

Tüberküloz Hastasında Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)

Uygulamasında Karşılaşılan Etik İkilemler

Ethical Dilemmas of Tuberculosis Patient during the Application of Directly Observed Treatment

İlknur GENÇ KUZUCA^a

Özet: Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) tüberküloz hastasının ilaçlarını bir gözetmen eşliğinde kullanması ve bunun kayda alınması şeklinde uygulanan bir tedavi yaklaşımıdır. Bu tedavi yaklaşımı, tüm tüberküloz hastalarının tedaviye uyumsuz olabileceği ön kabulüne dayanmaktadır. DGT'nin amacı, tedavinin düzenli ve eksiksiz bitirilmesini sağlayarak tüberküloz insidansını azaltmak, ilaç direnci gelişmesine engel olmaktır. Bu nedenle dünya da ve ülkemizde tüberküloz tedavisi için bir strateji olarak benimsenmiştir ve uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, DGT uygulamasının temelinde bulunan dayatmanın, toplum yararını öne alarak, hastaların özerkliğine saygı ilkesinin ihlal edilmesine yol açtığını, bu değersel seçimin doğru olmadığını kanıtlamaktır. Tüberküloz gibi bulaşıcı olan bir hastalıkta, tıp etiğinin temel ilkelerinden olan yarar sağlama ve özerkliğe saygı ilkeleri arasında karşılaşılan ikileme, etik açıdan daha az değer harcayan ve daha fazla değeri koruyan bir çözüm sunulmaya çalışılacaktır.

Tüberküloz kontrolünde DGT olmazsa olmaz bir tedavi yaklaşımı değildir. Hastanın ilacını kullanma şekli ni ya da DGT yapılmasına onay veriyorsa gözetimini yapacak kişiyi belirleme hakkı, özerkliğe saygı ilkesinin gereğidir. Özerkliğe saygı; insan haklarının, dolayısıyla da hasta haklarının temel ögesidir. DGT uygulaması yapılırken hastalardan mutlaka onam alınmalıdır. Bu onam alınırken hastanın kültürel değerleri göz önünde tutulmalı, dayatma, zorlama olmamalı; gönüllülük temel alınmalıdır. Tedavi başarısını artırmada sosyal belirleyici ölçütleri düzeltmek, hastalık ve tedavisi hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapmak DGT'den daha önemli ve etkilidir ve geri plana itilmemelidir. DGT'de öne alınan yarar sağlama ilkesi nedeniyle özerkliğe saygı ilkesi gözardı edilmemeli, bazı özelliklere sahip hastalar dışında DGT dayatılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Doğrudan gözetimli tedavi, tüberküloz, etik ikilem

--

Abstract: Directly observed treatment is a kind of treatment approach during which the patient gets his/her medicine with the help of an observer who records this process. This treatment approach is based on a hypothesis which claims that all tuberculosis patients could show maladaptive behavior. The aim of directly observed treatment is to complete the treatment process accurately and significantly, decrease tuberculosis incidence and prevent medical resistance. Therefore, this treatment has been embraced and applied both in Turkey and universally.

The purpose of this study is to prove that directly observed treatment, which brings in the benefit of society and invade respect to autonomy of the patient, is not true. The dilemma about the fundamental principles of benefits and respects to the individual right will be presented and a solution is presented which putting on less

^aUzm. Dr. (MD) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, ✉ ilkgenc@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 08.02.2017 • Kabul Tarihi: 20.03.2017

values ethically and producing more values ethically in this article.

Directly observed treatment is not essential during tuberculosis process. Determining patient's the way of medicine usage and the person approving DOT is one of the important principles of respect for autonomy. Respect for autonomy is the fundamental parts of human and patient's rights. Before DOT, it is crucial to get permission from the patient. During this permission process, the cultural values of the patient should be taken into consideration. Enforcement and coercion should be avoided and volunteering should be the first important principle. In order to increase the treatment success, the regulation of social determinant factor, explaining the illness and treatment in detail can be more crucial than DOT. These factors should not be the background push. Because of the benefit of DOT, the principles of autonomous respect should not ignorable. DOT should not be imposed except for some specific patients.

