

Tüberküloz Kontrolünde Etik Sorunlar

Ethical Issues in Tuberculosis Control

Osman Elbek

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Özet
Abstract

Tüberküloz, Dünya Sağlık Örgütü'nün de tanımladığı gibi büyük bir küresel halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Öte yandan dünyada tüberküloz insidansı hedeflenenden daha yavaş düşmekte ve 2015 için öngörülen hedeflere küresel düzeyde ulaşamayacağı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüberküloz kontrolünde belirlenen hedeflere ulaşılamamasının nedenleri "kaynak kısıtlamaları", "çatışma-istikrarsızlık" ve "yaygınlaşmış HIV salgınları"dır. Bu makale, tüberküloz kontrolünde etik bir tartışmayı sürdürmeyi hedefleyerek, Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde şekillenen tüberküloz kontrol politikasını ve bu politikanın başarısızlık nedenlerini sorgulamayı amaçlamaktadır. Makale kapsamında tüberküloz kontrolü kavramı felsefi bağlamda ve makro politika düzeyinde; sağlık çalışanlarının tüberküloz hastalarına olan yaklaşımı ise meslek etiği bağlamında ve mikro düzlemde sorunsallaştırılmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Tüberküloz, doğrudan gözetimli tedavi, kapitalizm, yoksulluk, eşitsizlik, ayrımcılık

Geliş Tarihi/Received: 14.01.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03.02.2014 **Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 11.07.2014

Tuberculosis remains a major global public health problem as also defined by the World Health Organization (WHO). On the other hand, the incidence of tuberculosis worldwide decreases at a lower rate than the intended targets, and it is seen that the targets set for 2015 will not be achieved at the global level. According to the WHO, failure to achieve the targets in tuberculosis control results from "resource constraints", "conflict and instability" and "generalized human immunodeficiency virus epidemics". This article is aimed to maintain an ethical debate in tuberculosis control and to investigate the WHO's tuberculosis control policy and question the reasons for failure of this policy. Within the scope of this article; the concept of tuberculosis control was problematized at macro political level within the context of philosophy, while the approach of health care staff to tuberculosis patients was analysed at micro level within the context of professional ethics.

KEY WORDS: Tuberculosis, directly observed treatment, capitalism, poverty, inequality, discrimination

GİRİŞ

Tüberküloz, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de tanımladığı gibi büyük bir küresel halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Gerçekten de 2012 yılı verilerine göre dünyada 8,6 milyon kişide hastalık gelişmiş ve bu hastaların 1,3 milyonu ölmüştür [1]. Öte yandan dünyada tüberküloz insidansı hedeflenenden daha yavaş düşmektedir. Bu bağlamda 2012 yılı itibariyle hastalık prevalansı 1990'lara kıyasla ancak %37 oranında azalmıştır. 2015 için beklenen hedefin %50 olduğu düşünülürken, %37 oranındaki azalmayla 2015 yılında belirlenen hedefe ulaşamayacağı öngörülmektedir. Benzer biçimde Afrika ve Avrupa bölgelerinde de mortalite ve prevalans hedeflerine ulaşamayacaktır [1].

Öte yandan milenyum çağı, "tarihin sonu"nun ilan edildiği ve tüm dünyada liberal demokrasi fikrinin tartışmasız kabul gördüğü bir döneme karşılık gelmektedir. Hiç kuşkusuz bu çağın karakteristik özelliği -reel sosyalist deneyimin ortadan kalkmasının da etkisiyle- kapitalizmin tek doktrin olarak dünyada neoliberalizm biçiminde yaygınlaşması ve kendisine çok umutlar bağlanan teknolojik devrimlerin yaşanmasıdır. Ancak görünen o ki; herkese refah, zenginlik ve demokrasi getireceği iddia edilen neoliberalizm, tüberküloz hastalığının kontrolünde belirlenen hedeflere ulaşmayı sağlayamamıştır. Benzer biçimde yaşanan teknolojik gelişmeler de tüberküloz hastalığının korunma ve/veya tedavisinde önemli bir ilerlemeye yol açamamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüberküloz kontrolünde belirlenen hedeflere ulaşılamamasının nedenleri "kaynak kısıtlamaları", "çatışma-istikrarsızlık" ve "yaygınlaşmış HIV salgınları"dır. Bu makale, tüberküloz kontrolünde etik bir tartışmayı sürdürmeyi hedefleyerek, DSÖ öncülüğünde şekillenen tüberküloz kontrol politikasını ve başarısızlık nedenlerini Türkiye örneği temelinde sorgulamayı amaçlamaktadır.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Osman Elbek, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye Tel/Phone: +90 532 333 07 00 E-posta/E-mail: osmanelbek@yahoo.com

©Telif Hakkı 2014 Türk Toraks Derneği - Makale metnine www.toraks.dergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2014 by Turkish Thoracic Society - Available online at www.toraks.dergisi.org

Etik

Türk Dil Kurumu'nca etik, "ahlaki, ahlakla ilgili" ve "çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması ve kaçınması gereken davranışların bütünü" olarak tanımlanmaktadır [2]. Alanın profesyonelleri tarafından ise etik; felsefi, yaşam ve meslek bağlamlarında birbirinden ayrı anlamlara karşılık gelmektedir. Örneğin etik, felsefenin bir alanı olarak "davranışlar bağlamında iyinin ne olduğu ve nelerin iyi olduğu konusu"; meslek etiği alanı içinse "belli bir alanda etkinlik gösteren kişilerin uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalardaki istenen davranışların irdelenmesi" olarak tariflenmektedir [3]. Bu makalede tüberküloz kontrolü kavramı felsefi bağlamda makro politika düzleminde; sağlık çalışanlarının tüberküloz hastalarına olan yaklaşımı ise meslek etiği bağlamında mikro düzlemde sorunsallaştırılmıştır.

Tüberküloz Kontrolünde Etik Hedefler

Dünya Sağlık Örgütü, "tüberkülozsuz bir dünya" vizyonu altında STOP TB Stratejisi'ni tanımlamıştır. Bu stratejinin amacı "Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Stop TB Ortaklığı hedefleri ile uyumlu şekilde 2015 yılına kadar küresel tüberküloz yükünü çarpıcı şekilde azaltmak"tır [4,5]. Strateji çerçevesinde tanımlanan hedefler ise;

- 2005 yılına kadar balgam yayması pozitif tüberküloz olgularının en az %70'ini saptamak ve bunların en az %85'inde kür sağlamak,
- 2015 yılına kadar, 1990 yılına göre tüberküloz prevalansı ve ölüm oranlarını %50 azaltmak,
- 2050 yılına kadar, bir halk sağlığı sorunu olan tüberkülozun elimine edilmesini (bir milyon nüfusta <1 olgu) sağlamaktır [4,5].

Kuşkusuz belirlenen bu hedefler kendi başına önemlidir. Ancak bu noktada unutulmaması gereken; belirlenen bu hedeflerin hastalık konusundaki etik hedeflerle birlikte yorumlanması ve dikkate alınması gerektiğidir. Çünkü aslında tüberküloz kontrol programlarının genel amaçları;

- Yüksek kaliteli tanı ve hasta merkezli tedaviye evrensel erişimi sağlamak,
- Tüberkülozun yol açtığı acıları ve sosyoekonomik yükü azaltmak,
- Tüberkülozun, tüberküloz/HIV'in ve çok ilaca dirençli tüberkülozun neden olduğu yoksulluğu ve kırılğan popülasyonları korumak,
- Hastalık konusunda yeni yöntemlerin gelişimini desteklemek ve onların zamanında ve etkin kullanımını sağlamak,
- Hastalığı önleyip, bakımını ve kontrolünü sağlayarak insan haklarını geliştirmek [6].

Bu nedenle tüberküloz kontrol programının asıl başarısı ya da başarısızlığı sadece 2005, 2015 ya da 2050 için belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı ile ölçülmemelidir. Aksine bununla birlikte kontrol programının başarısı, kendisinin belirlediği genel amaçlara ulaşmak açısından da değerlendirilmelidir. Makalenin bundan sonraki bölümünde tanımlanan bu amaçlar ışığında küresel ve ulusal tüberküloz kontrol programı değerlendirilecektir.

Kontrol Programının Başarıya Ulaşmamasının Temel Nedeni HIV mi?

Her ne kadar DSÖ, "yaygınlaşmış HIV salgınları"nın tüberküloz kontrol programının beklenen hedeflere ulaşmaması yönünde temel engel olarak tanımlamışsa da; hedeflenen başarıya ulaşamamasının temel nedenini HIV problemi olarak tanımlamak pek mümkün görünmemektedir. Kuşkusuz bu saptama HIV'in tüberküloz konusunda önemini yadsınamaktadır. Aksine dünyada HIV ile yaşayan 35,3 milyon kişinin en az üçte birisinin tüberkülozla enfekte olduğu ve HIV'in tüberküloz hastalığı gelişme riskini 29,6 kez arttırdığı dikkate alındığında; HIV'in tüberküloz kontrolü açısından önemli bir sorun oluşturduğu kabul edilebilir [7]. Zaten bu sorunun bir yansıması olarak 2012 yılında %75'i Sahra altı Afrika'da olmak üzere yaklaşık 1,1 milyon HIV pozitif yeni tüberküloz vakası gelişmiş ve aynı yıl 320.000 kişi HIV ile ilişkili tüberküloz nedeniyle ölmüştür [7]. Ancak tüm bu gerçekler tüberküloz kontrol programının öngörülen hedeflere ulaşmamasını tümüyle izah edememektedir. Çünkü her şeyden önce HIV salgınları kendisini var eden sosyoekonomik etkilerden bağımsız kendi başına bir "durum" değildir. Öte yandan HIV'in küresel düzeyde prevalansının nispeten düşük olması nedeniyle bu hastalığın tüberküloz gelişimi üzerine olumsuz etkisi, alkol kullanımı, sigara içimi, iç ortam hava kirliliği ve yetersiz beslenmeye kıyasla çok düşüktür [8].

Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Odaklı Nokta Programlar

Dünya Sağlık Örgütü, 1980'li yıllara kadar "denetimsiz piyasa güçlerinin neden olduğu sosyal eşitsizliklerin giderilmesi için alınacak ekonomik ve sosyal önlemlerden hükümetlerin ve kamu sektörünün beraberce sorumlu olduğu" tezini savunmuştur [9]. Ancak 1980'li yıllarda küresel düzeyde etkisini hissettiren neoliberal ideolojik hegemonya DSÖ'yü de etkisi altına almıştır. 2000 yılı DSÖ Raporu (Sağlık Sistemleri: Performansı Geliştirme), sözü edilen neoliberal rüzgârın DSÖ'yü çok güçlü biçimde etkisi altına aldığını kanıtlayan bir belgedir. Navarro, söz konusu doküman hakkında "Bu rapor neoliberal söylemin, resmi DSÖ politikası olarak yerleşmesini sağlamıştır" tespitinde bulunmuştur [9,10].

