsız olarak onam verebilmektedir. 16 yaşın altındaki çocuklar, önerilen prosedürü tam olarak anlayabilecek yeterlikte iseler, biyolojik yaşları göz önünde bulundurulmaksızın onamları kabul edilmekte, ancak çocuğun onamının ana-baba onayıyla desteklenmesi önerilmektedir. Buna karşılık, çocuk 16 yaşın altında ve onam verecek yeterlikte değilse, araştırmaya katılım ana-baba ya da vasi onayıyla olanaklı kılınmaktadır. İskoçya'da kız çocuklar 12, erkek çocuklar 14 yaşın üzerinde yeterli anlama kapasitesine bağlı olarak geçerli onam verebilmektedirler. ABD'nde ise, ana-baba ya da vasi onayı yanı sıra, yetenekleri ölçüsünde çocukların onam kararına katılması görüşü yaygın destek görmektedir. Amerikan Pediyatri Akademisi Yönergeleri ve Federal Düzenlemeler, 13 yaşın üzerindeki çocukların onamlarının alınması gerektiğini öne sürmektedir.

Macar çocuk hekimlerinin konuya yaklaşımı, örnek bir deneyim olması açısından söz edilmeye değer bir süreçtir. Geçmişte geleneksel paternalistik tutum gösteren Macar çocuk hekimlerinin pek çoğu, çocukların karar süreçlerinde yer almasına ilişkin tartışmaların ışığında, hekim-çocuk hasta ve ana-baba ilişkisindeki tutumlarını yeniden gözden geçirmişler ve çocuğun, yetkin karar verici olma yönünde gelişimi isteğinin ana-babalar tarafından da paylaşıldığını, bu süreci geliştirmek ve hızlandırmak amacıyla ana-babalarla işbirliği yapılabileceğini ve bu noktada çocuk hekimlerine düşen görevin, karar verme süreçlerine "küçük hastalarını" etkin olarak katmak olduğunu dile getirmektedirler. Macar hekimlerinin bu yaklaşımı, yasal düzenlemelerle soruna çözüm getirmekten çok, öncelikle toplum katılımını sağlamak için çaba göstermek, konuyu toplumsal bir

isteğe dönüştürmek ve söz konusu çözümü geçerli kılmak bağlamında değerli bir yaklaşım olarak nitelendirilebilir.

Hasta ve denek haklarının tartışılmaya başlandığı, toplumsal katılım düzeneklerinin gündeme getirilerek sorgulanmaya çalışıldığı ülkemizde hasta ve/veya denek hakları ile toplumsal kararlara katılım formülasyonlarının, yalnızca erişkin, bedensel ve ruhsal açıdan "normal" kabul edilen insanlar için geçerli kılınmaması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda, hak ihlallerine uğrama bakımından "riskli gruplar" olarak görülen yaşlılar, çocuklar, psikiyatrik hastalar, hükümlü ve tutuklular, Hepatit B ve HIV (+) kişilerin haklarının korunması ve yaşama geçirilmesi konusundaki tartışmaların da, yukarıda sözü edilen gündeme alınması yararlı olacaktır. Konuya ilişkin öteki ülkelerde yapılan tartışmalar ve deneyimler, ülkemizdeki sürece katkıda bulunacaktır.

12. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmalar, çocuk sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sistematik bir araştırma çocuk hastalıklarının etiyolojisi, tanısı, tedavisi ve prognozu konusunda olduğu kadar, normal çocuk gelişimi konusunda da geçerli bilgiler sunmaktadır. Bilimsel yönden geçerli olma niteliklerini taşıyan bir araştırmanın etik ilkelere uygun olarak yürütülmesi, büyük ölçüde söz konusu araştırmayla farklı düzeylerde ve işlevlerle de olsa, bir biçimde ilişkisi olanların; ana-babaların, araştırmacıların etik kurul üyelerinin ve toplumun öteki bireylerinin moral değerlerine bağlıdır.

Çocukların yer aldığı araştırmanın kabul edilen ve desteklenen bir etkinlik olarak değerlendirilmesi için, bazı nitelikleri taşıması gereklidir. Öncelikle bu tür bir araştırmanın sürdürülmesi için belirlenmiş ve kanıtlanabilir gereksinimin varolması gereklidir. Bu bağlamda, araştırma öncesinde uygun in vitro, hayvan ya da erişkin insan çalışmalarının varlığının gösterilmesi, ilgili bilginin elde edilmesi için başka hiçbir aracın olmaması, araştırmanın, bilimsel geçerliliğin alışılmış standart ölçütlerini toplaması, araştırmanın bilimsel ve etik standartlara uygun karar verebilen araştırmacılar tarafından sürdürülmesi, çocuğun araştırmaya katılımı hakkında uygun onam ya da onay ve iznin varlığı, çocuğa (ve çocuğun ana-babaları ya da vasilerine) ilişkin bireysel yaşamın gizliliği, güvenilirlik ve mahremiyete uygun saygının gösterilmiş olması, zarar ve yarar olasılığına yeterli dikkatin gösterilmesine bağlı olarak, araştırmayla ilgili bireysel ve sosyal zararlar ve yararların uygun dengesinin varlığı, araştırma katılımcılarının seçiminde adaletin varlığı, araştırmanın uygun şekilde oluşturulmuş (çocuk temsilcilerinin varolduğu) bir araştırma etik kurulu tarafından incelenmiş olması, terapötik araştırmada elde edilecek yararın, olası zarar görme riskinden önemli olması, non-terapötik araştırmaya katılımın, ihmal edilebilecek düzeyde zarar görme riskinden daha fazla olmaması gereklidir.

Küçük bir çocuğun (doğum-9/10yaş) ana-babaları ya da vasilerinden aydınlatılmış onam; daha büyük çocukların (10-15yaş) ana-babaları ya da vasilerinden aydınlatılmış onamla birlikte çocuğun onayı ve yaklaşık olarak 15 yaş üzerindeki çocuğun aydınlatılmış onamının onamı alınmış olması uygun olacaktır.

Önerilen araştırma protokolü hakkında bilgilendirme, çocuk, ana-baba ve vasilerinin anlayabilecekleri biçimde, tam ve açık olarak yapılmalıdır. Araştırmayla bağlantılı olarak kullanılan herhangi bir onam ya da izin formunun "okunaklılığı"na özel bir dikkat gösterilmelidir. Araştırma projesi konusundaki bilgilendirme ile araştırma projesine çocuğun katılım hakkında onam alma arasında uygun bir süre olmalıdır. Acil durumlarla ilgili olarak çocuklar üzerinde yürütülen terapötik araştırmalarda (örneğin, yenidoğanda ya da acil ortamlarda) araştırma etik kurulu tarafından uygun görüldüğünde geleneksel izin için tarafların vekaleti göz önünde bulundurulabilir. Başlangıçta ikinci bir kişinin tanıklığında alınan sözlü onam, daha sonra yazılı onam ile doğrulanmalıdır.

Araştırmacı, çocuklar ve/veya ana-babalar ya da vasilerin, önerilen bir araştırma projesine katılıp katılmayacağı ya da katılımı sürdürüp sürdürmeyeceği kararında, onlara yardımcı olabilecek bir çocuk savunucusuna (öğretmen, çocuk psikoloğu ya da çocuk hakları konusunu iyi bilen bir kişi) gönüllülük temelinde danışmalarını önermelidir.

Önerilen araştırmanın, minimal zararın minimal olasılığından daha fazlasını içermesi olasılığı durumunda, araştırma kurumu, araştırma konusunda bilgili, ancak onun yürütülmesiyle yakından ilişkisi olmayan bir kişiyi çocuk ve/veya ana-babalar ya da vasilerle gönüllü danışmanlık için belirlemelidir.

Araştırmacının, aynı zamanda çocuğun hekimi olduğu durumlarda araştırma ve tedavi arasında çıkabilecek olası çatışma göz önünde bulundurulmalı, bu durumda zarar ve zarar olasılığından çocuğun korunması ve ana-baba, vasi ya da çocuğun seçimine saygı gösterilmesi için uygun önlemler alınmalıdır.

Çocuğun herhangi bir zamanda, projeden çekilmesine izin verilmeli, çocuk ve/veya ana-babalar ya da vasilere çekilme durumunda ön yargısız olarak çocuğun almakta olduğu tedavinin sürdürüleceği konusunda güvence verilmelidir. Benzer biçimde, araştırmaya katılım konusunda da bir çocuğun (ya da ana-baba vasinin reddi kabul edilmelidir.

Araştırmacı, beklenmedik fiziksel ya da psikolojik zarar ortaya çıktığı zaman, yeniden değerlendirmek üzere, çocuğu araştırmanın katılımcısı olmaktan uzaklaştırmalıdır.

Araştırmaya katılımla ilgili olarak, çocuk, ana-baba ya da vasinin yaptığı parasal harcamalar geri ödenmelidir. Araştırmacı tarafından, katılım için karşılık olarak çocuğa herhangi bir "hatıra" verilecek ise, araştırmaya çocuğun katılımı kararından önce bu tür bir ödülden söz edilmemeli ve, ödüllendirme, çocuğun araştırmaya katılımı tamamlaması koşuluna bağlanmamalıdır.

Araştırma projesine çocuğun (ve/veya ana-babalar ya da vasilerin) katılımı konusunda gizlilik ilkesine saygı gösterilmelidir.