Keywords: *Directly observed treatment, tuberculosis, ethical dilemma*

TÜBERKÜLOZ, TEDAVİSİ , BULAŞMA VE DGT

Tüberküloz toplum sağlığını tehdit eden ve solunum yoluyla bulaşan bir hastalıktır. Solunum yoluyla bulaşması nedeniyle, toplumu korumak için etkili bir yöntem uygulanması zor olmaktadır. Toplum tüberkülozdan korumanın en kesin yolu hastalığa erken tanı konması ve saptanan hastaların etkili bir şekilde tedavi edilmesidir. Etkili bir koruma yönteminin olmamasının yanı sıra, tanı konulan hastaların bir kısmının tedaviyi yarım bırakması ya da ilaçları düzensiz kullanarak basil yaymayı sürdürmesi, tüberküloz tedavisinin gözetim altında yapılmasının gündeme gelmesine neden olmuştur. Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) tüberküloz hastalarına ilaçlarının bir başkasının gözetimi altında kullanılmasıdır. Bu yöntemin temel amacı hastanın ilacını düzenli ve eksiksiz bir şekilde aldığı kontrol edilmesi ve tedavisinin tamamlanmasının sağlanmasıdır (1).

DGT uygulamasına Dr. Styblo'nun önerisi ile Afrika'da Tanzanya'da başlanmış, devamında tüberküloz yükünün fazla olduğu Hindistan, Çin, Peru gibi ülkelerde uygulanmıştır. Tedavinin özgün uygulamasında ilaçların kullanılması için gözetim yapan kişi seçiminde sosyal ve kültürel farklılıklar dikkate alınmıştır. Uygulamanın bir sağlık görevlisi gözetiminde yapılması önerilmekle birlikte, bazı koşullarda sağlık görevlisi yerine anne, baba, kardeş, akraba, muhtar, öğretmen, eczacı, infaz koruma memuru, bakkal vb. kişiler ilacı yutturma, kaydetme ve denetleme görevini yapabilmektedir (2).

Tüberküloz tedavisi en az dört çeşit ilaçla (ilk 2 ay; INH (izoniazid), Rif (rifampisin) MPZ (morfozinamid), devamında dört ay; INH, Rif) toplamda altı ay sürmektedir. Hasta tedavisinin başlangıcından sonraki birkaç hafta içinde semptomatik olarak düzelmekte ve çok sayıda ilacı uzun süreli kullanmak konusunda zorlanmaktadır. Yakınmaları geçtiği için yeterince ilaç kullandığını düşünmekte zamanından önce ilaç almayı ya da düzenli kullanmayı bırakmaktadır. Sonuçta düzelmeyen, basil çıkarmayı sürdüren, en kötüsü ilaçlara direnç geliştiren çok ilaca dirençli (ÇİD) hastalar oluşmaktadır. ÇİD hastaların tam tedavisi çok zordur. Kullanılan ilaçların maliyeti çok yüksek, yan etkileri ise çok fazladır.

Bölge tüberküloz toplantıları verilerine göre Türkiye de yeni tedavi alan hastaların %10'unun, daha önce tedavi alan hastaların ise %20'sinin tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir (1). Bu oranlar bölgesel ve kişisel farklılıklar göstermektedir. Sosyoekonomik yönden zayıf olan bölgelerde, eğitim seviyesi düşük hastalarda, alkol ve madde bağımlılarında, nüfus hareketliliğinin yüksek olduğu, çok göç alan bölgelerde tedaviyi terk etme oranları daha yüksek seyretmektedir (3).

Yapılan çalışmalarda uyumsuzluk nedeni sorgulanan hastaların büyük çoğunluğu yakınmaları geçtiği ve kendilerini iyi hissettikleri için ilaç kullanmaya gerek duymadıklarını belirtmişlerdir. Ailevi ve sosyal sorunlar, maddi olanaksızlıklar, hastalık ve tedavisi hakkında yeterince bilgi verilmemesi, hastanın işleri nedeniyle vakit bulamaması, yeterli miktarda ilaç verilmemesi, adres değişikliği, depresyon, düzensiz yaşam, alkol ve madde

bağımlılığı gibi nedenler tedavinin erken bırakılmasının gerekçeleri olarak sıralanmıştır. Bu sorun tüm ülkelerde yaşanmaktadır ve tedaviye uyumsuzluk oranları %20-50 arasında bildirilmektedir (3-7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1993 yılında tüm dünya da DGT'yi strateji olarak benimsemiş ve önermiştir (8) .