Oysa 1948 yılında kurulan DSÖ, özellikle Andrija Štampar'ın başkanlığı döneminde sağlığa bütüncül yaklaşım sergilemeyi başarmıştır. Hatta *Štampar*, başkan seçildiği toplantıda yaptığı konuşmada "Hastalıklara yalnızca fiziksel ve biyolojik etmenler neden olamazlar. Sanitasyon konularında yalnızca teknik açıdan değil, aynı zamanda sosyolojik açıdan da ele alınması gereken ekonomik ve sosyal etmenler önemi giderek artan bir rol oynamaktadır" ifadelerini kullanmıştır [11]. Zaten *Štampar*'ın bu bakış açısı DSÖ'nün Anayasası'na da yansımış ve örgüt sağlığı fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam iyilik hali olarak tanımlamıştır.

Her ne kadar DSÖ, Anayasası'nda sağlığı bütüncül olarak ele almış olsa da kuruluşunun ilk on yıllık döneminde dahi sağlığa hastalık odaklı yaklaşmış ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yerine bulaşıcı hastalıklarla mücadele politikası yürütmüştür [11]. Daha önemlisi tüberküloz başta olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi dikey örgütlenme modeli çerçevesinde şekillendirmiştir. Oysa bu model, ken-

desteği tutarsız olup, kimi zaman bu yapılanmalardan gelecek olan fonlar iptal edilmekte ve düşük-orta gelirli ülkelerde HIV ile enfekte hastaların ancak %54'ü uygun antiretroviral tedaviye ulaşabilmektedir [16]. Son olarak; tüberküloz hastalarının tanı konulma aşamasında yaşadığı sorunların başında hastaların sağlık güvencelerinin olmamasının, sağlık hizmetlerine erişememelerinin ve laboratuvar ağının düşük nitelikte faaliyet göstermesinin geldiği bilinmektedir [17]. O nedenle tüm bu sorunların çözümünü gündemine almayan bir stratejinin tüberküloz konusunda başarılı olması mümkün değildir.

Tüberkülozun sosyal ve ekonomik faktörlere bağlı bir yoksulluk hastalığı olduğu ve 1991 Sovyetler Birliği deneyiminde gözleendiği gibi politik, ekonomik bozulmalardan aşırı biçimde etkilendiği hiçbir zaman unutulmamalıdır [17]. Bu bağlamda tarihsel süreçte tüberküloz insidansında gözlenen düşüşlerin nedeninin biyomedikal müdahalelerin ötesinde, ekonomik gelişme sonucunda yaşam koşullarının iyileşmesi, beslenme ve sağlıklı barınmaya bağlı olduğu fark edilmelidir [17]. Benzer biçimde İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde Batı Avrupa'da gözlenen hızlı insidans düşüşüne, kemoterapi ile birlikte yurttaşların tümünün sosyal güvenceye kavuşması, sosyal koruma uygulamalarının yaygınlaşması, toplumun genelinin nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşması ve istikrarlı ekonomik büyümenin varlığıyla ulaşıldığı dikkate alınmalıdır [17]. Bu bağlamda gayri safi yurtiçi hasılanın ikiye katlanmasının tüberküloz insidansında %38,5 düşüşle ilişkili olduğu hatırlanmalı ve tüberküloz konusunda yoksulluğu ve diğer sosyal bileşenleri göz önüne almayan, sorunu sadece biyomedikal perspektife indirgeyen hiçbir stratejinin başarısız olmasının mümkün olmadığı kabul edilmelidir [18].

Son olarak; her ne kadar DSÖ, özellikle ikibinli yılların başında belirgin biçimde neoliberal ideolojinin etkisi altında kalmış bir örgüt olsa da, 2010 yılında yayımladığı "Eşitlik, Sosyal Belirleyiciler ve Kamu Sağlığı Programları" dokümanı ile gelecek açısından yeniden umut vaat eden bir örgüt konumuna gelmiştir [19]. Gerçekten de bu kitap, uzun bir aradan sonra sadece tüberküloz konusunda değil, genel olarak sağlık açısından sosyal belirleyicilerin, eşitliğin ve kamu sağlık programlarının önemini yeniden dünyanın gündemine getirmiştir. Söz konusu kitabın tüberküloz bölümünde de sorunu var eden sosyal belirleyiciler tanımlanmış; sorunun sadece ulusal tüberküloz programları ile çözülemeyeceği belirtilmiş ve bu bağlamda bütüncül olarak kamu sağlık programlarının önemine vurgu yapılmış; endüstrileşmenin hızlı ekonomik büyüme kadar gelir dağılımı adaletsizliği ve kısıtlı sosyal reformlara yol açtığı vurgulanmış; doğrudan gözetimli tedavinin tüberküloz konusunda beklenen olumlu değişiklikleri sağlamadığı ifade edilmiş; dünyanın herhangi bir yerinde tüberküloz insidansını temel belirleyen etmenin doğrudan gözetimli tedavi olmadığı, aksine sosyoekonomik gelişme ve nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşmanın temel belirleyici olduğunun altı çizilmiş; ulusal tüberküloz programlarında sosyoekonomik verilerin toplanmadığı ve bu verilerin izlenmediğinin tespiti yapılmış; beslenme desteği, sigara içiminin bırakılması, yoksullukla mücadele, yaşam koşullarının iyileştirilmesi, yoksullara sosyal korumanın sağlanması gibi önerilerle sorunu var eden sosyal belirleyicilere yönelik tavsiyeler sunulmuş ve sorunun çözümünde sağlık sistemini bütüncül olarak güçlendirmenin ve ekonomik kalkınma kadar eşitlikçi

sosyal bir kalkınmanın gerekli olduğu kayıt altına alınmıştır [20]. Kuşkusuz DSÖ'nün bu dokümanı, eşitliğin, sağlığı belirleyen sosyal belirleyicilerin ve kamu sağlık programlarının önemi işaret ettiği için değerli olmakla birlikte üretim ve bölüşüm ilişkilerinin sorunsallaştırılmaması ve sonraki yıllarda DSÖ tarafından yayınlanan global tüberküloz raporlarının içeriğine bu bakış açısının yansımamış olması nedeniyle eksik ve sorunludur.

TÜBERKÜLOZ SORUNUNDA TEMEL KONULAR

Yoksulluk ve Toplumsal Cinsiyet

Analizler küresel düzeyde tüberküloz hastalığının gelişimini olumsuz olarak etkileyen üç temel nedenin -etki sırasına göre- yetersiz beslenme, iç ortam hava kirliliği ve sigara içimi olduğunu göstermektedir [8]. Bu bağlamda yetersiz beslenmenin ve sigara içiminin kapitalist sistemin bir sonucu olduğu ve daha önemlisi her iki faktörün de yoksullukla yakından bağlantısı gayet iyi ortaya konulmuştur. Ancak iç ortam hava kirliliğinin toplumsal üretim ve bölüşüm süreçleriyle olan ilişkisi, diğer iki etmene kıyasla daha az tartışılmıştır. Bu nedenle sınırlı bir çerçevede biyomas maruziyetine tüberküloz bağlamında değinmek gereklidir:

Bilindiği üzere ısınma amacıyla kullanılan biyolojik (bitkisel ve hayvansal) kökenli yakıtlar biyomas olarak tanımlanmaktadır. Tezek, odun, odun kömürü, kömür, kuru bitkiler, çıra ve saman bu başlık altında tanımlanabilecek örneklerdir. Bu yakıt çeşitleri arasında yer alan tezek, gerek dünya gerekse Türkiye açısından kullanım yaygınlığı açısından özel bir öneme sahiptir. Veriler, dünyada 400 milyon kişinin tezek kullandığına işaret etmektedir [21]. Türkiye'de ise 15 milyon ton tezek elde edildiği bilinmektedir [21]. Ancak ucuz olması nedeniyle dünya nüfusunun yaklaşık yarısının biyomas kullanmasına ve biyomasın kullanımının dünyada tüberkülozun yoğun olarak gözleendiği bölgeler olan Çin, Hindistan ve Sahra Altı ülkelerde %80'lere ulaşmasına rağmen tüberküloz kontrol programları çerçevesinde biyomas kullanımı hak ettiği biçimiyle sorunsallaştırılmamıştır [22,23].

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüberküloz sorunu ekseninde biyomasın görülmemesinin temel nedenlerinden birisi; söz konusu örgütün tüberküloz sorununu ağırlıkla sosyokültürel ve sosyoekonomik dayanaklardan ayrıştırarak biyomedikal paradigma çerçevesinde ele almış olmasıdır. Çünkü biyomas kullanımı aslında temel bir yoksulluk göstergesidir ve bu çerçevede biyomas kullanımı kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla ile ters orantılı olarak koreledir [24]. Fakat Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarında tüberküloz sorunu hemen daima yoksulluk ve diğer sosyokültürel etmenlerden bağımsız olarak *Mycobacterium tuberculosis* temelinde ele alındığı için, bugüne kadar temel yoksulluk göstergesi olan biyomas konusuna tüberküloz bağlamında çok dikkat çekilmemiştir [1]. Ayrıca biyomasın ağırlıkla çocuk ve kadınları etkilediği dikkate alınır; erkek egemen bir dünya sisteminde, toplumsal cinsiyet açısından dezavantajlı durumda olan kadınları ve çocukları -hem de doğumdan itibaren- etkileyen temel bir halk sağlığı sorununa yeterince önem verilmemesinin nedeni daha iyi anlaşılabilir.

Öte yandan dünyada mutlak yoksulluk sınırında yaşayan 1,5 milyar kişinin %70'inin kadın olduğu bilinmektedir [25]. Bu

nedenle gerek yoksulluk gerekse toplumsal cinsiyet açısından dezavantajlı durumda olan yoksul kadınları ilgilendiren biyomas gibi konuların tüberküloz açısından detaylı olarak irdelenmesi gereklidir. Ayrıca tüberküloz kontrol programları, tüberküloz açısından hemen her aşamada dezavantajlar yaşayan yoksullar ve kadınlar için sosyal politikalarla harmanlanmış biçimde cinsiyet duyarlı biçime dönüştürülmelidir [25].

Her ne kadar biyomas, bir stratejik toplum sağlığı sorunu olarak tüberküloz bağlamında küresel ve ulusal aktörler tarafından çok önemsenmemiş olsa da, biyomasın tüberküloz üzerine etkisini araştıran kimi çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar biyomas maruziyetinin tüberküloz gelişim riskini üç kat artırdığına işaret etmektedir [26]. Benzer biçimde Nepal çalışmasında; gazyağı lamba kullanımı ile tüberküloz arasında pozitif yönde risk ilişkisi saptanmıştır [27]. Ayrıca Törün ve ark. [28], Türkiye’de biyomas maruziyeti bulunan 27 bronşial antrakostenozis hastasında toplumdaki insidanstan çok yüksek oranda (%26) aktif tüberküloz tespit ettiklerini bildirmişlerdir.