Çocuk bir araştırma protokolüne hile ve/veya aldatma yoluyla çağrılarak katılmış olmamalıdır. Bilimsel olarak geçerli, uygun şekilde onaylanmış randomize klinik denemede "plasebo" kullanılması, "hile yapmak" olarak görülmemektedir ve araştırmaya katılım için alınan onam, plasebo olarak yer alacağı gerçeğinin açıklanması üzerine dayandırılır.

Araştırmacı, katılan çocuğun araştırma protokolünün sonucu hakkında bilgi sahibi olması için çocuğa (ve/veya ana-baba ya da vasilerine) olanak sağlamalıdır.

Özellikle "zedelenebilir"olarak kabul edilen dört çocuk grubu üzerinde, non-terapötik araştırma yapılması için çaba gösterilmemelidir.

a. Yalnızca vasiler tarafından izin verilmiş olan ve ana-babaları olmayan çocuklar.

b. Ana-babaları ya da vasileri çocuk istismarı ya da ihmali kuşkusu altında olan çocuklar.

c. Kurumlara yerleştirilen ve ana-baba ilişkisi en az düzeyde olan çocuklar

d. Yasal onam yaşı altında olan olgun küçükler. (Araştırma, yalnızca onlar üzerinde ve denek grubunun yararı için yürütülebilecekse, bu çocukların non-terapötik araştırmaya katılımları hakkındaki izin onaylanabilir.)

Zarar, yarar ve risk değerlendirmesi, çocuklar üzerindeki araştırmalarda en önemli konulardan biridir Öyle ki, herhangi bir araştırma önerisi, araştırmaya katılacak denek çocuklara kabul edilebilir düzeyden daha fazla risk ya da zarar öngörüyorsa, bilim açısından taşıdığı değere bakılmaksızın etik dışı olarak nitelendirilmektedir. Genel kabul olarak çocuklarla ilgili zarar tartışmasının, erişkinlerle ilgili olan zarar tartışmasından farklı olduğu varsayılmaktadır;

büyüme ve gelişmenin en erken aşamasında ortaya çıkan herhangi bir zarar, çocukta uzun süren sekellere neden olabilir. Kronik hastalıkları ve ölümcül hastalıkları olan çocukların özel durumları nedeniyle, onların yarar ve zararlarının, öteki çocuklarda ortaya çıkan zarar ve yarardan farklı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Herhangi bir çocuğun, bir araştırma protokolünde yer alması nedeniyle oluşan ağrı, anksiyete ve bedensel zarar olasılığının dile getirildiği durumlarda, uygun koruyucu önlemler ve iyileştirici yöntemler önceden sağlanmış olmalı ve yerinde kullanılmalıdır. Ağrı, anksiyete ve bedensel zarara bağlı olarak artan fiziksel, psikolojik ve sosyal sekeller, bu tür bir araştırmaya katılmaya çağrılan çocuk üzerinde herhangi bir araştırma girişiminin zararlı etkisinin büyüklüğü ve olasılığı değerlendirildiğinde yeniden gözden geçirilmelidir.

Zarar ya da yararın büyüklüğü ve olasılığı birbirinden ayrılmalı ve bağımsız olarak değerlendirilmelidir. Herhangi bir çocukta, araştırmaya bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik zararın ya da fiziksel yada psikolojik yararın veya bir grup olarak çocuklara zararın büyüklüğü ihmal edilebilir-minimal-orta- yüksek derece olarak sıralanan kategorilere göre değerlendirilmelidir:

1. Bir grup olarak çocuklara olan yararın büyüklüğü ılımlı olarak değerlendirilir.
2. Birey olarak çocuğa ya da bir grup olarak çocuklara bir zararın ve birey olarak çocuğa ya da bir grup olarak çocuklara yararın olasılığı yukarıda sıralanan kategoriler ışığında ön görülmelidir.
3. İhmal edilebilir zararın olasılığı, önemli ya da minimal zarardan gerçek zarara doğru, ihmal edilebilir olasılık olduğu zaman; genel olarak çocuklara ya da çocukların spesifik gruplarına beklenen bazı yararların olması koşuluyla, çocukların yer aldığı araştırmaya izin verilmelidir. Bu tür araştırma, araştırma denekleri olan çocuklara herhangi bir doğrudan yarar gerektirmeyecektir. Söz konusu araştırmanın, öncelikle araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması gerekir.
4. Minimal zararın yüksek olasılık olduğu koşullarda, genel olarak çocuklara ya da çocukların spesifik bir grubuna beklenen yarar ve zararın büyüklük ve olasılığı göz önüne alındığında, beklenen yarar beklenen zarara ağır basıyorsa,

çocukların yer aldığı araştırmaya izin verilmelidir. Bu tür araştırmada, araştırma denekleri olan çocuklara herhangi bir doğrudan yarar gerekli olmayacaktır. Ancak, araştırmanın araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması gerekir.

5. Ortalama zararın yüksek olasılığı ya da yüksek zararın ortalama olasılığının söz konusu olduğu koşullarda, yarar ve zararın büyüklüğü ve olasılığı göz önüne alındığında, araştırma deneklerine beklenen yarar, beklenen zarara ağır basıyorsa, çocukların yer aldığı araştırmaya izin verilmelidir. Araştırmanın yapılması için, araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması gerekir.

6. Yüksek zararın yüksek olasılık olduğu durumda, çocukların yer aldığı araştırmaya, olağan koşullarda çoğunlukla izin verilmemelidir. Bununla birlikte, olağandışı durumlarda, araştırma denekleri olan çocuklara sağlanacak olan yarar, yüksek zararın yüksek olasılığından daha önemli ise, araştırmaya ve yaşam kurtarıcı girişimlerde yeni denemelere izin verilebilir.

Yeni tedavinin ve araştırmaların tümü, uygun kurumsal mekanizmalar yolu ile etik incelemeye konu olmak durumundadır. Çocuklar üzerindeki araştırmalarda, etik kurulun belirleyici işlevi vardır. Bu nedenle, erişkinlerde yapılan araştırmaların değerlendirilmesi sürecinde etik kurulda bulunması önerilen hasta temsilcisine karşılık, çocuklar üzerindeki araştırmalarla ilgili olarak çocuk temsilcisinin bulunması önerisi, genellikle kabul edilen bir görüştür. Önceden belirlenen bir "çocuk temsilcisi", çocukların yer aldığı bir araştırma protokolü değerlendirileceği zaman araştırma etik kuruluna alınmalıdır. Literatür incelemelerinde, yalnızca çocuklar üzerindeki araştırmaların değerlendirilmesi için oluşturulmuş etik kurullar olduğuna ilişkin herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Ancak, yerel etik kurullarda pediyatrist bulunduğuna ilişkin bilgiler bulunmaktadır; örneğin, Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi belgelerinde etik kurulda kaç pediyatrist bulunduğu sorulmaktadır. Benzer bir modele, Türkiye'de de işlerlik kazandırılması, kanımca hem çocuk denekler hem de araştırmacılar açısından yararlı olacaktır. Kuşkusuz bunun için, yerel etik kurulların oluşumuna ilişkin yasal düzenlemenin değiştirilmesi gerekecektir.

Yerel etik kurul, araştırma önerisini değerlendirme sürecinde aşağıda dile getirilen noktalarda özenli davranmalıdır:

a. Araştırma projesinin bilimsel geçerliği ya da araştırmacının bilimsel yeterliği.

b. Araştırmacının etik yeterliği.

c. Araştırmanın, birey olarak çocuğa, genel olarak çocuklara ya da çocukların spesifik gruplarına sağlayacağı yararın olasılığı ve büyüklüğü.

d. Ana-babaların ya da vasilerin aydınlatılmış onayının ve/veya araştırmada yer alacak olan çocukların onay/onamının elde edilmesinin koşulları.

e. Araştırma projesine çocuğun katılımına ilişkin gizlilik, anonimlik, güvenilirlik, mahremiyet ve tam bilgilendirmesinin yerine getirilmesinin koşulları.

f. Çocuğun, sürdürülmekte olan tedavisini olumsuz yönde etkilemeksizin araştırma projesinden çekilmesi ve çekilmenin çocuğun (ve/veya ana-babalar ya da vasiler) ya da araştırmacının isteğinde olup olmadığının koşulları.

g. Her bir yan etkinin, araştırma protokolündeki değişikliklerin ya da zarar/yarar oranını etkileyen yeni bulguların ve katılımcıların yeniden değerlendirilmesi ile ilgili sonuçların, yıllık aralıklardan az olmamak üzere araştırma etik kuruluna bildirilmesi, koşullara bağlı olarak araştırma protokolünde yapılacak herhangi bir yenileştirmenin ve projenin izleminin sürdürülmesinin koşulları.

h. Potansiyel araştırmacılar ve daha önce çocuğa sağlık bakımı verenlerin (en azından çocuğun hekimi) çocuğun bir araştırma protokolüne katılımı hakkında bilgilendirilmesinin koşulları.

i. Birey olarak çocuğa, genel olarak çocuklara ya da belirli çocuk gruplarına zarar ve yararın olasılık ve büyüklüğünün değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonucunda araştırmanın sınırlarının belirlenmesi gereklidir.

Ülkemizde yürütülmekte olan tıbbi araştırmaların önemli bir bölümünün, çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar olduğu bilinmektedir. Söz konusu araştırmaların, İngiliz Pediyatri Birliği, Amerikan Pediyatri Derneği, Kanada Pediyatri Derneği gibi kuruluşların yönergelerinde yer alan ve yukarıda bir bileşiminin sunulduğu

"çocuklar üzerindeki araştırmaların genel etik ilkeleri"ne ne ölçüde uygunluk gösterdiği, çocuk hekimleri tarafından yapılacak bir değerlendirmeyle ortaya konulabilir.