Ülkemizde DGT uygulamaları

Tarih boyunca dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların en önemlilerinden birisi tüberküloz olmuştur. Tüberküloz genellikle sosyoekonomik krizlerin ve savaş yıllarının ardından hızla artış göstermiştir. Hastalıkla ve bağlamında hastaların yoksulluğuyla mücadele edilmesi hep birlikte gündemde olmuştur. Bu amaçla hastaların tecrit edileceği ve bakım sağlanacağı merkezler açılmaya başlanmıştır. 1900'lü yılların ilk yarısında verem savaş dernekleri, verem savaş dispanserleri, sanatoryumlar ülke genelinde yaygınlaşmıştır. 1930 yılında "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve kanunun "Memleket Dahilinde Sari ve Salgın Hastalıklarla Mücadele" başlığı altında ihbarı zorunlu hastalıklar tanımlanmıştır. Bu kanun tüberküloz da dâhil bulaşıcı hastalıklarda sağlıkçılara ve devlet otoritelerine gereken durumlarda tecrit, gözlem ve tedavi yapma görevi vermektedir. Diğer yandan aynı kanunda hastalığın sosyoekonomik boyutuna dikkat çekilmekte, tecrit edilen hastanın ve ailesinin barınma, beslenme gibi ihtiyaçlarını karşılamak için devlet görevlendirilmektedir (9). Tüberküloz tedavisinde gözetim, hastalığın tarihi boyunca hep söz konusu olmuştur, ancak bu gözetim daha çok tecrit ve bakım amacıyla yapılmıştır.

Ülkemizde DGT ilk olarak 2000 yılında Nazilli'de, devamında Denizli ve Aydın Verem Savaşı Dispanseri (VSD)'nde uygulanmış, 2006 yılında Sağlık Bakanlığı politikası olarak ülke genelinde tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Türkiye'de kayıtlı tüberküloz hastalarının %96,6'sına DGT uygulanmaktadır (8).

Tüberküloz hastalarına tedavi, tanı aldığı kurumda ya da VSD'de başlanmakta ve devamında hasta yaşadığı bölgedeki VSD'ye yönlendirilmektedir. DGT uygulaması başlamadan önce hastanın takibi VSD'de aylık olarak yapılmakta, tedaviye uyumsuz olduğu düşünülen hastalarda bu süre hastaya göre günlük, haftalık veya aylık kontrol olacak şekilde düzenlenmekteydi. DGT uygulaması başladıktan sonra hastanın takibi VSD tarafından yönlendirilerek, bağlı bulunduğu aile hekimliğince günlük olarak yapılmaya başlanmıştır. VSD ilaçları düzenli olarak aile hekimliğine göndermekte ve DGT uygulamasının takibini ve denetimini yapmaktadır.

Hasta hakları ve tüberküloz hastası hakları

Türk Tabipleri Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 21. maddesinde belirtildiği gibi, hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı gibi hasta haklarına saygı göstermek zorundadır (10). Özerkliğe saygı ilkesi çerçevesinde tanımlanan bu haklar, kendi sorumluluğunu alabilen yeterliliği olan her hastanın temel hakkıdır. Ancak toplumun yararı için hastanın özerkliğine saygı ilkesinin gözardı edilebileceği bazı durumlar söz konusudur. Bulaşıcı hastalıklar bu anlamda en sorunlu alanlardan biridir ve bu hastalarda hastanın özerkliğine saygı ilkesi, yararlılık ilkesi öne alınarak ihlal edilebilmektedir.