Biyomas maruziyetinin sosyoekonomik faktörlerin belirteci olmasının ötesinde biyomedikal olarak *Mycobacterium tuberculosis*’in solunum sisteminin enfeksiyona rezistansı ya da infekte kişilerde aktif tüberküloz gelişimine karşı olan direnci etkilediği düşünülmektedir. Öte yandan biyomas maruziyetinin mukosilyer klirensi ve makrofajların adherens ile fagositoz aktivitesini bozması; immünglobulin G, periferik T lenfositler ve interlökin 2 üzerine de olumsuz etki göstermesi tüberküloz riskini arttırmaktadır [29,30]. Bununla birlikte sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü ile biyomas kullanımını arasında yakın ilişkinin varlığı dikkate alındığında; biyomas kullanımının, immün sistemi olumsuz yönde etkileyen malnütrisyon, kötü sanitasyon, bulaş riskini arttıran kalabalık evlerde/ortamlarda yaşama ve ihtiyaç duyulan zamanlarda sağlık hizmetine ulaşma kısıtlılığı gibi sosyoekonomik faktörlerle iç içe olduğu göz ardı edilmemelidir [31].

Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Reform Programları

Tüberküloz kontrolü açısından yüksek kaliteli tanı ve hasta merkezli tedaviye evrensel erişimi sağlamanın temel hedefler olduğu bilinmektedir. Bu nedenle tüberküloz hastalarının tedavi gecikmesi etik bir sorun anlamına gelmektedir. Literatür verileri yoksulluğun, kadın cinsiyetin, sağlık hizmetlerine erişimde coğrafik ve/veya sosyokültürel kaynaklı bariyerlerin olmasının ve hastanın başvurduğu sağlık biriminin özel ya da hizmet açısından yetersiz bir kurum olduğu durumlarda tüberküloz hastalarında tedavi gecikmelerinin yaşandığına işaret etmektedir [32,33]. Öte yandan tedavi gecikmesi kadar tedaviye uyumun da kontrol programları açısından hayati öneme haiz olduğu açıktır. Türkiye’de yapılan bir araştırma, tedaviye uyumun da -tıpkı tedavi gecikmesinde olduğu gibi- hastanın bireysel özelliklerinden ziyade sistemin kendisinden köken aldığını göstermektedir. Gerçekten de tek başına yaşayan, hastaneye yatmayan, ilkökul mezunu olan ve sağlık güvencesi olmayan hastaların tedaviye uyumlarının kötü olduğu gösterilmiştir [34]. Bu bağlamda gerek tedavi gecikmeleri gerekse tedaviye uyumun artırılmasının, ancak bu alanlarda yaşanan sorunlara yanıt verebilecek bir sistemin kurulabilmesi ile mümkün olduğu kabul edilmelidir. Gecikme

ve uyum konusunda yaşanan sorunları mümkün olduğunca azaltabilecek en önemli konu ülke genelinde hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin ücretsiz, nitelikli, eşit, risk öncelikli, ayrımcılık yaratmayan, ancak cinsiyet duyarlı biçimde şekillenmesidir. Fakat Uluslararası Tüberküloz Bakımı Standartları arasında “temel halk sağlığı sorumluluklarını yerine getirme” ve nitelikli ve hasta merkezli sağlık hizmetine atıfta bulunulmuş olsa da sağlık hizmetlerinin ücretsiz ve cinsiyet duyarlı olmasına yer verilmemiştir [5,35].

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan Verem (Tüberküloz) Hastaları ile Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi ve Veremli Hastaların Hak ve Sorumlulukları başlıklı doküman etik açıdan özel öneme sahiptir. Çünkü Sağlık Bakanlığı bu dokümanda tüberküloz hastalarının bakım ve tedavi konusunda “Mevcut kaynakların yeterliliği ölçüsünde ırk, cinsiyet, yaş, dil, hukuki durum, dinsel inançlar, cinsel yönelimler, kültürel özellikler ya da başka bir hastalığın olup olmaması konusunda herhangi bir ayırım yapılmaksızın; teşhis aşamasından tedavinin bitimine kadar verem bakımına ücretsiz ve eşit biçimde ulaşmak bir hak” ifadesine yer vermiştir [36]. Etik yönden bu belgenin başka bir önemi de “cinsel yönelim” açısından da ayrımcılığın yasak olduğunu kayıt altına almış olmasıdır.

Bununla birlikte tüberküloz hastalarına tanınan ücretsiz sağlık hizmetine erişme hakkı, Türkiye’de uygulamaya konulan sağlık reform programının var ettiği “katkı payı” ve prim borcu sorununu ortadan kaldıramamaktadır. Her ne kadar Türkiye’de verem savaş dispanserleri -bugün itibarıyla- hastalara ücretsiz sağlık hizmeti sunuyor olsalar da, çoğu zaman tüberküloz hastalarının ilk başvurduğu kurumlar dispanserler değildir. Gerçekten de Bozkurt ve arkadaşları, Türkiye’de tüberküloz hastalarının %15’inin verem savaş dispanserlerinde, %55’inin ise üçüncü basamak sağlık kurumlarından tanı aldığını saptamışlardır [37]. Araştırma verileri, Türkiye’de uygulamaya konulan aile hekimliği sistemi ile tüberküloz konusunda basamaklandırılmış sağlık sisteminin oluşturulmadığına işaret etmektedir. Bu nedenle verem savaş dispanserleri dışındaki sağlık kurumlarına başvuran tüberküloz hastaları -yani tüberküloz hastalarının %85’i- başvurdukları sağlık birimlerinde her geçen gün giderek artan miktarda “katkı payı” ödemesine maruz kalmaktadırlar. Ancak Türkiye’de “katkı payı” olarak tanımlanan kullanıcı ödentilerinin sağlık sistemine erişimde gelir kökenli bariyer oluşturduğu ve tedavi gecikmelerine yol açtığı tüm dünyada gayet iyi bilinen bir konudur. Öte yandan Türkiye’de hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması da sağlık sistemine erişimde hastalar açısından başka bir bariyer nedenidir. Çünkü GSS uygulamasına göre ancak prim borcu olmayan hastalara sağlık hizmeti sunulmaktadır. Türkiye’de 5 milyon civarında kişinin primlerini kendi ödeyerek sağlık sigortası imkanlarından yararlanması gerektiği dikkate alındığında, GSS uygulamasının toplumun önemli bir kesimi için sağlık hizmetine ulaşma açısından tehdit oluşturduğu fark edilebilir [38]. Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkisiyle Türkiye’de her geçen yıl cepten sağlık harcama miktarları artmaktadır. Gerçekten de 1999 yılında 3,4 milyar dolar civarında olan cepten sağlık harcamaları, 2007’de 8,5 milyar, 2008’de ise 10 milyar dolara ulaşmıştır. 1999-2008 arasında cepten sağlık harcamalarındaki artış oranı %147’dir [39]. Benzer biçim-

de sağlık harcamalarının aile tüketim içindeki payı da 2003 yılında %3,1 iken, bu oran 2006'da %4,4'e, 2009'da %5,4'e çıkmıştır. 2005-2009 döneminde özel sağlık şirketlerine yapılan sağlık harcamaları da %20 dolayında artış göstermiştir [39]. Tüm bu gelişmeler, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde gelir temelli eşitsizliğin son on yılda derinleştiğini göstermektedir. Türkiye'nin gelir adaletsizliği açısından dünyada oldukça kötü konumda olduğu ve tüberkülozun özellikle düşük sosyoekonomik grupları tehdit ettiği düşünüldüğünde, hastaların gelir nedeniyle sağlık sistemine erişimde kısıtlamalar yaşamasının tüberküloz kontrolü açısından ne kadar önemli bir sorun olduğu çok daha iyi anlaşılabilir.

MESLEK ETİĞİ SORUNLARI

Ayrımcılık

Tüberküloz kontrol programları açısından sağlık çalışanlarının tüberküloz hastalarına olan yaklaşımı meslek etiği açısından önemli sorunlar barındırmaktadır. Sağlık Bakanlığı "sosyal durumları ne olursa olsun" tüberküloz hastalarının "sağlık görevlilerinden ve yetkililerden, ön yargı ve ayrımcılıktan uzak, aşağılayıcı olmayan bir tavırla muamele görme ve hizmet alma hakkına sahip" olduğunu ifade etmektedir [36]. Ancak egemen tıp paradigması çerçevesinde şekillenen gündelik tıp pratiği, özellikle tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olmasının da etkisiyle pek çok etik sorunu bünyesinde taşımaktadır. Bu aşamada sağlık birimlerinde yatarak tüberküloz tedavisi gören hastaların odalarının kapılarının dışına bulaşmayı önlemek amacıyla zorunlu olarak konulması gereken işaret ve uyarılar, özellikle göğüs hastalıkları servislerinde izlenen hastaların etiketlenmesine yol açmaktadır. Oysa hastaların bulaş risklerinin azaltılması için konulan işaret ve uyarıların, hastayla temas riski bulunmayan üçüncü tarafların görmesine hiç gerek yoktur. Öte yandan bir sağlık biriminde tedavi altında bulunan bir tüberküloz hastasının bulaş riskinin tedaviyle hızla azaldığı ve kaybolduğu da bilinmektedir. Ancak ne yazık ki pek çok tüberküloz hastası özellikle sağlık çalışanlarının önyargıları nedeniyle bulaş gerekçe gösterilerek ayrımcı uygulamalara maruz kalmaktadır.

Bu noktada yoğun bakım pratiğinde -özellikle invaziv mekanik ventilatör tedavisi konusunda- tüberküloz hastalarının negatif ayrımcı uygulamalarla karşılaştığı bilinmektedir. Ancak medikal ve sosyal bilimler literatürü araştırıldığında bu ayrımcı politikayı tartışmaya açan tek bir makaleye dahi rastlanmamaktadır. Bu durum dahi tüberküloz hastalarının yoğun bakım hizmetlerine ulaşamama ve/veya solunum yetmezliği durumunda yardımcı solunum desteği alamama durumunun bilim camiası ve bilim insanları tarafından ne kadar doğal ve olağan bir konu olarak algılandığına işaret etmektedir.

Ayrımcılık başlığı altında ele alınması gereken bir başka konu da hastalığın tanısında temel tanı metodu olan bakteriyolojik değerlendirmenin çoğu sağlık biriminde kaliteli bir laboratuvar desteği olmadan gerçekleştirilmesi ve asidorezistan basil incelemelerinin 24 saat içerisinde sonuçlanmamasıdır. Kuşkusuz söz konusu durumlar tüberkülozda tedavi gecikmelerine yol açmaktadır.