Bu tezin uygulamaya yönelik somut sonuçlarından biri olarak, çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalarda kullanılmak amacıyla bir aydınlatılmış onam formu hazırlanması ve pediyatristlere önerilmesi uygun bulunmuştur. Erişkinler için kullanılan formlardan belirli açılardan farklılıklar gösteren bu form örneğinin, pediyatristlerin öneri, eleştiri ve katkılarıyla zenginleşmesi ve daha işlevsel kılınması olanaklıdır. Bu eleştiri ve öneriler, tezin yazarını onurlandıracak, çocuk denekler için de kendileriyle ilgili tıbbi araştırma kararına katılım aracı olarak olumlu bir katkıda bulunacaktır. Hazırlanan aydınlatılmış onam formu, tezin Ek sayfasında sunulmuştur.

ÖZET

Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmaların Etik Açısından Değerlendirilmesi

Bu tez çalışmasının amacı, çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmaların, çocuk ve erişkin arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak biyoetiğin temel ilkeleri ışığında hasta ve denek hakları açısından değerlendirilmesi, Türkiye'ye özgü sorun alanlarının saptanması ve uygulamalara dayanak oluşturabilecek ilkelerin geliştirilmesine yönelik önerilerin tartışılmasıdır.

Tıbbın evriminde günümüzün egemen paradigması olan "bilimsel-deneysel tıp düşüncesi", tıpta bilimsel bilginin geliştirilmesi ve insan yararına kullanılması için laboratuvar deneyleri yanı sıra, hayvan ve insan denekleri de kapsayan bilimsel araştırmaları zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda biyo-psiko-sosyal açıdan erişkinlerden büyük ölçüde farklılıklar gösteren ve birer "minyatür erişkin" olarak nitelendirilemeyecek olan çocuklar üzerinde de tıbbi araştırmalar yapılması gerekmektedir. Çocukların yer aldığı klinik araştırmalar, çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda genel bilgi artışının sağlanması ve klinik uygulama kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunmasının yanı sıra, ortaya çıkan etik sorunlarla ilgili olarak pek çok tartışma noktasını gündeme getirdiği için, tıp düşüncesinin gelişimini de olumlu yönde etkilemektedir. Ancak, çocuklar üzerinde araştırma yapma zorunluluğu ve günümüzde insanlığın sahip olduğu dev teknolojik olanakların gücü karşısında "yaşama saygı", "insan hakları", "hasta hakları", "denek hakları" ve "çocuk hakları" gibi temel değerlerin korunması ve geliştirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Hasta ve denek haklarının gözetilmesi ve tıbbi araştırmaların etik ilkelere uygunluğunun sağlanması amacıyla hazırlanan ve "bilim toplumunun vicdanı"nı oluşturan uluslararası belgeler araştırmacılara yol gösterici niteliktedir. Modern toplumun oluşturduğu "çocuk", "çocuğa saygı", "çocuk hakları", "sağlık hakkı" kavramları ile, bu kavramların temelinde yer alan değerler sistemi de benzer biçimde çocuklar üzerindeki araştırmaların etik açısından değerlendirilmesine dayanak oluşturmaktadır.

Hasta ve denek hakları konusunda hak ihlallerine uğrama bakımından "erişkin" ve "normal"olarak tanımlanan bireylere oranla, daha savunmasız olan çocuklar; yaşlılar, tutuklular, psikiyatrik hastalar, HİV(+) bireyler ve Hepatit B taşıyıcılarının da içinde bulunduğu risk grupları arasında yer almaktadır. Öte yandan çocuğun tedavisi ve herhangi bir tıbbi araştırmaya katılması ile ilgili olarak, "hekim-hasta" ya da "araştırmacı-denek" ilişkisi farklı bir boyut kazanmakta; "hekim-çocuk-ana-baba/vasi" ya da "araştırmacı-denek-ana-baba/vasi" biçiminde üçlü bir ilişkiye dönüşmektedir. Söz konusu temel farklılıklar nedeniyle çocuklar üzerindeki araştırmalarda ortaya çıkan etik sorunlar, yeni tartışma noktalarını da gündeme getirmektedir.

Aydınlatılmış onam, gündelik tıp uygulamasının temel öğelerinden biridir ve tıbbi araştırmaların vazgeçilmez zorunlu koşuludur. Çocuğun özerkliği ve yeterliği, tartışılan konuların başında gelmektedir. Bu bağlamda; geçerli onamın alınmasında hangi ölçütlerin kullanılacağı, çocuğun yeterlik değerlendirmesinin, nasıl ve kimin tarafından yapılacağı, bilgilendirmeye ilişkin sorunlar, çocuğun özerk karar vermesini etkileyen ana-baba otoritesi ve hekimin yönlendiriciliği pediyatrik uygulamalarda aydınlatılmış onamla ilgili önde gelen tartışma konularıdır. Çocuğun onamının geçerli olabileceği yaş ve yeterlik düzeyi konusunda ülkeler arasında farklılıklar vardır. Hukuksal açıdan 0-18 yaş arası bireyler "çocuk" olarak tanımlanmakla ve yasal olarak geçerli onam veremeyecekleri dile getirilmekle birlikte, tıbbi tedavi ya da araştırmaya katılmayı kabul ya da reddetme konusunda 18 yaşın altındaki çocukların gelişmişlikleri düzeyinde karar süreçlerine katılmaları uygun görülmektedir. Çocukların kendilerine yönelik tıbbi uygulamalarla ilgili kararlara katılmaları açısından, farklı ülkelerde kabul edilen yaş sınırları 12 ile 16 arasında değişiklik göstermekte ve uygun yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

Çocukların korunması, gözetilmesi, geliştirilmesi ve en önemli olarak da zarar verilmemesi gereken bireyler olduğu, üzerinde uzlaşma sağlanan bir görüştür. Ancak çocukların zarardan korunması anlayışı temel alınarak, onlar üzerinde araştırma yapılamayacağı biçimindeki geleneksel düşünce günümüzde değişikliğe uğramış ve potansiyel zarar kadar potansiyel yararın da göz önünde tutularak çocukların araştırmaya katılmasının desteklenmesi eğilimi giderek yaygınlaşmıştır. Söz konusu değişime bağlı olarak yarar-zarar ve risk değerlendirmesi, pediyatrideki araştırmalarda belirleyici önem kazanmıştır. Bu bağlamda yarar-zarar dengesinin saptanması, bu saptamada kullanılan farklı değerlendirme ölçütleri, yarar ve zararın yöneldiği hedef (birey olarak çocuk, spesifik olarak bir çocuk grubu ya da genel olarak tüm çocuklar) açısından incelenmesi, yarar-zarar dengesi konusunda ana-babaların ve/veya araştırmacıların

"çocuk adına karar verenler" olarak konumları, etik kurulların işlevleri, önerilen araştırma projelerinin çocukların sağlığı açısından "değer taşıyan araştırma" olarak kabul edilme ölçütleri değişik açılardan ele alınmıştır.

Klinik araştırmaların, çocuk sağlığının geliştirilmesine olan katkısının irdelenmesinde iki önemli ölçütten biri, araştırmanın bilimsel açıdan taşıdığı değer, öteki ise etik açıdan savunulabilir olmasıdır. Farklı sorun alanları gibi görünmesine karşın, birbirinden ayrı olarak değerlendirilemeyecek olan bu iki ölçütü içeren bir araştırmanın yürütülebilmesi için belli standartlara gereksinim vardır. "Çocuğun onam verme yeterliği" dışında, üzerinde en çok tartışmanın yapıldığı bu standartlar arasında "minimal risk", "çocuğun en iyi çıkarı", "günlük yaşam riski" kavramları bulunmaktadır. Adı geçen standartlar, çocuklar üzerinde yapılacak araştırmaların kabul edilebilirliği için eşik değer niteliğinde olduğundan, "standart" olarak belirlenmeleri konusunda ciddi tartışmalar sürdürülmektedir.

Ülkemizde tıbbi araştırmaların önemli bir bölümü çocuklar üzerinde yürütülmekle birlikte, kavramsal düzeyde yapılan yukarıdaki tartışmaların benzerlerine rastlamak pek olanaklı değildir. Kuşkusuz bu olgunun, toplumumuzda "sağlık", "hastalık", "hekim" ve "araştırma" kavramlarının algılanma biçimi, çocuk sağlığına verilen değer, çocuğun karar süreçlerine katılımına ilişkin düşünce sistemi, ana-baba ve hekimin otorite olarak görülmesi gibi kültürel dayanakları da vardır. Dolayısıyla, varolan yasal düzenlemelerin değişmesi de, bunlara koşut olarak zaman almaktadır; örneğin, 18 yaşın altındaki çocukların tıbbi kararlara katılması konusunda bir yasal düzenleme yoktur ve yalnızca ana-babalar ve yasal vasiler karar organıdır. Genel olarak hekimler ve özellikle de çocuk hekimleri açısından durum pek farklı değildir. Paternalistik hekim-hasta ilişkisinin halen egemenliğini sürdürdüğü ülkemizde "hasta hakları" ve "çocuk hakları" kavramları son zamanlarda gündeme gelmeye başlamıştır. Temelinde hastaya yararlı olma ilkesinin yer aldığı paternalistik hekim-hasta ilişkisinden, özerkliğe saygı ilkesinin önde geldiği karşılıklı katılıma dayalı hekim-hasta ilişkisine doğru bir değişimin ipuçları ülkemizde de ortaya çıkmaktadır. Öte yandan sağlık hizmetlerine ulaşma ve onlardan yararlanma açısından fırsat eşitsizliğinin giderek arttığı göz önünde bulundurularak, öncelikle "çocukların sağlık hakkı"nın savunulması gerektiği söylenebilir. Başta "çocukların sağlık hakkı" olmak üzere, "hastanede yatan çocukların hakları" ve "tedavi ve araştırma süreçlerinde çocukların hasta ve denek olarak hakları"nın savunulması ve çocukların kendi sağlıklarıyla ilgili kararlara yeterlikleri ve gelişmişlikleri ölçüsünde katılımlarının sağlanması konusunda hekimler, tüm sağlık çalışanları ve ana-babalara önemli görevler düşmektedir. Bu tez kapsamında yer alan konuyla ilgili tartışmaların yanı sıra, çocuklar üzerindeki tıbbi araştırmalarda kullanılmak amacıyla düzenlenen ve pediyatristlere önerilmesi düşünülen aydınlatılmış onam formunun, adı geçen sürece somut bir katkıda bulunması da beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: "Çocukluk" kavramı, çocuk gelişimi, çocuk deneklerin hakları, tıbbi araştırma, tıbbi etik.