Tüberküloz hastalığı hasta hekim ilişkisi açısından solunum yoluyla bulaşmayan bulaşıcı hastalıklardan farklı etik sorunları içermektedir. Balgamda basil pozitif tüberküloz hastası toplum içinde yaşadığı sürece bulaştırıcıdır ve aynı ortamlarda yaşayan kişilerin (temaslıların) tüberküloz açısından taranması gerekmektedir. Ne yazık ki bu taramalar çoğu zaman işyeri, okul, aile gibi çok sayıda insanın yaşadığı alanlarda yapılmakta ve bulaş kaynağı olan hastanın bilgisinin saklanması olanaksız olabilmektedir. Bu makalede diğer bulaşıcı hastalıklarda ve tüberküloz hastalarına tanı konulduğunda yapılması gereken taramalarda karşılaşılan etik sorunlardan bahsedilmeyecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın tüberküloz hastalarının hak ve yükümlerini tanımladığı kitapçıkta, hastaların kendilerine önerilen tedavi planına, DGT uygulanmasına, kendisinin ve başkalarının sağlığını korumak için yapması

istenenlere uymakla sorumlu olduğu vurgulanmıştır. Tüberküloz hastasını tedavi olma sürecinde yapılan incelemelere ve kontrollere her türlü uyumu göstermekle sorumlu tutarken, DGT'yi de zorunlu uygulanması gereken bir tedavi biçimi olarak tanımlamıştır (11).

Tüberküloz hastalarının tedavisinde ve DGT uygulamasında yaşanan etik ikilemler.

Toplum sağlığı açısından yüksek bulaştırma riski taşıyan tüberküloz hastalarının tedaviyi ret etme hakkı elbette yoktur. Tüberküloz hastasının, toplum içine çıkmadan tamamen tecrit altında yaşayarak bulaştırma riskini ortadan kaldırması mümkün olmayacağına göre, hastalığının tedavi edilmesi zorunludur. Hekimler ve sağlık görevlileri hastaların haklarını gözetmenin yanında, toplumun haklarını ve sağlığını da korumakla sorumludurlar. Bu nedenle basil pozitif tüberküloz hastasının basili topluma yaymasını ve bulaştırmasını engellemekle yükümlüdürler. Bu durumda hastanın özerkliğine saygı ilkesi toplum yararı göz önünde tutularak ihlal edilebilir. Ancak sağlık görevlilerinin her tüberküloz hastasını potansiyel uyumsuz hasta kabul edip, DGT gibi bir tedavi yaklaşımını dayatması doğru değildir. Hastanın tedaviyi reddetme hakkı olmasa da, tedavi şeklini planlama ve seçme hakkı vardır. DGT uygulamasıyla, toplum yararının öne alınması iddiasıyla hastanın özerkliğine saygı ilkesinin harcanmasını gerektirmez. Çünkü DGT tedavi değil tedaviyi gözetme yöntemidir. Hasta bu yöntemi uygulamaya zorlanamaz.

Basil çıkarıcı akciğer tüberkülozlu vakalar dışında diğer tüberküloz formlarının solunum yolu ile bulaşıcılıkları yoktur ve toplum sağlığı için bulaştırma açısından riskli grupta değildirler. Ayrıca tedavi başlangıcından iki hafta sonra basil pozitif hastanın bulaşıcılığı kaybolmaktadır (12). Basil pozitif olmayan tüberkülozlu hastaların aynı düzlemde değerlendirilmemeleri gerekir. Oysa ülkemizde DGT stratejisinde tüberküloz tanısı almış hastaların hepsine aynı uygulama yapılmaktadır ve DGT uygulanan hasta oranı %95-100 arasındadır (8,13).

Hastanın her gün aile hekimine ilaç almak için gitmesi, hastalığı hakkında gizliliğinin korunmasını zorlaştırmaktadır. Tüberküloz ihbarı zorunlu bir hastalık olduğu için hastanın bilgileri takip ve çevresini taramak amacıyla, VSD, Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliğine gönderilmektedir. Tüberküloz damgalanmanın ciddi sorunlar doğurduğu bir hastalıktır ve damgalanma hastanın sosyal hayatını ve iş hayatını kaçınılmaz olarak olumsuz etkilemektedir. DSÖ'nün de vurguladığı gibi, DGT kendi iradesine karşı hastayı zorlamak amacıyla tasarlanmamıştır ve damgalanmayı önlemek için hastaya gözetim yapacak kişiyi seçme hakkı verilmelidir (14). Çünkü DGT zorla tedavi metodu değildir, tedavi uygulama yöntemidir. Sonuçta hastalar ilaçları içmeyi reddetmemektedir; yalnızca tedaviye uyumda sorunları vardır. Ayrıca damgalanma korkusu da tedaviye uyumsuzluğa neden olmaktadır (15).