Tüberküloz hastalarına yönelik ayrımcı uygulamaların yaygınlığı ve şiddeti pek çok zaman hastalarda anksiyete ve

depresyona yol açacak boyuttadır. Gerçekten de tüberküloz hastaları damgalanma ve önyargılar nedeniyle haklarından yoksun bırakılmaktadır. Tüberkülozun "kişiyi kirleten bir hastalık" olarak tanımlanması ve bu nedenle "kişinin toplumdan izole edilmesi" damgalanmayı var eden en temel iki unsurdur [40]. Türkiye'de yapılan bir araştırma; tüberküloz tanısı konulduktan sonra hastaların anne-baba dahil olmak üzere ev ve işyeri olan ilişkilerin değiştiğine işaret etmektedir [40]. Ancak yaşanan bu ilişki değişikliği hastalarda çalışamama, maddi sıkıntıya düşme, ailesinden ayrılma ve hayatta yalnız kalma kaygılarının doğmasına yol açmaktadır [40]. Gelişen bu kaygıların temel sonucu ise hastaların sorunlarını bir başkasıyla paylaşamaması ve bu sayede sorunların daha da ağırlaşmasıdır. Bu bağlamda tüberküloz hastalarının yalnızlık puanlarıyla depresyon puanları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişkinin saptanmış olması hastaların sosyal izolasyonunun sorunu katmerleştirdiğini göstermektedir [41].

Tüberküloz hastalarında gelişen kaygı ve depresyonun da "kişisel" bir durum olmadığı unutulmamalıdır. Depresyon konusunda yapılan araştırmalar; önceden sağlıklı bireylerde gelişen depresyonun bile, bireyin kişilik özelliklerinden sosyal desteğe, toplum içinde sosyalleşme düzeyinden kişi olarak sorunlarla başa çıkma becerisi geliştirebilme noktasına kadar pek çok değişkenle iç içe olduğunu göstermektedir [42]. Tüberküloz ya da başka bir hastalığın sonucu olarak gelişen kaygı ve depresyon tablosunda ise bireyin kişisel özelliklerinden ziyade ağırlıklı hastalığın etkilerinin yansımaları olduğu fark edilmelidir. Zaten depresyon ve anksiyetenin çok ilaca dirençli tüberküloz tanılı hastalarda diğer tüberküloz olgularına göre daha fazla saptanması bu öngörüye doğrulamaktadır [43]. Ancak çok ilaca dirençli olmayan tüberküloz hastalarında da yaşam kalitesinin düşük, Beck depresyon puanının ise yüksek olduğu gösterilmiştir [44]. Yapılan araştırmalar sağlık statüsü algısının cinsiyetle de ilişkili olduğu ve toplumsal cinsiyetin bir yansıması olarak bu alginın kadın tüberkülozlu hastalarda daha kötü olduğu yönündedir [44]. Türkiye'de yapılan bir araştırmada; eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal güvencenin bulunmaması ve yetersiz barınma koşulları ile hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşüklüğü arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin bulunduğu saptanmıştır [45]. Öte yandan aylık gelir artışının tüberküloz hastalarında sağlık algısının iyileşmesine yol açtığı gösterilmiştir [44]. Tüm bu veriler, Türkiye'nin ulusal tüberküloz kontrol programının günümüzde olduğu gibi sivil toplum örgütlerinin hastalara yönelik yaptığı "yardım"lar biçiminden, bir devlet politikası olarak hastalara sosyal hakların tanınması biçimine doğru değiştirilmesinin gerektiğine işaret etmektedir.

Bilgi Edinme Hakkı

Tüberküloz hastalarının bilgi edinme hakkı çerçevesinde meslek etiği bakımından önemli olan konu hastaların aydınlatılma hakkıdır. Bu hak gerek kişinin hastalığını gerekse tedavisini kapsamına almaktadır [36]. Bilindiği üzere aydınlatılma hakkının temeli kişinin özerkliği ilkesine dayanmaktadır. Bu konuda olması gereken etik yaklaşım, kişinin yaşadığı toplumun kültürel özelliklerini bilmek ve her bir hastanın kendi özerkliğini nasıl tanımladığını fark etmekten geçmektedir [46]. O nedenle hastaların aydınlatılması standart

bir “paket” uygulaması dahilinde kimi formların imzalatılması biçiminde değil her bir hastaya özgü olarak yapılmalıdır.

Aydınlatma hakkının layığıyla gerçekleşmesi için her bir hastanın sağlık durumu ve konulan tanının, olası tedavi seçenekleri ve risklerin, önerilen tedavi yönteminin türünün, tedavilerin başarı şansı ve süresinin, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı risklerin, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkilerinin ve tedaviyi kabul etmemesinde yaşanacak sorunların belirtilmesi gereklidir [47]. Ancak araştırmalar tüberküloz hastalarının aydınlatma konusunda ciddi sorunlar yaşadığına işaret etmektedir. Örneğin; bir göğüs hastanelerinde hastanesinin tüberküloz servisinde yatan ve tüberküloz tanısı nedeniyle antitüberküloz tedavi alan hastaların sadece %38,6’sının tüberküloz hastalığı konusunda bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Tüberküloz kontrol programlarının tedaviye uyum konusunda verdiği önem hatırlandığında; antitüberküloz tedavi alan hastaların ancak %38,6’sının tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olduğunu bilmesi ve hastaların ancak %59’unun tedavinin 6 ay süreceğini öğrenmiş olması tüberküloz kontrol programının temel sorunlarından birisinin bu alanda yaşandığını göstermektedir. İlginç olan bu araştırmaya katılan hastaların, bir göğüs hastanesinde yatmalarına rağmen bilgi edindikleri önemli kaynağın televizyon olduğunu ifade etmeleridir [48].

Tüberküloz hastalarının aydınlatılma haklarının ihlal edilmesinin temel nedenini sağlık çalışanlarının işyüklerinin ağırlığına ve zaman sorununa bağlamak sorunu basite indirgemek anlamına gelebilir. Çünkü araştırma kapsamında da görüldüğü üzere göğüs hastalıkları hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar da bile aydınlatılma yeterli düzeyde değildir. Dünya Sağlık Örgütü’nün de pek çok kez ifade ettiği gibi hastalığın tedavisinin “hasta merkezli” olmaması buradaki temel sorunu oluşturmaktadır. Ancak sağlık profesyonellerinin tutumlarını değiştirmede direnç sergilediği bilinmektedir. Öte yandan tüberkülozun egemen tıp paradigması çerçevesinde daima bulaşıcı bir hastalık olarak gündeme gelmiş olması da sağlık çalışanlarının tutumlarındaki değişimin önünde engel oluşturmaktadır. Gerçekten de tüberküloz hastalarının tedavilerine kendilerinin karar vermesi gerektiği, gerek tıp fakültesi öğrencileri gerekse aile hekimleri nezdinde uygun görülmemektedir (uygun bulanların oranı sırasıyla %18 ve %24, $p>0,05$) [49]. Benzer biçimde “hasta merkezli” sağlık hizmet sunumunun bir parçası olarak; hastaların doğrudan gözetimli tedavi gözetmenini seçebilme hakkına, hem tıp fakültesi öğrencileri hem de aile hekimleri olumlu yaklaşmamaktadır (olumlu bulanların oranı sırasıyla %34 ve %50, $p>0,05$) [49]. Bununla birlikte özellikle tıp fakültesi öğrencileri, sağlık çalışanlarının tüberküloz hastasına hizmet sunmayı reddedebileceğini düşünmektedirler (oranlar sırasıyla öğrencilerde %48, aile hekimlerinde %33, $p<0,001$) [49]. Oysa sağlık çalışanlarının bir tüberküloz hastasına hizmet sunmayı reddetmesi meslek etiği açısından uygun bir durum değildir. Çünkü meslek etiği kuralları uyarınca tüberküloz gibi bulaşıcı bir hastalık durumunda; ancak çalışma ortamında rutin korunma araçlarının bulunmaması ve hastalığın bulaş riskinin yapılacak tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artması halinde hekimin hastayı uyum olanakları olan başka bir sağlık birimine yönlendirebileceği ifade edilmektedir [50]. Tüberküloz tedavisinin başlanmasıyla hastalığın bulaştırıcılı-

ğın hızla azalıp 2-3 hafta içerisinde tümüyle yok olduğu bilinmektedir. O nedenle “rutin korunma araçlarının bulunmaması” durumunda dahi bir tüberküloz hastasına sağlık çalışmasının tedavi vermeyi reddetmesi ve hastayı başka bir sağlık birimine yönlendirmesi meslek etiği açısından kabul edilebilir bir uygulama değildir. Çünkü sağlık çalışanı tarafından verilecek tedavi, meslek etiği kurallarında belirtilen hükmün aksine hastalığın bulaş riskini anlamlı biçimde arttırmayıp aksine azaltacaktır.

Son olarak hastalığın kontrolü açısından önemli bir sorun olan tedavi uyumsuzluğu da sıklıkla hastaların “bireysel” bir kusuru olarak algılanmaktadır. Oysa tüberküloz tedavisinde uyumu etkileyen faktörlerin kişisel olmanın çok ötesinde olduğu bilinmektedir. Zaten Türkiye’de tedaviye uyumsuz hastalar arasında yapılan bir araştırmada da; tedaviye aksatma nedenleri arasında ailevi-sosyal sorunlar, maddi olanaksızlıklar, hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, yoğun iş temposu ve depresyon, düzensiz yaşam ve alkolizm gibi sorunların olduğu saptanmıştır [51]. Gerçekten dünyada yapılan pek çok çalışma tedaviye uyumun yaşam biçimiyle, sosyodemografik durumla, psikososyal tabloyla, sağlık çalışanlarının kendisiyle, hastalık hakkında aktarılan yanlış bilgilendirmeyle, gelecek belirsizliğiyle ve çok önemli bir sorun olan damgalanmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir [52,53]. Bu nedenle tedaviye uyumsuzluk, hasta sorunu olarak algılanmamalı, aksine bilgi edinme hakkı en başta olmak üzere çevresel, sosyal, yapısal ve kurumsal faktörlerin ortak sonucu olarak değerlendirilmelidir [53].