SUMMARY

Evaluation of Medical Researchs on Children in respect of Ethics

The purpose of this thesis study is to evaluate medical researchs on children in respect of patient and subject rights under the light of basic principles of bio-ethics, by considering the differences between children and adults, to determine problem areas peculiar to Turkey and to discuss the suggestions intended to develop principles which may form basis for applications.

The "scientific-experimental medicine concept", today's dominant paradigm in the evolution of the medicine, forces the scientific researches which cover animal and man subjects as well as laboratory experiments to develop the scientific knowledge in the medicine and use it for the benefit of man. Accordingly, it is necessary to conduct medical researchs also on children who show great differences from adults in regard of bio-psycho-social aspects and who can not be qualified as "miniature adults". Clinical researchs which involve children affect the development of medical concept positively, as they ensure a general increase in the knowledge on paediatrics and they contribute to rise the clinical application quality as well as they bring into question many discussion issues related with ethic problems. However, it is essential to protect and develop basic rights such as "respect for life", "human rights", "patient rights", "subject rights" and "child rights" against the necessity for the execution of researchs on children and the power of the huge technological possibilities owned by humankind today. International instruments prepared to protect patient and subject rights and to ensure the conformity of medical researchs to ethic principles and which form "the conscience of the scientific community" are of guiding quality for researchers. The concepts of "child", "respect for infant", "child rights", "health right", formed by the modern society and the system of values on which such concepts are based also form a basis to evaluate the researchs on children ethically.

Children who are more defenseless in respect of being subjected to violations of patient and subject rights compared to the individuals defined as "adult" and "normal" are placed in the risk groups including old people, prisoners, psychiatric patients, HIV (+) individuals and Hepatitis B carriers. On the other hand, in respect of the treatment of a child and his/her participation in a medical research, the relationship between "the physician and the patient" or "the researcher and the subject" gains a different dimension and turns into a trio relationship in the form of "physician-child-parent/custodian" or "researcher-child-parent/ custodian". Ethic problems arising from the researchs on children due to the mentioned basic differences bring new discussion issues into question.

Informed Consent is one of the basic components of the daily medical applications and an essential condition for medical research. Children self determination and capacity are the first issues of argument. Accordingly, which criteria would be used to obtain a valid approval, who would evaluate an children capacity and how it would be evaluated, problems concerning documentation, parental authority influencing on children self-determined decision making and the guidance of the physician are leading issues argument related with cleared approval in paediatric applications. There are differences between countries in the age and capacity level at which an children approval would be valid. Although 0-18 year-old individuals are legally defined as "child" and mentioned not to be able to give a legally valid approval, it is found proper for children under 18 years old to participate in decision making process in proportion to their capacity levels to accept or refuse to take part in medical treatments or researches. Age limits in different countries for the children to participate in decision making process on medical applications intended for them vary between 12-16 and proper legal arrangements are being conducted accordingly.

It is a view agreed upon that children are individuals who must be protected, respected, developed and most importantly must not be hurt. However, basing on the understanding of protection children from damage, the traditional opinion which suggests not to make any researchs on them has changed today and the tendency to support the participation of children in researchs has increasingly spread out, by considering the potential benefit as well as potential damage. Depending on the subject-matter change, evaluation of benefit-harm and risk has gained a determinative significance in paediatric researchs . Accordingly, determinations of benefit-harm balance, different evaluation criteria used in this

determination, examination of the benefit and harm in respect of intended target (child as an individual, a specific child group or all the children in general), positions of parents and/or researchers as "decision makers for children" in respect of benefit-harm, functions of ethic boards, criteria of acceptance of a proposed research project as a "valuable research" in regard of paediatrics are handled in various aspects.

One of the two important criteria in the examination of the contribution of clinical researchs to the development of paediatrics is the scientific value of the study and the other is its ethic defensibility. Certain standards are required in order to conduct a research which includes both criteria which can not be evaluated separately, although they seem to be different problem areas. These standards which are most argued except "the approval capacity of a child" include the concepts of "minimal risk", "best interest of a child", "daily living risk". As the mentioned standards are minimum criteria for the acceptability of the researchs , serous discussions are maintained to determine them as "standards".

Although an important portion of medical researchs in our country are conducted on children, it is rarely seen similar discussions to those mentioned above which are conducted at conceptional level. There is no doubt that this fact has cultural bases such as the perception form of the concepts of "health", "disease", "physician" and "research", the value given to children health, the thought system related with children participation in decision making processes, supposing parents and physicians as an authority. Therefore, it takes time to make changes in existing regulations accordingly; for example, there are no regulations for the children under 18 years old to take part in medical decisions and only the parents and legal custodians are decision making bodies. It is not much different in respect of physicians generally and paediatrists specially. The concepts of "child rights" and "patient rights" have been recently started to come into question in our country where a paternalistic physician-patient relationship is still dominant. The clues of a change from a paternalistic physician-patient relationship based on the principle of being useful to the patient towards a physician-patient relationship based on a mutual participation where respect for self-determination comes first have started to bee seen in our country as well. On the other hand, it may be said that first the "children health rights" should be defended, by considering that the disparity of opportunity in respect of access to and utilization of health services have been increasing day by day. All the physicians, all the employees in health services and all the parents have important duties to defend first "children health rights" then the rights of in-patient infants and "the rights of children as patients and subjects in treatment and research processes" and to ensure the participation of the children in any decision related with their health in proportion to their capacities and their development. It is expected that the informed Cousent form prepared to be used in medical researchs on children and thought to be proposed to paediatrists as well as the subject-related discussions included in the scope of this thesis should contribute to the mentioned process.

Key Words: Concept of "childhood", development of child, rights of child subjects, medical researchs, medical ethics.

KAYNAKLAR

AÇIKALIN, N. (1997). Bilimsel Yöntemde İdeolojik Etkenler. *Bilim, Bilim Politikası ve Üniversiteler*. Yayına Hazırlayan: E. Akalın,H. Aydoğdu, R. Sarıoğlu. 1. Baskı. İstanbul. Bağlam Yayınları. s. : 145-146

ADIVAR, A. (1991). Osmanlı Türklerinde İlim. 5. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi. s. : 189 – 192

ADIVAR, A. (1994). Tarih Boyunca İlim ve Din. 5. Baskı. İstanbul. Remzi Kitabevi.

AKARSU, B. (1982). Ahlak Öğretileri. 3. Basım. İstanbul. Remzi Kitabevi.

AKARSU, B. (1994) Çağdaş Felsefe-Kant'dan Günümüze Felsefe Akımları. 3. Baskı. İstanbul. İnkilap Kitabevi. s.: 29-31

AKŞİT, B. (1992). "Medikal Araştırmalarda Etik" Konusu Üzerine Bazı Görüşler ve Tartışma Noktaları. *Türk Tabipleri Birliği Sağlık Kongresi*. Ankara, **1**: 140-145.

AKŞİT, B.T. (1997) Medikal Araştırmalarda Bazı Etik Sorunlar. *Etik Bunun Neresinde!*.Yayına Hazırlayan· Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayınları. s. : 175-187

ALAÇAM, E. (1995). Bilimsel Etkinlik ve Yayım. Ankara. TÜBİTAK Yayınları. 1. Bölüm.

ALDERSON, P. (1992). Did Children Change, or the Guidelines? *Bull. Med. Eth.* **August:** 21-27

ALDERSON, P. (1993). European Charter of Children's Rights. *Bull. Med. Eth.* **92:** 13-15.

AMATO, Z., ŞEMİN, S., CİVANER. M., DEMİRAL, Y. (1998). Bilim, Araştırma ve Etik. *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri* Ed. S.Ş. Pelin, B. Arda, G. Özçelikay, A. Özgür, F. Çay Şenler. Ankara, YÖK Matbaası, s: 9-14

Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi. (1988). İstanbul , Ana Yayıncılık. **8** : 248-255

Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi. (1988). İstanbul , Ana Yayıncılık, **9** : 153, 357,375.

ARDA, B. (1993). Batı Ortaçağı'nda Hastalık Kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.

ARDA, B. (1994). Bilimsel Araştırmalar ve Etik. *T. Klin, Tıbbi Etik*, **2:**141-143

ARDA, B. (1996). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Etik. Ankara Tabip Odası Hastane Toplantısı Sunuşu. S.B. Ankara Hastanesi Konferans Salonu.