DGT tedaviyi reddeden, düzensiz ilaç kullanan hastalarda gündeme gelebilir. Bu hastaların da kültürünün, inançlarının endişelerinin gözardı edilmemesi ve en azından DGT'nin uygulama yeri ve uygulayacak kişi ile ilgili seçimlerine olanak sağlanması gerekmektedir. DGT uygulamalarında yapılan çalışmaları sistematik olarak değerlendiren bir çalışmada; evde ya da sağlık kuruluşunda yapılan DGT'nin etkinliğinin çok farklı olmadığı, evde yapılan DGT'nin zaman kazandırdığı, iş yükünü azalttığı belirtilmiş, her ülkenin kendi şartlarına uygun bir uygulama yaklaşımı benimsenmesi önerilmiştir (16). Bir diğer çalışmada tedavi uyumunun kendi sorumluluğunu alan hastalarda daha iyi olduğu bildirilmektedir (17).

DGT'nin tartışılmaz bir şekilde dayatılmasının da hasta uyumunu bozduğuna yönelik çalışmalar vardır. Etopya ve Norveç gibi tüberküloz insidansının, sosyoekonomik ve kültürel özelliklerinin farklı olduğu iki ülkede yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada DGT'nin hastalara ek yükler getirdiği saptanmıştır. İş bulma ve kaybı, vardiya kaybı ve vardiyaya uyum sorunu, aşağılanma hissi, sağlık personeli ile uyumsuzluk gibi sorunlar tanımlanmıştır (18). Her iki ülkede de kültürel farklılıklar içerisinde hasta özerkliği ile ilgili problemler yaşanmış, hastalar ilaçlarını kendilerinin alabileceklerini belirterek DGT ile ilgili sıkıntılarını dile getirmişlerdir. Kuşkusuz ülkemizde de bu tür sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde hastaların her gün önce sağlık kuruluşuna gidip

ilacını yutması daha, sonra işyerine gitmesi mümkün değildir. Sağlık kuruluşu ile işyerlerinin mesai saatleri genelde aynıdır. Bu nedenle uygulamada sorunlar yaşanacağı ortadadır. Hasta hastalığını işyerinden gizlemekte zorlanmakta ve damgalanmaktadır. Tüm bu sorunlar varken DGT'ye otoritelerin istediği gibi maksimum uyum beklenmesinin gerçek yaşam koşulları açısından sorunlar barındırdığı açıktır. Hastanın gizliliği ihlal edilirken yararlılık ilkesi de tam sağlanamamaktadır. Hasta işinden olmakta, damgalanmakta ve korunduğu iddia edilen değer tam korunamamaktadır.

DSÖ tüberküloz ve tüberküloz önleme programlarında öncelikli etik sorunların bir analizini yapmak çabasıyla, 2010 yılında bir rehber kitap yayınlamıştır. Üyelerin ulusal tüberküloz programları, sivil toplum, etik, insan hakları ve sağlık hukuku gibi alanlarından çalışanları ile hazırlanan rehber kitapta, evrensel kararlılık ve stratejilerin önemli olduğu, ancak sosyal adalet ve yoksullukla mücadele gibi hastalığın zemininde yatan parametrelere dönük önlemlerin daha az önemli olmadığı vurgulanmıştır (14).

Tüberkülozun bir toplum sağlığı sorunu olmaktan çıkarılabilmesi için kontrol programlarının sosyoekonomik sorunlarla da mücadele edecek bir bakış açısıyla hazırlanması gereklidir. Literatürde DGT temel kabul eden pek çok yaklaşım tüberküloz programlarında başarının daha çok sosyal belirleyicilere bağlı olduğunu, DGT'nin yeterli olmadığını vurgulanmaktadır (19,20).