Gizlilik Hakkı ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi

Sağlık Bakanlığı’nın tanımladığı biçimiyle her tüberküloz hastası “özel hayatının mahremiyetine, şeref, dinsel inanç ve kültürüne saygı gösterilmesini bekleme hakkına sahiptir”. Benzer biçimde her tüberküloz hastası “tıbbi durumuyla ilgili bilgilerin gizli tutulmasını ve sadece kendi onayı ile diğer otoritelere verilmesini isteme hakkına sahiptir” [36]. Zaten Dünya Tabipler Birliği’nin Uluslararası Tıp Ahlakı Kuralları uyarınca da ancak hasta onam verirse ya da hastaya veya başkalarına zarar verebilecek yakın ve gerçek bir tehlikeye varsa ve bu tehlike ancak mesleki gizlilik ilkesinin çiğnenmesiyle giderilebilecekse hasta bilgileri açıklanabilmektedir. Dahası böylesi bir “tehlike”nin bulunduğu durumda dahi gizlilik ilkesinin ihlal edilerek açıklama yapılması; ancak hasta bilgilerinin açıklanmamasıyla oluşacak zararın yakın, ciddi ve geri dönüşsüz, bilgi açıklanmadığı sürece kaçınılmaz ve bilginin açıklanmasıyla oluşacak zarardan daha büyük olması koşuluna bağlıdır. Ama gündelik tıp pratiği uygulamaları esnasında tüberküloz hastaların gizlilik hakkı özellikle bulaş ve toplum sağlığı gerekçe gösterilerek kolaylıkla ihlal edilmektedir. Daha önemlisi pek çok hasta, bu ihlaller nedeniyle toplumda ayrımcılığa maruz kalmakta, işini kaybetmekte ve yoksulluk girdabına terk edilmektedir. Bu bağlamda Öztürk ve arkadaşları, Türkiye’de tüberküloz hastaların %11,3’ünün hastalık nedeniyle işsiz kaldığını bildirmekte ve sorunun sosyoekonomik boyutuna işsizlik açısından da bakılması gerektiğini belirtmektedirler [54]. İlginç olarak hastalığı nedeniyle etiketlenen ve toplumdan/çalışma hayatından dışlanan bu hastalar, Türkiye’de ve hemen tüm dünyada Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği doğrudan gözetimli tedavi metoduna uyularak tedavi edilmektedirler.

Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi üzerine olan olumlu/olumsuz etkisi konusunda Türkiye’yi temsil edecek bir veri yoktur. Ancak birinci basamakta aile hekimliği sisteminin uygulanmasıyla gerek nitelikli sağlık çalışanlarının verem savaş dispanserlerinden uzaklaşması, gerekse aile hekimliği sistemi dahilinde gözetimin istenen nitelikte sürdürülememesi tüberküloz kontrol programı açısından önemli sorunlara yol açmıştır [55]. Öte yandan yakın tarihli bir saha araştırmasında; tümüyle sağlık çalışanları tarafından sürdürülen doğrudan gözetimli tedavi oranının %3,1 gibi çok düşük seviyede olması, konu hakkında yaşanan sorunun tahmin edilenden daha büyük olduğuna işaret etmektedir [56].

Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi ile ilgili etik açıdan başka sorunlar da bulunmaktadır. Bu sorunların ilki her ne kadar strateji kapsamında hastalara sunulacak sağlık hizmeti “hasta merkezli” olarak tanımlansa da, sistemin kendisi bir “gözetim” mantığına dayanmakta ve bu sayede “gözetim” kavramı sıradanlaşıp doğallaştırılmaktadır. Öte yandan hekimlerin meslek eğitimleri de bu “gözetim/denetim” uygulamasını destekler yöndedir. Örneğin; tıp fakültesi öğrencilerinin hemen tamamı tüberküloz hastalarının zorla tedavi edilebileceğini, büyük bir kısmı da hastaların tam iyileşene kadar bir sağlık kuruluşunda yatması gerektiğini düşünmektedirler (oranlar sırasıyla %97 ve %73) [49]. Aile hekimleri açısından ise bu oranlar tıp fakültesi öğrencileriyle anlamlı bir farklılık göstermeyecek biçimde sırasıyla %88 ve %63’tür [49]. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı’nın da bakış açısı benzer bir nitelik taşımaktadır. Gerçekten de kamusal sağlık otoritesi, hastaların tedavi esnasındaki inceleme ve kontrollerin tümüne “her türlü uyumu göstermekle sorumlu” olduğunu hükme bağlamıştır [36]. Halbuki etik bir sağlık sisteminde hastaların “her türlü uyumu” göstermesi ne beklenen ne de istenen bir durumdur. Daha önemlisi kamusal sağlık otoritesi, egemen tıp paradigmasının da etkisiyle hastaların tanımladığı sorumlulukları yerine getirmemesi ve “her türlü uyumu gösterme”mesi durumunda Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 119/120. maddelerince işlem yapılacağını ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın hastalara hatırlattığı bu maddeler şöyledir [5]:

- Madde 119 - Bulaşıcı şekilde verem hastalığına yakalandığı kesinleşen ve etrafında bulunan kimseleri enfekte edeceğinden şüphe olunan hastaları hastane ya da diğer bir kurumda tecrit veya tedaviye ya da meslek ve sanatları dolayısıyla küçük çocukları verem basiliyle enfekte edecekleri kesinleşenlerin meslek ve sanatlarını yürütmelerini yasaklamaya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir.
- Madde 120 - Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, bilimsel olarak lüzum göreceği kişilere, veremden korumaya yönelik tedbirleri uygulamaya yetkilidir.

İşte bu aşamada Michel Foucault’nun büyük bir isabetle belirttiği gibi; bir bilgi nesnesinin yalın olmadığını, bilim olarak iç tutarlılığa yaklaştırılmış ve sınırlar içine hapsedilmiş olsa da “etrafı(nın) her zaman karanlık birtakım bilinç biçimleriyle kuşatılmış” olduğunu hatırlamakta yarar vardır [57]. Peki tüberküloz kontrolünü kuşatan karanlık bilinç biçimleri nelerdir?

BAŞKA TÜRLÜ BİR STRATEJİYE ULAŞMAK İÇİN YÜZLEŞME

Tüberkülozda Karanlık Bilinç Biçimleri

Bilindiği üzere her bireyin tüberküloza yakalanma riski aynı değildir. Zaten bu eşitsizliğin bir sonucu olarak 2012 yılı itibarıyla dünya genelindeki olguların çoğu Güney-Doğu Asya (%29), Afrika (%27) ve Batı Pasifik (%19) bölgelerindedir. Ülkeler genelinde ise en yüksek insidans, ekonomik ve sosyal açıdan “kayıp kıta” haline getirilmiş olan Afrika’da bulunan Güney Afrika ve Svaziland’dır [1].

Dünya genelinde tüberkülozun genç yetişkinleri hem de onların en çok “üretken olduğu” dönemde etkisine aldığı bilinmektedir. Zaten tüberküloz konusunda yaşanan tartışmanın “yumuşak karnı” burasıdır. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü’nün tüberkülozun genç yetişkinleri onların “üretken olduğu” dönemde etkilediğini belirtmesi ve bu nedenle tüberküloz kontrol programlarına daha çok kaynak yaratılmasının gerektiğini belirtmesi tesadüf değildir. Zaten Alison Katz bu duruma dikkat çekerek halk sağlığı ilkelerini yok sayan, yoksulluk ve hastalıkların asıl nedenlerini inkar eden ve sağlık alanına kaba bir ekonomik perspektif dayatan neoliberal zihniyetin, yarattığı bu adaletsiz düzeni bağış ve uluslararası yardımlarla sürdürmeye çalıştığını belirtmektedir [58]. Kuşkusuz aynı bakış açısı tüberküloz kontrolü açısından da yaşanmış ve Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde uluslararası ve teknik kuruluşların, hükümet programlarının, araştırma ve finansman kuruluşlarının, vakıfların, sivil toplum örgütlerinin ve özel sektörün katılımıyla “Stop TB Partnership” oluşturulmuştur [59]. Fakat tüberküloz konusunda Dünya Sağlık Örgütü’nün küresel düzeyde sürdürdüğü “hayırseverlik” yaklaşımına rağmen hastalığın kontrolü için gerekli kaynak tümüyle sağlanamamıştır. Yapılan hesaplamalar düşük ve orta gelirli ülkelerin tüberküloz konusunda başarıya ulaşması için gerekli kaynağın yıllık 7-8 milyar dolar olduğuna işaret etmektedir [1]. Oysa her yıl haksız ticaret sonucu 700; borçlanma yoluyla 382 ve sermaye kaçışı sonucunda 160 milyar dolar kaynak kaybedilmekte ya da transfer edilmektedir [58]. Dahası bu dünyada insanlığın dörtte birini oluşturan sanayileşmiş kesim dünya zenginliğinin %85’ini, gezegenimizdeki 358 varlıklı insan da 2,3 milyar yoksul insanın geliri kadar bir serveti elinde tutmaktadır [60]. Ancak Dünya Sağlık Örgütü ve onun öncülüğünde tüberküloz sorunu için bir araya gelen çevreler, transferler yoluyla aktarılan/kaybedilen kaynaklara ya da dünya genelinde zaman içerisinde artan sosyoekonomik eşitsizliğe dair bir öngörü ve politika geliştirmemektedirler. Oysa işsizliğin, eğitim düzeyi düşüklüğünün, açlığın yol açtığı düşük vücut kitle indeksinin, yoksulluğun bir yansıması olan ev halkının mal varlığının azlığının ve düşük sosyoekonomik ortamın bir sonucu olarak kalabalık yaşamının tüberküloz gelişimini arttıran temel faktörler olduğu bilinmektedir [61,62].

Öte yandan araştırmalar cezaevine girmenin 12,50; işsizliğin 6,10; gözüaltına alınmanın 5,70; sosyal güvence hakkının olmamasının 5,67; ailede tüberküloz tanılı bir hasta olmasının ise sadece 2,94 kat tüberküloz riskini artırdığını göstermişken; tüberkülozu var eden sosyoekonomik nedenler gözardı edilerek doğrudan gözetimli tedavi programları sayesinde hastalığın kontrolünde “gözetim” ön plana çıkarılmıştır [63].

Cezaevlerinde tüberkülozun yüz kat daha fazla geliştiği ve cezaevlerinde yaşanan ölümlerin en önemli nedeninin tüberküloz olduğu bilinmektedir [64]. Gerçekten de 2003 yılında Ukrayna'da tanı alan tüm tüberküloz hastalarının %30'u cezaevinde yaşayan insanlardır. Benzer biçimde cezaevinde gelişen ölümlerin %40'ı tüberküloza bağlıdır [65]. Cezaevlerinin kalabalık ortamı, tutukluların yaşama ve yerleşime uygun olmaması, cezaevlerinde yaşanan şiddet olayları, ortamda doğal ışığın ve havalandırmanın yetersizliği, soğuk-sıcak gibi hava koşullarına karşı insanların korunamaması, kötü beslenme, temiz içme suyuna ulaşamama ve yetersiz sağlık hizmetleri cezaevlerinde tüberkülozun gelişmesini sağlayan temel nedenlerdir [64]. Ancak unutulmamalıdır ki; liberal demokrasi açısından dünyanın diğer bölgelerine kıyasla daha ileri bir bölgesi olan Kıta Avrupa'sının cezaevlerinde dahi cezaevlerinin kapasitesinin %130'u oranında insan barındırılmaktadır. Bangladeş'te bu oranın %228'e, Kenya'da ise %337'e ulaştığı bilinmektedir [65]. Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi'ne göre cezaevinde yaşayan her bir insan asgari yedi metrekaire ihtiyaç duysa da, Gürcistan cezaevlerinde kişi başına ayrılan alan bir metrekaarenin altındadır [65]. Bu konuda daha ilginç olan; refahın, zenginliğin ve demokrasinin küresel ölçekte yaygınlaştığının iddia edildiği günümüz dünyasında, cezaevine düşen kişi sayısının hem Türkiye'de hem de dünyada her geçen yıl artmasıdır.