ARDA, B. (1998) Yayın Etiği. *Klinik Araştırmaların Tasarım, Yürütme, Sunum İlkeleri ve Kalite Kontrolü*. Ed. H.Gökçora, Y. Gökçe Kutsal. s: 75-84

ARDA, B. (1997). Bilim Etiği. *Bilim, Bilim Politikası ve Üniversiteler*. Yayına Hazırlayan: E. Akalın, H. Aydoğdu, R. Sarıoğlu. 1. Baskı. İstanbul. Bağlam Yayınları. s. : 95-96

ARNOLD, L. E. (1993). A Comparative Overview of Treatment Research Methodology Adult vs. Child and Adolescent, Psychopharmacological vs. Psycosocial Treatments. *Psycho pharmacol. Bull.* **29:** 5-17.

ARNOLD, L. E. (1993). Design and Methodology Issues for Clinical Treatment Trials in Children and Adolescents. *Psychopharmacol. Bull.* **29:** 3-4.

ATABEK, E. (1994). Çocuklar, Büyükler ve Tavşanlar. 1. Baskı, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.

ATAUZ, S. (1996). Türkiye'de Çocuk ve Sorunları. Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi. İstanbul. İletişim Yayınları **12:** 294-302.

AYHAN, İ.H. (1998). İyi Klinik Uygulamalar. *Klinik Araştırmaların Tasarım, Yürütme, Sunum İlkeleri ve Kalite Kontrolü* Ed. H.Gökçora, Y. Gökçe Kutsal. s.: 3-8

AYKAÇ, M. (1984). Hekimlerin Hukuki Sorumlulukları. *İstanbul Tıp Fak. Mecm.* **47**: 585-590.

BALTAŞ, Z., BALTAŞ, A. (1991). Kolej ve Anadolu Liselerine Giriş Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Duygusal İstismarı. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 171-198.

BANKOWSKİ, Z. (1993) International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva. Switzerland. Prepared by the CIOMS and WHO. s.: 20-21.

BAŞARAN, F. (1992). Psiko- Sosyal Gelişim. 2. Baskı. Ankara Üniversitesi Basımevi

BATUHAN, H. (1996). Bilim ve Şarlatanlık. 3. Baskı. İstanbul. Yapı kredi Yayınları.

BAYER, R. (1996). Rethinking The Testing of Babies and Pregnant Women for HIV Infection. *Journal of Clinical Ethics.* **7 (1):** 85-86.

BAYET, A. (1982). Bilim Ahlakı. 2. Baskı. İstanbul. Say Kitap Pazarlama, s.: 12.

BAYRAKTAR, K. (1992). Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu. (Doktora Tezi). İstanbul. İ.Ü. Hukuk Fakültesi Yayınları No: 391, Sermet Yayınevi.

BENJAMİN, W. (1982). Estetize Edilmiş Yaşam. Ankara, Dost Kitabevi Yayınları, s.:143.

BERGER, J. T., ROSNER, F., FARNSWORTH, P. (1996). The Ethics of Mandatory HIV Testing in Newborns. *The Journal of Clinical Ethics.* **7 (1):** 77-84.

BERNARD, C. (1934). Tıpta Tecrübe Usulünün Tetkikine Giriş. İstanbul Devlet Matbaası. S. :

BERNSTEİN, J. (1983). Einstein. 2. Baskı. İstanbul. Yazko Bilim Dizisi. s: 20-21

BEYAZOVA, U. (1997). Çocuk Sağlığı ve Geleneksel Yaklaşımlar. *Çocuk Kültürü.* Yayına Hazırlayan: B. Onur. Ankara. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. s. : 406-415

BEYAZOVA, U. (1999). Cumhuriyetimizin 75. Yılında Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Bakış. *Cumhuriyet ve Çocuk.* (2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi). Yayına Hazırlayan, B. Onur. Ankara. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. s.: 366-371.

BİLGE, N. (1975). Hukuk Başlangıcı Dersleri. Ankara Üniversitesi Hukuk Fak. Yayınları No: 358. Sevinç Matbaası. s: 1-3.

BİLİR, Ş., ARI, M., DÖNMEZ, N. B., GÜNEYSU, S. (1991). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 45-53.

Bin Yıl Kapanırken Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu (1999). Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Raporu.

Bull. Med. Eth. (1995). Forcing Investigation on a Child (News). **February:** 3-4.

Bull. Med. Eth (1996) Revised Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. **114:**8-10

Bull. Med. Eth. (1997). Neonatal Erythropoietin Again (News). **July:** 6.

Bull. Med. Eth. (1997) Using Orphans as Research Subjects (News). **July**: 6-7.

CENANİ, A. (1988). Pediyatri. *Dünyada ve Türkiye'de 1850 Yılından Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi.* Ed.: E. K. Unat. İstanbul. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayını. s.: 356-361.

CİN, Ş., KÖKSAL, Y. (1999) Cumhuriyetimizin 75. Yılında Pediatride Tedavi Hizmetlerindeki Gelişmeler. *Cumhuriyet ve Çocuk.* (2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi). Yayına Hazırlayan: B. Onur. Ankara. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. S.: 359-365.

CLAYTON, E. L. (1997). Genetik Testing in Children. *The Journal of Medicine and Phlisophy.* **22:** 233-251.

Cumhuriyet Bilim Teknik (1999). Jean Piaget Öğrenmenin Gizini Keşfetti. İstanbul. **644**: 17-18

CÜCELOĞLU, D. (1994). İnsan ve Davranışı. 5. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi. Bölüm 10.

ÇALIŞLAR, A. (1991). Felsefe Sözlüğü. 1. Basım. İstanbul. Cem Yayınevi, s.: 99.

ÇELEN, N. (1997). 12-15 Yaş Grubunun Çocuk Hakları Konusundaki Tutumları. *Çocuk Kültürü-1. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri* Yayına Haz. B. Onur. Ankara, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları s: 353-376.

ÇERVATOĞLU GEYRAN, P., UYGUR, N. (1995). Çocuk Cinsel İstismarı. *Türk Psikiyatri Dergisi,* **6 (4):** 297-300

Çocuklar ve Gündem 21 (1997). Çev. S. Arıt. 2. Basım. TÜBİTAK-TEMA Vakfı Yayınları

DAVIS, D. S. (1996). Mandatory HIV Testing İn Newborns: Not Yet, May be Never. *The Journal of Clinical Ethics* 7 **(2):** 191-192.

DAY, R.A. (1998), Bilimsel Bir Makale Nasıl Yazılır ve Yayımlanır? 4. Baskı, Ankara, TÜBİTAK Yayınları.

ELKIND, D. (1999). Çocuk ve Toplum. Yayına Hazırlayan: B. Onur. 1 Baskı. Ankara. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. s. : 27-45

ERDÖNMEZ, C.(1997). Toplumsal Değişim ve Bilim. *Bilim, Bilim Politikası ve Üniversiteler.* Yayına Hazırlayan: E. Akalın, H. Aydoğdu, R. Sarıoğlu. 1. Baskı, İstanbul. Bağlam Yayınları. s.: 222

ERHAT, A. (1978). Mitoloji Sözlüğü. 2. Basım, İstanbul Remzi Kitabevi, s.: 108, 246-247

ERKANAL, H. (1997). Eski Mezopotamya'da Çocuk Eğitimi. *Çocuk Kültürü.* Yayına Hazırlayan. B. Onur. Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. s. : 58-62

ERKMAN, F. (1991). Çocukların Duygusal Ezimi. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 163-168.

ERSOY, T. (1996). Tıp Tarih Metafor. 2. Baskı, Ankara, Öteki Yayınevi.

ERTEM, İ. (1999). Çocuğun Sağlık Hizmeti Hakkı. *Dünya Hekimler Birliği Ottowa Bildirgesi (Kanada Ekim 1998).* Ankara.

FİDANER, C. , FİDANER, H. (1987). Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri. Ankara. Ankara Tabip Odası Yayınları.

FİLİPOVİÇ, Z. (1999). Zlata'nın Günlüğü. 2. Baskı İstanbul. Papirus Yayınları.

FRANK, A. (1996). Anne Frank'ın Hatıra Defteri, 7. Baskı İstanbul. Papirus Yayınları.

FRANKLIN, B. (1993). Çocuk Nedir? *Çocuk Hakları.* Der: B. Franklin. 1. Baskı. İstanbul. Ayrıntı Yayınları.

FREEDMAN, B. FUKS, A. WEIJER, C. (1993). In Loco Parentis. Minimal Risk as an Ethical Thereshold for Upon Children. *Hasting Center Report.* **23 (2):** 13-19.

GANDER, M. J, GARDİNER, H. W. (1995). Çocuk ve Ergen Gelişimi. Yayına Hazırlayan: B. Onur. 2. Baskı; Ankara.

GECTAN, E. (1984). Psikanaliz ve Sonrası. 2. Baskı, Ankara, May Yayınları. Bölüm: 1

GEÇTAN, E. (1984). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. 3. Baskı, Ankara. May Yayınları, Bölüm : 3

GORDON, V. M., BONKOVSKY, F. O. (1996). Family Dynamics and Children in Medical Research. *The Journal of Clinical Ethics.* 7 **(4):** 349-354.

GÖKBERK, M. (1990). Felsefe Tarihi. 6. Basım. İstanbul. Remzi Kitabevi.

GÖKSEL, F. A. (1996). Freud. *Tıp Tarihi Dersi.* A.Ü.T.F. Deontoloji AD 1995 – 1996 Yaz Yarı Yılı Programı.