Tüberküloz hastası hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmelidir. Hekim hastayı kendi adına karar vermesine yetecek kadar bilgilendirmeli, en azından hastalığın bulaşıcı olmayan formlarında DGT, hastanın gönüllü kabulüyle yapılmalı hastaya dayatılmamalıdır (21,22). Çalışmalarda tüberküloz hastalarının %40,5 inin hastalıkları hakkında bilgisi olduğu, %32,4'ünün bulaşıcı olduğunu bildiği saptanmış ve tüberküloz hastalarının hastalıkları konusunda yeteri kadar bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Hastaların ve hasta yakınlarının tanı ve tedavi aşamalarında hastalık hakkında bilgilendirilmesi, tedavi takibinde ise tedavi yetersizliğinde gelişebilecek durumlar hakkında bireysel eğitimler yapılması önerilmektedir. Hasta eğitiminin tüberküloz hastalarının uyumunda çok önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (23,24).

Her hastaya yeterli zaman ayırıp hastalığı, bulaşıcılığı, tedavinin süresi ve toplumsal yükümlülükleri konusunda eğitim verilmesinin, tedavi uyumsuzluğunu %10'un çok altına çekilebileceği çalışmalarla ortaya konulmuştur. Hastalar çoğu zaman hastalığının bulaşıcı olduğunu bilse de tedavi süresinin uzunluğu konusunda net bilgiye sahip olmayabilirler. İlk tanı konulan kurumda tedavisi başlanan hasta VSD'ye yönlendirildiğinde, bunun devam ilaçlarını almak ve takibinin yapılması için gereklilik olduğunu bilmemekte, elindeki ilaçları bitirdikten sonra VSD gitmesi için gereken sürede ilaçsız kalabilmektedir. VSD'ye başvurduğunda tedavinin 6-9 ay süreceğini öğrenen hastalar olduğu bilinmektedir (23,24).

Ankara'da yapılan bir çalışmada tüberküloz hastalarının öğrenim düzeyinin düşük (%59, 3'ü ilkokul ve daha düşük eğitimli), işsiz (%38,8), sosyal güvencesinin olmayan (%47,1), düşük gelirli (ortalama gelir, 545,68 TL) ailelerden geldikleri ve kötü koşullara sahip evlerde yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların değerlendirmelerine göre yoksulluk nedenleri ile hastalığa yakalanma nedenleri arasında önemli ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır (25). Eğitim düzeyi ile sosyoekonomik göstergelerin hastalıkta belirleyici rol oynadığı açıktır. Bu nedenle hastaya algılama düzeyine göre hastalığının ve tedavisinin tekrar tekrar anlatılması ve bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Hekim hastayı önerilen tedavi yönteminin türü, süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı tıbbi ve yasal sonuçlar hakkında aydınlatılmalıdır. DGT uygulanan hastalara da olası tedavi seçenekleri ve niçin bu uygulamanın yapıldığı anlatılmalıdır. Bu amaçla bir onam formu hazırlanıp hastanın onayının alınması gerekmektedir. Tüm bu bilgileri içeren tek bir standart form değil, hastanın kültürel özelliklerine göre ayrıntılı bir aydınlatılmış onam formunun düzenlenmesi çok önemlidir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma yoluyla alındıysa geçersizdir. DGT hastalarına genellikle aydınlatılmış onam yapılmadığı, uygulama hakkında bilgilendirilerek reddetme seçeneğinin sunulmadığı bilinmektedir (8).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Özerkliğe saygı hekimlik mesleği etik ilkelerinin temel ilkelerinden birisidir. Ancak toplum sağlığını tehdit eden tüberküloz gibi hastalıklarda özerkliğe saygı ilkesi toplum yararı adına ihmal edilebilmektedir. Hekimin hastanın tedavisi hakkında karar verirken hangi ilkeyi öne çıkarması gerektiği tartışma yaratabilmektedir. Karşılaşılan etik sorunlarının çözümünde mevcut koşullara göre etik ilkelerinden bazıları seçilebilirken, diğerleri feda edilebilir. Bu seçim yapılırken eylemin amacı doğrultusunda feda edilen ilkelere en az zararı verecek şekilde yapılmalıdır. Etik ilkenin seçiminde gerçekçi nedenler bulunmalı, başka bir seçenek olasılığı irdelenmelidir.