Literatür bulguları cezaevindeki insanların tedaviye geç ve güç ulaşması, konulan tanıdan kuşku duyması, tedavinin yan etkilerinden ürkmesi ve depresyon yaşaması nedeniyle cezaevlerinde verimin arttığını göstermektedir. Bununla birlikte cezaevinde yaşayan insanlar ülke dışına çıkabilmeye olanak tanıyacak bir pasaportun verilmesinin, iş olanağı yaratılmasının ve hastalık hakkında bilgi aktarılmasının tüberküloz sorunu çözülebileceğini ifade etmektedirler [66]. Benzer biçimde bir dönem cezaevine düşen ancak daha sonra serbest kalmış insanlar da konunun çözümü için toplumdan bilgi, para ve yiyecek talep etmektedirler [66]. Ancak söz konusu görüş ve talepler ulusal ve küresel tüberküloz kontrol programları bünyesinde karşılık bulamamaktadır. Çünkü talepler ekonomik değildir. Daha kötüsü gelir adaletsizliğinin ve sosyokültürel eşitsizliğin düzeltilmediği bir dünyada bu taleplerin karşılanabilmesi mümkün değildir. O nedenle tüberküloz sorunu, kendisini var eden sosyoekonomik temellerden azade kılınmakta ve sorun tümüyle medikalize edilmektedir. Bu bağlamda cezaevlerinde yaşanan ve sistemin doğrudan kendisinden kaynaklanan tüberküloz sorununun nedenlerinin sağlık çalışanları tarafından; cezaevindeki insanların kognitif kısıtlılıklar nedeniyle hastalığı algılayamaması, yakınmalarını önemsememesi, yemek, ek bakım ve özgürlük gibi ikincil yarar beklentisi içinde olması ve bağımlılık sorunundan dolayı tedaviye kötü uyum göstermeleri olarak tanımlanması çok çarpıcıdır [66].

Özetle; tüberküloz sorunu, genelinde sağlık sistemi özelinde sağlık çalışanları tarafından toplumsal bağlarından koparılarak değerlendirilmekte ve kriminalize edilerek bireyselleştirilmektedir. Elbette konunun bireysel bir sorun haline dönüşmesi çözümü de bireyselleştirmektedir. Dikkatlice düşünüldüğünde; dünyanın tıp pratiğinde tüberküloz tedavisinde önemli yer tutan sanatoryumların asıl amacının tüberküloz hasta-

larını sağlık birimlerine kapatıp orada gözetim altına almayı/ tedavi etmeyi amaçladığı fark edilebilir. Benzer biçimde bugün toplumda serbestçe dolaşma hakkının tanındığı tüberküloz hastalarına bir sağlık çalışanı tarafından ilaç yutturulduğunun gözetimi ve denetimine dayanan doğrudan gözetimli tedavisinin de eski paradigma ile çok benzer bir düşüncenin izlerini bünyesinde taşıdığı görülebilir. Gerçekten de iki yaklaşımda da sorun toplumsal bağlamından kopararak bireysel temelde ele alınmakta ve tüberkülozda "başarı", hasta olan kişinin "hapi yutmasına" indirgenmektedir.

Güvenlik ve Gözetim Toplumu Stratejisi

Pek çok hekim ve tıp alanında çalışan bilim insanı, sağlık alanındaki sorunların algılanma biçimini ve bu sorunlara önerilen çözüm yollarını uygarlığın bakış açısından karşılaştırarak saf bir "medikal" konu olarak ele almaktadır. Oysa tıp paradigması, tarihin her döneminde uygarlığın düşünce sistematiğinden bağımsız "medikal" bir konu olmamış, aksine uygarlığın o anki paradigmasını yeniden üreten ve meşrulaştıran bir rol üstlenmiştir. Bu bağlamda tüberküloz, aslında tıp paradigmasının üstlendiği bu rolün en net biçimde görünür olduğu bir sorundur.

Bilindiği üzere uzun yıllar dünya genelinde insanlar korku, denetim ve norm aracılığıyla disiplin altında tutulmaya çalışılmıştır. Ancak disiplin toplumun başat özelliği olan korku, denetim ve norm mekanizmaları birey ve toplumları arzu edilen biçimde kontrol altına alamamış ve uygarlık tarihi "demokratik" yönetsel aygıtlara doğru yön değiştirmiştir. Bu değişimin çarpıcı etkisi, yönetim kavramının toplumların gündelik hayatına dahil olmasıdır. Zaman içerisinde disiplinden güvenliğe ve gözetime dönüşen uygarlık stratejisinin tüberküloz alanındaki yansıması; tüberküloz hastalarının öldürülmesi, suçlanması ya da tecrit edilmesinden onları doğrudan gözetlemeye dönüşmek olmuştur.

Uygarlık tarihinin "ilerlemeci" perspektifi doğrultusunda toplumsal hayatın belirleyici kurumları; islahatçılarından hapishaneye kadar uzanan ve birbirlerinden farklı biçimlerde kendisini gösteren "toplama kampları"dır. Bilindiği üzere tür "toplama kampları", suçluların, ayyaşların, tembellerin, yağmacıların,.. yani toplumun "öteki" olarak tanımladığı grupların toplumdan ayrılmasını ve bu grupların gözetim altına alınmasını sağlamaktadır. İşte sanatoryum sistemi, tanımlanan bu "ayırma" ve "gözetim altına alma" mantığının tüberküloz alanındaki karşılığıdır.

Öte yandan zaman içerisinde toplum, gerek "toplama kampları"nın gerekse de epidemiyoloji biliminin katkılarıyla "nüfus" değişkenleri doğrultusunda normallığe göre sayılabilir ve sınıflandırılabilir nesnelere dönüştürülmüştür. Bu dönüşüm, bireylerin bedeni ve ruhunu eğiterek her bir insanı maksimum düzeyde değer üretebilecek bir konuma taşımıştır. Ancak sınıflamalar sayesinde toplumsal hayatın kendisi "kendiliğindenliği" yitirmiş ve zaman dahi dakikalara ayrılarak gündelik yaşam, mekân ve hatta sıradan bir gün bile ayrıntılarıyla tasnif edilmiştir. Michel Foucault'ya göre bu müdahalenin temel amacı "üretim süresine uyan ve gerekli gücü tam anlamıyla veren toparlanmış ve işine bağlı bir işçi gücünü yaratmaktır" [67]. Ancak unutulmamalıdır ki; bir gözetim ve kapatma kurumu olan *Panoptikon* sadece suçlu-

ları değil, tembelleri, delileri, terk edilmiş çocukları, öksüzleri, öğrencileri, zührevi hastalıkları olanları, düşkün yoksulları, eşcinselleri, fahişeleri ve işçileri de bünyesine aralık toplumsal helezonun içine yerleşmektedir. Bu nedenle mevcut uygarlığı, -tüberküloz konusunda kendisini fazlasıyla ortaya koyduğu biçimde- bir tür “güvenlik ve gözetim uygarlığı” olarak tanımlamak mümkündür [64].

Bununla birlikte şekillendirilen “güvenlik ve gözetim uygarlığı”, sadece ıslahevleri, hapishaneler ya da sanatoryumlar için geçerli değildir. Aksine tüm bireyler, okul, hastane, fabrika, ev gibi çeşitli bölümlere kapatılarak ücretli işçi durumuna getirilmiştir. Uygarlığı şekillendiren kapitalizm, mesai saatleri, ders saatleri, vardiya saatleri adı altında her bireyi gözetimi altına almış ve herkesi çalışmak, artık-değer üretmek ve sistemin devamı için tüketmek döngüsüne hapsetmiştir. Oluşturulan bu modern *Panopticon*'u Foucault şu cümlelerle tanımlamaktadır: “Panopticon, halka biçimli bir binadır, ortasında bir avlu ve avlunun ortasında bir kule vardır. Halka hem içeriye hem dışarıya bakan hücrelere bölünmüştür. Bu küçük hücrelerin her birinde, kurumun hedefine uygun olarak, yazı yazmayı öğrenen bir çocuk, çalışan bir işçi, ıslah edilen bir mahkum, deliliği yaşayan bir deli vardır. Panoptikon, aslında bir toplum ve bir iktidar türünün ütopyasıdır; bunlar aslında fiilen gerçekleşmiş olan ütopyadır” [68].

Uygarlığın giyotin, idam, dayak gibi zorun uygulandığı ve insanların denetlendiği disiplin toplumundan, ağırlıkla yönetim mekanizmasının uygulandığı güvenlik toplumuna geçmesi kişiyi teslim almaktan daha “iyi” bir sonuç yaratmıştır. Gerçekten de zaman içerisinde yönetsel mantığın ağırlık kazanmasıyla akıl kutsanmış, bu kutsama bilginin iktidarına yol açmış ve kurulan bu iktidar sayesinde -sağlık alanı başta olmak üzere her alanda- uzmanlık otoritelerini hakikatin biricik sözcüsü haline getirmiştir. Kuşkusuz uzmanlık otoriteleri de her bir durum için epidemiyoloji bilgisi sayesinde normallığın eğrisini tanımlayarak “norm”u belirlemişlerdir. Gambetti'ye göre bu nedenle “norm, sistemin devamını sağlayacak şekilde tutturulan bir ortalama”ya dönüşmüştür [69].