GÖKSEL, F.A. (1980). Tıp Tarihinde Yöntem. Psikiyatri Bülteni. **1:1.** s.:5-23.

GÖKSEL, F.A. (1986). Deontoloji Repetitoryumu. A.Ü. T. F. Ankara.

GÖKSEL, F.A. (1993). Tıp Dünyamızda Yeni bir Gereksinim: Mesleki Değerler Forumu. *T. Klin. Tıbbi Etik* **1:1:**1-4.

GÖKSEL, F.A. (1996). Etik Çalışmalarında Metodoloji. A.Ü. Eczacılık Fakültesi, Konferansı.

GÖKSEL, F.A. (1996). Etik Çalışmalarında Metodoloji. Konferans. A.Ü. Eczacılık Fakültesi.

GÜÇ, O. (1998). Klinik Araştırmaların Etik Boyutu. *Klinik Araştırmaların Tasarım, Yürütme, Sunum İlkeleri ve Kalite Kontrolü* Ed. H.Gökçora, Y.Gökçe Kutsal. s: 21-25

GÜNÇE, G. (1991). Çocuğun Cinsel İstismarı. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 125-135.

GÜVENÇ, B. (1991). İnsan ve Kültür, 5. Basım, İstanbul. Remzi Kitabevi s: 74.

GÜVENÇ, B. (1997). Çocuk ve Kültür. *Çocuk Kültürü-1. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Bildirileri* Yayına Hazırlayan: B. Onur, Ankara, A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, s: 15-30.

HALL, D. (1991). The Research Imperative and Bureaucratic Control: The Case of Clinical Research. *Soc. Sci. Med.* **32 (3):** 333-342.

HANÇERLİOĞLU, O. (1977). Felsefe Ansiklopedisi.- Kavramlar ve Akımlar. 2. Cilt. İstanbul. Remzi Kitabevi. s. : 202

HARRİS, J. (1998). Hayatın Değeri-Tıp Etiğine Giriş. 1. Baskı. İstanbul. Ayrıntı Yayınları.

HATUN, Ş. (1995). Hasta Hakları Hepimizin Hakları. Ankara, *TÜBİTAK Bilim ve Teknik*, **336:** 54.

HATUN, Ş. (1995). Hasta Hakları Temel Belgeler. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayını.

HATUN, Ş., (1997). Çocukların Sağlık Hakkı. *Etik Burun Neresinde!* . Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını. s.: 67-74.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (1999). Türk Tabipleri Birliği Yayını.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.

KADIOĞLU, F. G. T. (1996). Araştırma Etiği Konusunda Dişhekimlerinin Değer Sistemleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi.

KADIOĞLU, F. G. T. (1996). Etik Açıdan Tıp Araştırmalarında Problem Seçimi. *T. Klin. Tıbbi Etik.* **4:**131-133

KAĞITÇIBAŞI, Ç. (1988). İnsan ve İnsanlar. 8. Baskı, İstanbul. Evrim Basım Yayım Dağıtım. Bölüm. 8

KAĞITÇIBAŞI, Ç. (1994). Türkiye'de Değişen Aile ve Çocuğun Değeri *Toplumsal Tarihte Çocuk* Yayına Hazırlayan B. Onur, İstanbul. Tarih Vakfı Yurt Yayınları. s: 31-38.

KALAÇA, Ç. (1996). Sağlık Hakkından Hasta Haklarına. Ankara. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik* **338:** 38-41.

KALAÇA, Ç. (1997). Hasta Hakları. *Etik Burun Neresinde!* Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını. s.:35-52

KANSU, E. (1996). Yayın Etiğinde Editörün Sorumlulukları. *TÜBİTAK Yayın Etiği Sempozyumu*, Ankara. TÜBİTAK Yayını s: 50-57

KARAKAŞ, S. (1997). Bilimsel Psikoloji Temel İlkeler. 2. Basım. Ankara. Türk Psikoloji Derneği Yayınları. s. : 2-22

KARASAR, N. (1998). Araştırmalarda Rapor Hazırlama. 9. Basım, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım. 1. Bölüm.

KARASAR, N. (1998). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 8. Basım. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.

KARSZ. F. (1996). Yayın Etiği ve Temel Bilimler. TÜBİTAK Yayın Etiği Sempozyumu, Ankara. TÜBİTAK Yayını s: 24-37

KAUFFMAN, R. E. , KEARNS, G. L. (1992). Pharmacokinetic Studies in Paediatric Patients Clinical and Ethical Considerations. *Clin. Pharmacokinet.* **23 (1):** 10-29

KAYA, S., DİLMEN, U., TOPPARE, MF., ŞENSES D.A., KİTAPÇI, F. (1996). Respiratuvar Distres Sendromunda Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Yeni Tıp Dergisi,* **13:6:**370-372

KAYAALP, O. (1996). Kilinik Farmakolojisinin Esasları ve İnsandaki İlaç Araştırmaları ile İlgili Resmi Düzenlemeler. Feryal Matbaacılık.

KEMAHLI, A. S. (1979). Hekimlik Görevleri Tüzüğü. *Toplum ve Hekim.* Ankara, **14:** 56-54

KESSEL, R. (1993). In the U. K., Children Can't Junt Say No. *Hasting Center Report.* **23 (2):**20-21.

KILIÇOĞLU, A. (1996). Hekimin Hukuksal Sorumluluğu, *T. Klin. Tıbbi Etik,* **4: 1**: 9-11.

KOPELMAN, L. M. (1997). Children and Bioethics: Uses and Abuses of The Best-Interests Standard. *The Journal of Medicine and Philosophy.* **22:** 213-217.

KOREN, G. CARMELİ, B. CARMELİ, Y. S. HASLAM, R. (1993). Maturity of Children to Consent to Medical Research: The Babysitter Test. *Journal of Medical Ethics.* **19:** 142-147.

KOYRE, A. (1994). Yeniçağ Biliminin Doğuşu 2. Basım, Ankara, Gündoğan Yayınları. s: 71

KÖKÜÖZ, A.N. (1995). Etikten Hukuka Hasta Hakları. Ankara.*TÜBİTAK Bilim ve Teknik* **336:**50-55.

KUÇURADİ, İ (1994). Uludağ Konuşmaları, 2. Baskı, Ankara. Türkiye Felsefe Kurumu Yayını s: 21

KUÇURADİ, İ. (1988). Etik. 1. Baskı. Ankara, Meteksan Basımevi, s: 4-12.

KUÇURADİ, İ. (1998). İnsan ve Değerleri. 1. Baskı, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yayını.

KUHN, T.S. (1991). Bilimsel Devrimlerin Yapısı. 3. Baskı. İstanbul, Alan Yayıncılık.

KUTLAY, N. (1996). Etik ve Hukuk Yönüyle Deney Hayvanları *T. Klin. Tıbbi Etik* **4:3:**122-127.

LAU, Y. L., YEUNG, C. Y. (1992). Parental Perception of the Effect of Venepuncture in Preschool Children in Non-therapeutic Research. *J. Paediatr. Child Health.*. **28:** 294-296

LUKES, S. (1998). Marksizm ve Ahlak. 1. Basım. İstanbul. Ayrıntı Yayınları. s: 55-93.

LYNCH, M. (1991). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 37-44.

MAGEE, B. (1982). Karl Popper'in Bilim Felsefesi ve Siyaset Kuramı. 1. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi.

MAKARENKO, A. (1987). Çocuk Eğitimi. 1. Baskı. İstanbul. Sorun Yayınları. s.:5

MANDIRACIOĞLU, A. (1995). Epidemiyolojik Çalışmalarda Etik. *T. Klin. Tıbbi Etik* **3:1:**23-26.

MAVİLİ AKTAŞ, A. (1997). Aile İçi Şiddet ve Önleme Yolları, Ankara, Somgür Yayıncılık, s: 101

MEDAWAR, P.B. (1994). Genç Bilim Adamına Öğütler. 2. Basım. Ankara. TÜBİTAK Yayınları

MILLER, J. (1993). Reflection on Research Involving Children. National Council on Bioethics in Human Research. Canada.

MILLIKEN, A. D. (1993). The Need for Research and Ethical Safeguards in Special Populations. *Can J. Psychiatry.* **38:** 681-685.

MOODİE, P. (1992). The Role of Local Research Ethics Committees. *BMJ.* **304 (2):** 1129-1130.

MORGAN, C. T. (1993). Psikolojiye Giriş. Yayına Hazırlayan : s. Karakaş. 10. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Bölüm : 3-4

NAMAL, A. (1997). Etikten Soyutlanmış Bilim İnsanlığa Hizmet Edemez. *Nürnberg Mahkemelerinin 50. Yılında Tıpta ve Biyoteknolojide Etik Kodlar Birinci Dünya Konferansı (12-15 Ekim 1997 Freiburg- ALMANYA) İzlenimlerden Özetler.*

NASUHİOĞLU, İ. (1974). Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış. Diyarbakır Tıp FakültesiYayınları.

NEYZİ, O; KOÇ, L. (1983). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul. İstanbul Tıp Fakültesi Vakfi-Bayda yayını. **1:** 21-26.

NICHOLSON, R. H. (1986). Medical Research With Children: Ethics, Law, and Practice. (The Report of an Institute of Medical Ethics Working Group on The Ethics of Clinical Research Investigations on Children). New York. Oxford University Press.

NUTTALL, J. (1997). Ahlak Üzerine Tartışmalar. 1. Basım. İstanbul. Ayrıntı Yayınları.

OATES, K. (1991). Çocukların Cinsel İstismarının Kalıcı Etkileri. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 137-146.

OĞUZ, N.Y. (1994). Psikiyatride Onam ve Aydınlatılmış Onam. Etik, Hukuk ve Bilim Açısından. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara.

OĞUZ, N.Y. (1997) Giriş. *Etik Bunun Neresinde!* Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını. s.: 9.

OĞUZ.N.Y. (1997) Tıp Etiğinde Temel İlkeler. *Etik Bunun Neresinde!* Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını. s.:27-34.

ONAT, A., YAZICI, H. (1996). Türkiye'de Bilimsel Yayınların Günümüzdeki Durumu. *Tıpta Bilimsel Yazım, Editörlük ve Denetleme.* Ankara. TÜBİTAK Yayınları. s: 39-46.

ÖRS, Y. (1978). Claude Bernard: Son Role dans l'Evolution de la Médecine Scientifique. *Clio Medica;* **13: 1:** 63-79

ÖRS, Y. (1980). Tıp Evrimi. *Ege Ü. Tıp Fak. Dergisi.* **19: 3:** 531-542.

ÖRS, Y. (1982). Tıp ve Evrimi. *Bilim ve Teknik.* **15: 178:** 1-3.

ÖRS, Y. (1985). Tıp ve Etik. *Tıp Dünyası.* **1-2:** 32-41.

ÖRS, Y. (1995) Gelişmekte Olan Bir Kavram: Biyoetik Barış ve Çevre Kültürü NÜSED Yayını. s.: 130-160. (İstanbul Konukevi Çevresinde Yapılan Konuşma: 23.11.1990).

ÖRS, Y. (1991) Felsefede Ne, Neden, Nasıl? *Felsefe Tartışmaları.* 10. Kitap. s.: 88-106.

ÖRS, Y. (1992). Felsefe de "Kanatsız Spiritler" ya da Geleneksel Felsefenin Çıkmazı. *Felsefe Tartışmaları.* 11. Kitap. s.: 106-120.

ÖRS, Y. (1993) Tıpta Etik ve İnsan Hakları. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi* **1: 3:** 270-277.

ÖRS, Y. (1993) Felsefe Üzerine Çeşitlemeler. *Felsefe Tartışmaları.* 14. Kitap. s.: 129-137.

ÖRS, Y. (1999) Evrim, "Postmodernizm" ve Düşünce Salataları.*Bilim ve Ütopya.* **56:** 32-36.

ÖZGÜR, S. (1995). Bilim Etiği. *T. Klin. Tıbbi Etik* **3:2-3:** 53-58.

ÖZSUNAY, E. (1994). Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsanın Onurunun Korunması Hakkında Sözleşme Tasarısı.

ÖZTÜRK, H. (1996). Claude Bernard ve Tıbbın Evrimi. AÜTF Deontoloji AD. Tıp Tarihi Sunuşu.

ÖZTÜRK, H. (1996). Tıp Düşüncesinin Evrimi. AÜTF Deontoloji AD. Tıp Tarihi Sunuşu.

ÖZTÜRK, H. (1997) Etik Alanında Temel Yaklaşımlar. *Etik Bunun Neresinde!.* Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını, s.: 15-25.

ÖZTÜRK, H. (1997). Etik Işığında Sağlığa İlişkin Kavramlar. *Etik Bunun Neresinde!.* Yayına Hazırlayan: Ankara Tabip Odası Etik Bürosu. Ankara Tabip Odası Yayını, s.:155-158.

Patients Rights (1983). A. Guide for NHS Patients and Doctors. National Consumer Council-London P: 33-38

POLAT, O. (1997). Çocuk ve Hakları. İstanbul. Analiz Yayınları.

POLAT, O. (1997). Çocukta Dayağa Hayır. Analiz Yayınları, s.: 22

POLAT, O. (1998). Çocuk İstismarı Nedir? *Çocuk Forumu*, İstanbul. **1:2** Temmuz eki

POSTMAN, N. (1995). Çocukluğun Yokoluşu.1. Baskı. Ankara. İmge Kitabevi.

PRATT, C. B. (1991). The Conduct of Phase I-II Clinical Trials in Children With Cancer. *Medical and Pediatric Oncology.* **19:** 304-309

PÜSKÜLLÜOĞLU, A. (1997). Arkadaş Türkçe Sözlük. 2. Baskı. Ankara. Arkadaş Yayınevi.

REİCHENBACH, H. (1993). Bilimsel Felsefenin Doğuşu. 2. Basım. İstanbul. Remzi Kitabevi. s. 28-32.

Resmi Gazete (27 Ocak 1995 tarih ve 22184 sayı).

RIVERO, A.P. (1992) United Nations Convention on the Rights of the Child and its Application to Health Care. Saint-Vincent Symposia on Frends in Ethics and Health Care "Protection of Children's Rights in Health Care Systems"

ROBINSON, W. (1996). Commentary on "Family Dynamics and Children in Medical Research". *The Journal of Clinical Ethics.* 7 **(4):** 362-364.

ROBİNSON, V. (1993). The Story of Medicine. The New Home Library. New York.

RUACAN, Ş. (1996) Evrim ve Kanser. *Bilim ve Ütopya* **56:**30-31

RUSSELL, B. (1990). Din ile Bilim. 5.Basım. İstanbul, Say Yayınları.

RUSSELL, B. (1994) Batı Felsefesi Tarihi II. 4. Basım, İstanbul, Say Yayınları.

RUSSELL, B. (1994) Batı Felsefesi Tarihi III. 4 Basım, İstanbul. Say Yayınları, s: 191.

RUSSELL, B. (1995). Sorgulayan Denemeler. 2. Basım. Ankara TÜBİTAK Yayınları

SABUNCUOĞLU, O; YAZGAN, Y.; BERKEM, M. (1998) Travmaya Uğramış Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Araştırmada Etik Sorunlar *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri* Ed. S.Ş. Pelin, B. Arda, G. Özçelikay, A. Özgür, F. Çay Şenler. Ankara, YÖK Matbaası, s: 193-196

Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? (1992). Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Raporu.

SALİNGER, V.D. (1989). Titrek Bacanak Connecticut'ta. *Titrek Bacanak.* İstanbul. Metis Yayınları s: 9-23.

SARTON, G. (1997) Bilim Tarihinde Yöntem, Ankara. Doruk Yayımcılık s :80

SAYEK, İ. (1998). Araştırma Tasarımı. *Klinik Araştırmaların Tasarım, Yürütme, Sunum İlkeleri ve Kalite Kontrolü* Ed. H.Gökçora, Y. Gökçe Kutsal. s: 9-12

SAYILI, A. (1991). Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi ve Tıp. 3. Baskı. Ankara. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi Yayını.

SAYIN, Ü. (1998). Yaratılmayış. Yaşam Nasıl Başladı? *Bilim ve Ütopya* **52:**26-36

SCHULTZ, K. (1993). In Hungary, Children Help Decide. *Hasting Center Report.* **23 (2):** 21

SELSAM, H. (1995). Din, Bilim ve Felsefe. 2. Baskı. İstanbul. Sarmal Yayıncılık, s: 99.

SERDAROĞLU, Ü. (1996). Eski Çağda Tıp. İstanbul. Eskiçağ Bilimleri Enstitüsü Yayınları.

ŞAHİNOĞLU PELİN, S. (1994). Hekim Andının Evrimi. *T. Klin. Tıbbi Etik* **2:1:**3-4

ŞAHİNOĞLU PELİN, S; OĞUZ, N.Y. (1994). Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu. *T. Klin. Tıbbi Etik* **2:3:** 161-163

ŞEMİN, S. (1997). Bilimsel Araştırmalarda Etik Sorunlar. *Toplum ve Hekim.*, Türk Tabipleri Birliği Yayını **12: 80:** 45-48

ŞENOCAK, Z. (1998). Özel Hukukta Hekim Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kabul Tarihi: 11.4.1928, Karar No: 1219 ı Resmi Gazete 14. 4. 1928-863.

TAN, M . (1994). Çocukluk: Dün ve Bugün. *Toplumsal Tarihte Çocuk.* Yayına Hazırlayan: B. Onur. 1. Baskı. Tarih Vakfı Yurt Yayınları. s. :11-27.

TAN, M. (1997). Çocukluğun Tarihi Araştırmalarında Sözlü Tarih Yaklaşımı ve Sözlü Tarihte Bir Çocuk. *Çocukluk Kültürü.* Yayına Hazırlayan: B. Onur. Ankara. Ankara. Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları. s.: 31-35

TEBER, S. (1999). İnsan Soyunun Suikastçisi. İstanbul, *Cumhuriyet Dergi:* **691:** 1,4-7

TEPE, H. (1992). Etik ve Metaetik. Ankara. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları

TERZİOĞLU, A. (1983). Tıbbi Deontoloji. 2. Baskı, İstanbul, İÜT Fakültesi Yayını, s.:54-55.

The Ethical Conduct of Research on Children, (1991). Medıcal Research Council, Workıng Party On Research On Children. London

The Nuremberg Code. (Human Experiments) (1947)

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960) 13.1.1960 Tarih ve 4/12578 No'lu Bakanlar Kururu Kararı

TINAZTEPE, K. (1996). Türkiye'de Pediatri Alanında Yayın Potansiyeli *Tıpta Bilimsel Yazım, Editörlük ve Denetleme.* Ankara. TÜBİTAK Yayını. s: 19-31

TURA, S. M. (1989). Freud'dan Lacan'a Psikanaliz. 1. Baskı, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, s.:9-56

TURAM, E. (1996). TV'deki Şiddetin Çocuklara Etkileri Üzerine Farklı Bir Bakış. *Cogito,* İstanbul Yapı Kredi Yayınları 2. Baskı, **6-7:** 391-406.