Zaman içerisinde olağanüstü öneme ve statüye kavuşan uzmanlar otorite sayılmanın getirdiği güç sayesinde toplumsal meşruiyetlerini “norm” temelinde sağlamlaştırmış ve hesaplanan “normal” eğrisinin dışında kalanlar -örneğin tüberkülozlu- toplum tarafından işaretlenerek etiketlenmiştir. Kuşkusuz böylesi bir uygarlıkta bireylerin tek seçeneği; normlara uygun davranmayı sapkın pozisyona düşmemek için, “tarafsız” ve “evrensel” olduğunu iddia eden bilginin iktidarı tarafından tanımlanmış normlara itirazsız uymak olmuştur. Ancak kişinin böylesi bir ortamda kendi “özgür” iradesiyle kendisini özdeneetim yoluyla belirlenmiş bu normlara göre “geliştirmesi”, disiplin toplumunun başaramadığı bir değişimi, yani kişinin dışarıdan zor aygıtı kullanılmadan ele geçirilmesini sağlamıştır. O nedenle bu uygarlık dahilinde uzmanların kendi iktidar güçlerini devam ettirebilmeleri için tüm sorunlar -örneğin tüberküloz- tüm aksi kanıtlara rağmen sosyoekonomik ve sosyokültürel bağlamdan kopartılarak ısrarla biyomedikal paradigmayla indirgenerek tanımlanmaktadır [64].

Son olarak; özdeneetim mekanizmalarına yaslanan ve insan türünün biyolojik özelliklerini biyoiktidar sayesinde siyasetin

ve dolayısıyla iktidarın nesnesi haline indirgeyen bu ıslah edilme halinin, neoliberal iktisadın devlet aygıtına yönelttiği eleştirilerle de buluştuğu ve onun özgürlük ütopyasını kutsadığı kolaylıkla fark edilebilir. Bu bağlamda Zeynep Gambetti, klasik egemenlik paradigmasını içeren iktidar biçiminin ekonomik karşılığının mutlak fiyat kontrolü olmasına karşın, güvenlik toplumu iktidarının iktisadi anlayışının serbest piyasa olduğunu ifade etmektedir [70]. Bu bağlamda güvenlik paradigması, iktidarın her şeyi teslim alamayacağını farkında olduğu için süreci kendi akışına bırakmaktadır. O nedenle üçüncü bin yılın toplumunda kimin öleceği ya da kimin yaşayacağını belirleyen mekanizma anlık değişen riskler olmuştur [70]. Neoliberalizmin bu bakış açısı ne yazık ki tüberküloz konusunda da etkili olmuş ve sorun tüberküloz riskini arttıran faktörler ve bu risklere karşı bireyin alacağı önlemler olarak “kişisel bir sorun” olarak kamuoyunun gündemine taşınmıştır. Öte yandan tüberküloz konusu, dünyanın gündemine uzun bir süredir hep “tehlikeler” başlığı altında getirilmiştir. Tüberkülozun bulaşıcı bir hastalık olmasından da beslenen bu risk ve tehlike söylemi -özellikle direnç sorunu bağlamında- dünyada bir karşılık bulmuştur. Zaten tüberkülozda her geçen gün artan bu tehlike söyleminin temel paradigması ile de uyumludur. Kolayca tahmin edileceği üzere bir “güvenlik toplumu”nda sermayenin kâr maksimizasyonuna ulaşmasının en kısa yolu güvensizlik (=tehlike) söylemini yaygınlaştırarak güvenlik malzemelerini ya da önlemlerini herkese satmaktır. Her yerin tehditle dolu olduğu, herkesin evine her an bir hırsızın girebileceği, ansızın bir kapkaça kurban gidebileceği, ya da böbreklerini organ mafyasına kaptırabileceği söylemi bu kez tüberküloz bağlamında yeniden üretilmiştir: Dikkat edin, bulaşıcı bu hastalık her an sizi de yakalayabilir ve artan direnç sorunu nedeniyle öldürebilir! [64]. Dünya Sağlık Örgütü'nün son raporunda da bu bakış açısının bir yansıması olarak; tüberküloz sorununu var eden sosyokültürel ve sosyoekonomik zemine yer verilmemesine karşılık, tüberkülozda direnç sorunu, dirençli olguların erken tanısında kullanılacak teknolojik gelişmeler ve gelecekte hastalığın tedavisinde umut vaat edecek yeni ilaç ve/veya aşılarda kendisine fazlasıyla yer bulmuştur (1)

SONUÇ

Mycobacterium tuberculosis'in yaşının yaklaşık 300 milyon olduğu ve milattan önce 3 bin yıldan beri insanlarda hastalığa yol açtığı bilinmektedir [71]. Ancak bu eski geçmişine rağmen tüberkülozun bir enfeksiyöz kökenli hastalık olduğunun anlaşılması nispeten yenidir: 1882 yılında Dr. Robert Koch, tüberkülozdan ölen bir hastanın akciğer lezyonlarında basili gösterip kültürde üretmiş ve ürettiği basille deney hayvanlarında verem oluşturarak hastalığın etkenini kanıtlamıştır [71]. Etkenin kesin olarak gösterildiği tarihten bugüne kadar hastalığın tedavisi konusunda ağırlıkla biyomedikal bakış etkili olmuş ve aşı, ilaç, karantina, sanatoryum ve gözetim uygulamaları tüberküloz konusunda hep gündeme gelmiştir.

Rudolf Virchow, 1821-1902 yılları arasında yaşamış bir hekimdir. Patoloji, halk sağlığı, antropoloji ve politika alanlarında yaptığı çalışmalar nedeniyle “Patolojinin Babası”, “Alman Hekimliğinin Babası” ve “Toplumcu Tıbbın Babası” gibi unvanlara layık görülmüştür. Virchow'u tüberküloz aç-

sından önemli kılan nokta; 1847-1848 kışında ekonomik açıdan kötü durumda olan Yukarı Silezya'da yaşanan tifüs salgını konusunda yazdığı rapordur. Virchow, hazırladığı raporda yaşanan tifüs salgınına bütünsel yaklaşmış ve bu yaklaşım bir gereği olarak bölgenin coğrafi yapısını, iklimini, yeryüzü şekillerini, sanayi ve tarım ilişkilerini, toplumun etkin ve kültürel özelliklerini, politik ve idari yapısını, kilisenin etkilerini, vergi sistemini, toplumsal katmanlaşmayı, barınma koşullarını, eğitim durumunu, beslenme alışkanlıklarını ve geleneksel tıp uygulamalarını dikkate alan kısa ve uzun erimli önlemler tanımlamıştır [72]. Virchow'un salgını önlemek konusunda tavsiye ettiği kısa erimli önlemler arasında; -tüberküloz kontrol programlarında da görüldüğü gibi- yeni olgular için bildirim/uyarım sisteminin kurulması ve tıbbi bakımın örgütlenmesi yer almıştır. Ancak Virchow, -tüberküloz kontrol programlarından farklı olarak- salgının önlenmesi için kısa erimli hedefler arasında profesyonellerle halk ve idari yapı temsilcileri arasında ortak komitelerin oluşturulmasına ve yoksullara gıda temininin sağlanmasına da yer vermiştir. Öte yandan Virchow'a göre; salgının önlenmesi, uzun vadede ancak tam ve sınırsız demokrasinin var edilmesi, demokratik bir hükümetin şekillendirilmesi, özyönetim ve yerel yönetimin geliştirilmesi, herkese ücretsiz ve anadilde eğitim hakkının tanınması, devlet ve kilisenin mutlak ayrılması, vergi yükünün yoksullardan alınıp zenginlere taşınması, toprak reformunun gerçekleştirilmesi, sanayinin geliştirilmesi, yolların yapılması, gıda ambarlarının oluşturulması ve kooperatifleşmenin teşvik edilmesi ile mümkündür [72].

Ulusal ve küresel tüberküloz kontrol programları incelendiğinde bu programların hiçbirisinde Virchow'un özellikle uzun erimli tavsiyelerine benzer önerilerin yer almadığı görülebilir. Oysa Virchow'un da gayet isabetle tanımladığı gibi *Mycobacterium tuberculosis* herkeste hastalık oluşturmaz. Yani *Mycobacterium tuberculosis*, tüberküloz hastalığı için gerekli ama yeterli şartı oluşturmamaktadır. O nedenle tüberküloz kontrol programlarının günümüzde olduğu gibi sadece gerekli şart olan *Mycobacterium tuberculosis*'in tedavisine odaklanması halinde tüberküloz salgınında başarıya ulaşılması olanaklı değildir. Çünkü tüberkülozun bir toplum sağlığı sorunu olmaktan çıkarılabilmesi için kontrol programlarının biyopsikososyal bakışla hazırlanması, küresel, bölgesel, ulusal ve yerel düzeyde üretim ve bölüşüm ilişkilerinin tüberküloz bağlamında ele alınması ve özellikle sağlık çalışanlarından hastalara yönelen ayrımcı davranışların tümüyle sonlanması zorunludur. Bu noktada Dünya Sağlık Örgütü'nün tüberküloz konusunda izlenmesini önerdiği temel etik ilkeler arasında yer alan sosyal adalet, eşitlik, dayanışma ve ortak iyilik kavramları gerçekten özel bir değer taşımaktadır [6]. Ancak kapitalizmin neoliberalizm biçiminde bir yaşam biçimi haline evrildiği, herkesin herkesi geçmeye/yenmeye çalıştığı, her değerın alınıp-satılan bir metaya dönüştüğü, acımasız rekabetin ve kazanmanın tek değer addedildiği bir uygarlığın etik eleştirisi yapılmadan söz konusu kavramları ifade etmenin değişim için bir anlam taşımayacağı görülmelidir.

Teşekkür: Makalenin yazım sürecinde tıp etiği alanındaki bilgi ve çalışmaları bana destek olan Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Murat Civaner (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi) ve Dr. Murat Aksu'ya (İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi) teşekkür ederim.

Acknowledgement: The author thanks to Murat Civaner, MD (Uludağ University Faculty of Medicine) and Murat Aksu, MD (İzmir University Faculty of Medicine) who are academicians at the Department of Medical History and Ethics, for their support by means of their knowledge and studies on the field of medical ethics over the course of writing period of this paper.