TURAMAN, C. (1996). Sağlık Bilimlerinde Araştırmacının Epidemiyoloji El Kitabı. Ankara. Somgür Yayıncılık.

TÜMAY, S. B. (1948). Çocuk hekimliği Tarihine Genel Bir Bakış. İstanbul. İsmail Akgün Matbaası.

TÜZÜN, B; ELMAS. İ; AKKAY. E. (1998) Çocuklara Yönelik Girişimlerde Etik Bir Sorun: Onam. *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri* Ed. S.Ş. Pelin, B. Arda, G. Özçelikay, A. Özgür, F. Çay Şenler. Ankara, YÖK Matbaası, s: 189-192

UZLUK, F.N. (1958). Genel Tıp Tarihi. Ankara. A.Ü.Tıp Fakültesi Yayını. s.:295.

ÜNVER, S. (1943). Tıb Tarihi. İstanbul Üniversitesi Yayınları.

ÜSTDAL, M., GÜLBAHAR, K. (1997). Bilimsel Araştırma Nasıl Yapılır Nasıl Yazılır. 1. Baskı. İstanbul. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

VALMAN, H.B. (1997). Çocuk İstismarı. *ABC Dizisi 1-7 yaş Çocuk Sağlığı.* Gözden Geçirilmiş 2. Baskı. Turgut Yayıncılık. s.: 125-126.

WHITEHEAD, M. (1992) Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yayını.

WILLIAMS, P. C. (1996). Ethical Principles in Federal Regulations: The Case of Children and Research Risks. *The Journal of Medicine and Philosophy.* **21:** 169-186.

YALIN, A. (1979). Çocuklarda Ölüm Kavramı ve Ölümcül Hastalıkları Olan Çocukların Ruhsal Sorunları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Çocuk sayısı.* **32 :** 449-454

YAZICI, H. (1996). Yayın Etiği Paneli. *TÜBİTAK Yayın Etiği Sempozyumu,* Ankara. TÜBİTAK Yayını s: 84-87

YILDIRIM, C. (1994). Bilim Felsefesi. 5. Basım. İstanbul. Remzi Kitabevi.

YILDIRIM, C. (1994). Bilim Tarihi. 4. Basım. İstanbul. Remzi Kitabevi.

YÖRÜKOĞLU, A. (1981). Gelişim ilkeleri ve Çocuk Ruhsal Gelişimi, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* Yayın Sorumlusu: O. Öztürk, Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. Bölüm: 5.

YÖRÜKOĞLU, A. (1986). Çocuk Ruh Sağlığı. 10. Baskı, Ankara, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

YURDAKÖK, M. (1992). Hacettepe Çocuk Hastanesi Tarihi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Basımevi. s.:3-13.

YURDAKÖK, M. (1992). Kur'an ve Hadislerde Çocuk Sağlığı. Ankara, Altın Kalem Yayınları, s.:75-80.

YURDAKÖK, M. (1994). İslamda Çocuk Hekimliği. Ankara. Öztürk Matbaası s.: 60-63

ZEYTİNOĞLU, S. (1991). Sağlık, Sosyal Hizmet, Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali Sorunu ile İlgili Görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmali* (Çocukların Kötü Muameleden Korunması 1. Ulusal Kongresi, 12-14 Haziran 1989). Der.: E. Konanç, İ. Gürkaynak, A. Egemen. Ankara. Gözde Repro Ofset. s.: 147-162.

EK

ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR İÇİN

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

- Araştırmanın adı:
- Araştırmanın türü:
  a) Tedaviye yönelik araştırma
  b) Tedaviye yönelik olmayan araştırma
- Araştırmanın amacı:
- Araştırmada verilecek tedavi:
- Araştırma sırasında uygulanacak deneysel işlemler:
- Araştırmaya katılacak çocukların yaş grubu:
  a) 0 – 7 yaş b) 7 – 14 yaş c) 14 – 18 Yaş
- Araştırmanın beklenen süresi:
- Araştırmaya katılması öngörülen çocuk sayısı:
- Araştırmanın çocuğa getirebileceği riskler ve rahatsızlıklar:
- Beklenen risk ve rahatsızlığın derecesi:
  a) İhmal edilebilir risk/zarar
  b) Küçük risk/zarar
  c) Orta derecede risk/zarar
  d) Yüksek risk/zarar
- Araştırmanın çocuğa getirebileceği yararlar:
  (Birey olarak çocuk için amaçlanan bir yarar olup olmadığı açık ve anlaşılır bir biçimde anlatılmalıdır).
- Beklenen yararın derecesi:
  a) İhmal edilebilir yarar
  b) Küçük yarar
  c) Orta derecede yarar
  d) Yüksek yarar
- Çocuğa uygulanacak öteki tedavi ya da işlemler; bunların beklenen yarar ve riskleri:
- Araştırmaya katılım nedeniyle zarar görürsem, (ve/veya çocuğum / korumakla yükümlü olduğum çocuk zarar görürse) gerekli tıbbi bakım ve tedavi, sorumlu araştırmacı-hekim ve..... hastanesi tarafından yapılacaktır.

- Araştırmaya katılım nedeniyle yapacağım (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilcinin yapacağı) beslenme, ulaşım, konaklama vs. harcamaları .... tarafından karşılanacaktır.

- Araştırma sırasında tutulan kayıtların ve tıbbi bilgilerin, gerektiğinde araştırmayı inceleyen kurula, araştırmayı destekleyenlere ve resmi kuruluşlara verilebileceğini, araştırmanın sonuçlarının bilimsel toplantılarda duyurulabileceğini ve bilimsel yayınlarda yer almasını kabul ediyorum. Ancak, bunlar sırasında kimliğim (ve/veya çocuğumun / korumakla yükümlü olduğum çocuğun kimliği) kesinlikle gizli tutulacaktır.

- Araştırmanın yürütülmesi sırasında, araştırmayla ilgili herhangi bir konuda ya da haklarım konusunda görüşmek üzere, aşağıda belirtilen kişiyle (özel ya da sürekli doktoru, hemşire, öğretmen, hukukçu gibi) bağlantı kurmam (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilcinin bağlantı kurması) yeterli olacaktır.

  Adı: ..... Telefon: .....

  Adresi: .....

- Araştırmaya katılmayı kabul etmediğim durumda (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilcinin kabul etmediği durumda), varolan öteki tedavileri alma ve/veya daha önceden başlayan tedavinin sürdürülmesini isteme hakkımın olduğunu biliyorum.

- Sorumlu araştırmacı-hekime haber vermek koşuluyla, bu araştırmadan istediğim zaman (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilcinin istediği ve gerekli gördüğü zaman) çekilebileceğimi, bu durumda hiçbir sorumluluğumun olmadığını ve bu kararın, gereken tıbbi bakımı almamı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

- Sorumlu araştırmacı-hekim ya da araştırmayı destekleyen kuruluş, aldığım tıbbi tedavinin yararını artırmak amacıyla ya da araştırma programının yüklediği sorumlulukları yeterince yerine getirmemem nedeniyle, bilgim ve isteğim dışında (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilcinin bilgisi ve isteği dışında) beni araştırmadan çıkarabilir.

- Bu formu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri okudum (ve/veya ana-baba, vasi ya da yasal temsilci okudu). Verilen bilgilerin içeriği ve anlamı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırmayla ilgili bütün sorularıma açık ve doyurucu cevaplar aldım. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğim ya da araştırmadan çekildiğim zaman hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Araştırmaya katılmayı, herhangi bir baskı ya da zorlama altında kalmadan ve gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir örneğini aldım.

Çocuğun Adı: .....

ve/veya

Ana-Babanın/ Vasinin/Yasal temsilcinin Adı: .....

Çocuğun Yaşı: .....

Çocuğun Araştırmaya Katılım Numarası: .....

Yazılı Onam İçin

Çocuğun İmzası ..... Tarih .....

ve/veya

Ana-Babanın/Vasinin/Yasal temsilcinin İmzası ..... Tarih .....

Sözlü Onam İçin

Tanığın Adı:..... İmzası ..... Tarih .....

İhmal edilebilir risk/zarar: Çocuğun günlük yaşamda,rutin fiziksel ve psikolojik muayaeneler ve testler sırasında karşılaşabileceği risk ve zarardan daha fazla olmayan risk ve zarar (davranış gözlemi, gelişmenin değerlendirilmesi, diyet değişiklikleri, kan basıncı ölçümü, hastaya ilişkin tıbbi bilgilerin incelenmesi gibi işlemler).

Küçük risk/zarar: Kısa süreli ağrı, rahatsızlık ve berelenme gibi geçici yüzeysel değişiklikler (kapiller kan örneklemi, venöz ponksiyon ve idrar örneklerinin alınması gibi işlemler).

Orta derecede risk/zarar: Özel hazırlık gerektiren, kısa süreli olmayan ve orta şiddette ağrıya yol açan, sıkıntı ve rahatsızlık veren riskler (arteryel ponksiyon, lomber ponksiyon, supra pubik aspirasyon, idrar sondası takılması, timpanosentez gibi girişimler).

Yüksek risk/zarar: Özel hazırlık gerektiren, çok şiddetli ağrı, büyük sıkıntı, gerginlik ve duygulanım bozukluğuna yol açan riskler (böbrek biyopsisi, pankreatik biyopsi, kardiyak kateterizasyon, juguler veröz pletismografi gibi girişimler).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