KAYNAKLAR

1. WHO. Global tuberculosis report 2013. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ Accessed January 4, 2014.
2. Türk Dil Kurumu Web Sayfası, <http://www.tdk.gov.tr/> Accessed January 4, 2014.
3. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;29:7-12.
4. WHO. The STOP TB Strategy. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf Accessed January 4, 2014.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. Birinci Basım. Ankara. 2011.
6. WHO. Guidance on ethics of tuberculosis prevention care and control. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500531_eng.pdf Accessed January 4, 2014.
7. WHO. HIV Associated TB Facts 2013. http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tbhiv_factsheet_2013_web.pdf Accessed January 4, 2014.
8. Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. Semin Respir Crit Care Med 2008;29:481-91. [CrossRef]
9. Yavuz CI. Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm. İçinde: Elbek O; eds. Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır. Birinci Baskı. Hayyikitap. 2013:41-56.
10. Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. Lancet 2000;356:1598-601. [CrossRef]
11. Akalın AM. Toplumcu Tıbbı Giriş. Birinci Baskı. Yazılıma Yayınevi. 2013:225-44.
12. Lister J. Sağlık Politikası Reformu. Birinci Baskı. İnsev Yayınları. 2008:53-95.
13. Koivusalo M. Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi. İçinde: Panitch L & Leys C; eds. Kapitalizmde Sağlık. Birinci Basım. Yordam Kitap. 2011:302-17.
14. Navarro V. The world situation and WHO. Lancet 2004;363:1321-3. [CrossRef]
15. Rao M. "Herkes İçin Sağlık" ve Neoliberal Küreselleşme: Bir Hint İllüzyonu. İçinde: Panitch L & Leys C; eds. Kapitalizmde Sağlık. Birinci Basım. Yordam Kitap. 2011:285-301.
16. Chiang CY, Van Weezenbeek C, Mori T, Enarson DA. Challenges to the global control of tuberculosis. Respirology 2013;18:596-604. [CrossRef]
17. Glaziou P, Falzon D, Floyd K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis. Semin Respir Crit Care Med 2013;34:3-16. [CrossRef]
18. Janssens JP, Rieder HL. An ecological analysis of incidence of tuberculosis and per capita gross domestic product. Eur Respir J 2008;32:1415-6. [CrossRef]
19. WHO. Blas E & Kurup AS; eds. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. World Health Organization, Geneva, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf?ua=1 Accessed January 30, 2014.
20. WHO. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams B, Dye C, Raviglione M. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: Blas E & Kurup AS; eds. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. World Health Organization, Geneva. 2010; 219-241. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf?ua=1 Accessed January 30, 2014.
21. Barış YI. Primitif biyomasın neden olduğu sağlık sorunları. Türk Toraks Derneği Yayınları. 2006.
22. Kodgule R, Salvi S. Exposure to biomass smoke as a cause for airway disease in women and children. Curr Opin Allergy Clin

- Ummunol 2012;12:82-90. [\[CrossRef\]](#)
23. Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. Indoor air pollution and airway disease. *Int J Tuberc Lung Disease* 2004;8:1401-15.
 24. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. World Health Organization. 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241580348_eng_Volume1.pdf Accessed January 28, 2014.
 25. Arpacı B, Bayrak S, Önel Z, ve ark. Tüberküloz kontrolü toplumsal cinsiyet rollerinden etkileniyor mu? Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi. http://www.baskent-ank.edu.tr/tibbibirimler/halk_sagligi/Rapor_Tbc_Top.Cins.pdf Accessed January 28, 2014.
 26. Lakshmi PV, Virdi NK, Thakur JS, et al. Biomass fuel and risk of tuberculosis: a case-control study from Northern India. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:457-61. [\[CrossRef\]](#)
 27. Mortimer K, Gordon SB, Jindal SK, et al. Household air pollution is a major avoidable risk factor for cardiorespiratory disease. *Chest* 2012;142:1308-15. [\[CrossRef\]](#)
 28. Törün T, Güngör G, Özmen İ, et al. Bronchial anthracostenosis in patients exposed to biomass smoke. *Turkish Respiratory Journal* 2007;8:48-51.
 29. Zhang JJ, Smith KR. Household air pollution from coal and biomass fuels in China: measurements, health impacts, and interventions. *Environ Health Perspect* 2007;115:848-55. [\[CrossRef\]](#)
 30. Kurmi OP, Lam KB, Ayres JG. Indoor air pollution and the lung in low- and medium-income countries. *Eur Respir J* 2012;40:239-54. [\[CrossRef\]](#)
 31. Babalık A, Bakırcı N, Taylan M, ve ark. Biomass smoke exposure as a serious health hazard for women. *Tuberk Toraks* 2013;61:115-21. [\[CrossRef\]](#)
 32. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008;8:15. [\[CrossRef\]](#)
 33. Yasin Y. İstanbul'da akciğer tüberkülozlu olgularda tanı-tedavi gecikmeleri ve Aile Hekimliği'ne geçiş süreci. XXVII. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi; 9-11 Ocak 2014; Antalya, Türkiye. PS: 12.
 34. Asoğlu GD, Alkoy S, Görmüş D, ve ark. Tedaviye uyum göstermeyen TB hastalarının sosyo-demografik özellikleri. XXIV. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi; 16-18 Kasım 2006; Konya, Türkiye. p.17, S:149.
 35. The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care. 2006 http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf Accessed January 4, 2014.
 36. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Verem (Tüberküloz) Hastaları ile Hasta Yakınlarını Bilgilendirme Rehberi ve Veremli Hastaların Hak ve Sorumlulukları. Birinci Basım, Ankara, 2011. S: 17-19 <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/806-hasta-ve-hasta-yak%C4%B1nlar%C4%B1n%C4%B1-bilgilendirme-rehberi.html> Accessed January 4, 2014.
 37. Bozkurt H, Türkkanı MH, Musaonbaşıoğlu SYıldırım A, Deprem C, Baykal F. Türkiye'de 2009 Yılında Tüberküloz Hastalarına Tanı Koyan ve Tedavi Başlayan Sağlık Kurumları. XXVI. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi; 23-26 Mart 2011; Adana. http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Dokumanlar/Posterler/bildiri_6.pdf Accessed January 28, 2014.
 38. Radikal Gazetesi (25.09.2013) 6 milyarlık prim borcuna af göründü http://www.radikal.com.tr/ekonomi/6_milyar_liralik_prim_borcuna_af_gorundu-1152371 Accessed January 4, 2014.
 39. Sönmez M. Paran Kadar Sağlık. Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi. Birinci Baskı. Yordam Kitap. İstanbul. 2011:30-69.
 40. Aslan D. Halk sağlığı bakış açısıyla sosyal açıdan damgalayıcı bir hastalık: Tüberküloz. *Klinik Gelişim* 2007;20:86-90.
 41. Polat H, Ergüney S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15:40-7.
 42. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(Ek 6):11-20.
 43. Aydın IO, Uluşahin A. Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:77-83. [\[CrossRef\]](#)
 44. Ünal D, Baştürk M, Soyuer F, ve ark. Tüberkülozlu hastalarda depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisinin aktif, inaktif ve kontrol gruplarında belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:113-24.
 45. Duyan V, Kurt B, Aktas Z, et al. Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalised with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:1361-6.
 46. Kara MA. Applicability of the principle of respect for autonomy: the perspective of Turkey. *J Med Ethics* 2007;33:627-30. [\[CrossRef\]](#)
 47. TTB. Hekimlik meslek etiği kuralları. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 Accessed January 4, 2014.
 48. Ayık S, Karasu I, Çil E, ve ark. Hastaların tüberküloz hastalığı hakkında bilgi düzeyleri. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2013;27:81-7.
 49. Aksu M, Yıldırım G, Özşahin SL, ve ark. Aile hekimleri ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin tüberkülozlu hasta hakları ve sorumluluklarına bakışı: Sivas ili örneğinde Türk Toraks Derneği 16. Yıllık Kongresi; 3-7 Nisan 2013; Belek, Antalya, Türkiye. SS: 071.
 50. TTB. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Birinci Baskı. Ankara. Mayıs 2010:18.
 51. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsoz A. Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk nedenlerine yönelik bir anket çalışması. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2004;18:119-22.
 52. Özşeker F, Akkaya E, Dilek İ, Damadoğlu E. Tüberküloz hastalarının tedaviye uyumu (Hasta Kompliyansı). *Solunum Hastalıkları* 2004;15:109-15.
 53. Kara B. Tüberküloz kontrolünde başlıca sorunlardan biri: tedaviye uyum. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8:75-82.
 54. Öztürk F, Polat D, Tümer Ö, Çalısır H. Tüberküloz nedeniyle işsiz kalmak ve işgücü kaybı. *Türk Toraks Derneği 15. Yıllık Kongresi*; 11-15 Nisan 2012; Side, Antalya, Türkiye. SS: 183. <http://www.abstractagent.com/av2/afpr.asp?pdid=2012toraks&plng=tur&au=1034&afu=136488> Accessed January 28, 2014.
 55. Türk Tabipleri Birliği. Tüberküloz Raporu. Birinci Baskı. Ocak 2012. Ankara. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tuberkulozrpr.pdf> Accessed January 4, 2014.
 56. Mumcu HK. Trabzon'da hekimlerin tüberküloz kontrolü ve doğrudan gözetimli tedavi stratejisi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *STED* 2013;22:131-7.
 57. Boyne R. Foucault ve Derrida. *Aklın Öteki Yüzü*. Birinci Baskı. Bilgesu Yayınları. 2009: 45.
 58. Katz A. "New Global Health": a reversal of logic, history and principles. *Social Medicine* 2008;3:1-3.
 59. Stop TB Partnership. About Us. <http://www.stoptb.org/about/> Accessed January 4, 2014.
 60. Sayar K. Küreselleşmenin psikolojik boyutları. *Yeni Symposium* 2001;39:79-94.
 61. Harling G, Ehrlich R, Myer L. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2008;66:492-505. [\[CrossRef\]](#)
 62. Olson NA, Davidow AL, Winston CA, et al. A national study of socioeconomic status and tuberculosis rates by country of birth, United States, 1996-2005. *BMC Public Health* 2012;12:365. [\[CrossRef\]](#)
 63. Coker R, McKee M, Atun R, et al. Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study. *BMJ* 2006;332:85-7. [\[CrossRef\]](#)
 64. Elbek O. Sağlıkta Neoliberal İktidar ve Ötekiler: "İçeri"si ve Verem. İçinde: Özbay C, Terzioğlu A, Yasin Y; eds. Neoliberalizm ve Mahremiyet. Birinci Baskı. Metis Yayınları. 2011:59-69.
 65. People's Health Movement. Global health watch 2. An alternative world health report. 2008. <http://www.ghealthwatch.org/> Accessed January 4, 2014.

66. Fry RS, Khoshnood K, Vdovichenko E, et al. Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:1027-33.
67. Foucault M. Ders Özetleri, 1970-1982. (Çev: Hilav S). Yapı Kredi Yayınları. Beşinci Baskı. Nisan 2001:68.
68. Foucault M. Büyük Kapatılma. (Çev: Ergüden I & Keskin F). Ayrıntı Yayınları. Birinci Basım. 2000:224.
69. Gambetti Z. İktidarın dönüşen çehresi: neoliberalizm, şiddet ve kurumsal siyasetin tasfiyesi. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* 2009;40:143-64.
70. Gambetti Z. Foucault'da Disiplin Toplumu – Güvenlik Toplumu Ayrımı. *Mesele Dergisi* 2008;20:43-6.
71. Barış Yİ. Çağlar boyu tüberküloz. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu; Samsun. <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2012/02/982011124024-Izzettin-Baris.pdf> Accessed January 1, 2014.
72. Akalın A. Koruyucu hekimlikten toplum sağlığına giden yolda Rudolf Virchow. https://www.academia.edu/1747086/Koruyucu_Hekimlikten_Toplumcu_Sagliga_Giden_Yolda_Rudolf_Virchow Accessed January 1, 2014.