DGT uygulanmasında toplum yararı öne çıkarılarak, hastanın kendisi için öngörülen tedavi yöntemini kabul etme/etmemeye özgürlüğü yok edilmektedir. Dikkat çekilmesi gereken konu hastanın tedaviyi değil tedavi yöntemini ve gözetimi ret/kabul etme hakkı olduğudur. Sonuçta tüm hastalar tedaviyi reddetmemektedir. Oysa DGT’ de “Biz hastalara güvenmiyoruz, toplum sağlığı için ilaçlarını içtiklerini gözümüzle görmemiz gerekiyor” tarzında özetlenebilecek bir yaklaşım söz konusudur. Her hasta ayrı bir bireydir ve onları tek bir düzlemde değerlendirmek, hastaların özerkliğine saygı açısından ciddi bir ihlaldir.

Hastanın gizliliğinin korunması, tanı, ihbar, temaslı taramaları aşamalarında sorunlara neden olmaktadır. Hastanın yakın çevresinin de hekimi olan aile hekimine 6 ay süreyle her gün gitmesinin dikkat çekmemesi olanaksızdır. Hastanın tüberküloz olduğu anlaşıldığında damgalanma ve sosyal dışlanma yaşanması kaçınılmazdır. Bu nedenle hastanın hastalığının gizli tutulması hakkı olabildiğince korunmalı, ve bu amaca uygun başka seçimlerimiz olabileceği unutulmamalıdır.

DGT uygulaması sırasında hastalardan aydınlatılmış onam alınmamaktadır. Hastanın bilgilendirilmesinin sadece sözlü olarak yapıldığı bilinmektedir. Hastaların kültürel farklılıklarını da göz önüne alan, ayrıntılı bir onam formu hastaya sunulmalıdır. Ayrıca sözlü olarak gerekirse tekrarlayarak bilgilendirme yapılmalı, alternatif tedavi yöntemleri ve takip şekilleri sunulmalıdır. DGT uygulanmak istenen hastalara ilacını kendisinin kullanmasının da mümkün olduğunu ve kendi tercihini yapabilme hakkı bulunduğunu söylenmelidir. DGT gerçekten ilaç almaya gönülsüz, ilacı düzenli kullanmayan, düzenli kontrole gelmeyen, balgam basil negatifliği sağlanamayan ve ÇİD hastalarda zorunlu tutulabilir. Diğer hastalarda etkili bir eğitimle gönüllülük temelinde uygulanabilir ve istemeyen hastaya zorla dayatılamaz. Yukarıdaki koşullarda DGT zorunlu tutulan hastaların ise ulaşım ücretlerini, günlük bakım gereksinimlerini, minimal de olsa ailelerinin yaşam standartlarının arttırılmasını sağlamak, barınma sorunlarını çözmek sağlık politikalarını belirleyen otoritelerin sorumluluğunda olmalıdır.

DGT özellikle ÇİD gelişimine engel olmaktadır. Ancak sosyoekonomik verilerin göstergelerinde düzelleme, insan refahında ve sağlık göstergelerinde artışın da tüberküloz artışında düşmeye neden olduğunu pek çok çalışma göstermektedir. Tüberküloz programlarında başarının daha çok sosyal belirleyicilere bağlı olduğu göz önüne alındığında DGT tek başına yeterli olamaz ve tedavinin vazgeçilmez yöntemi değildir. Tüberkülozun tedavi yöntemi uygun kombinasyon ve yeterli sürede ilaç verilmesidir; ilaç verilme yöntemi ise tedavi başarısını daha iyi rakamlara çekme çabasının ürünüdür. Tüm hastaları potansiyel uyumsuz kabul ederek tedavi yöntemi belirleme paternalist hekimlik uygulamasının bir uzantısıdır ve hastanın onayını almadan, ya da alternatif tedavi yöntemi sunmadan özerkliğine müdahale etmek anlamına gelmektedir. Hem Türkiye’de hem de dünya da tüberküloz mücadelesinde başarılı olmak amacıyla hastalara dayatılan DGT’de, büyük sorumluluk hastalara yüklenmektedir. Oysa hastalığın arka planında çok büyük yer kaplayan, yoksulluk, mülteci hareketleri, sosyal adaletsizlik, işsizlik bunlara yol açan savaşlar gibi sorunlar çözüm beklemektedir. Tüm çalışmalarda bu sorunlar tanımlanmakta, ancak sorunların çözümü için güçlü ve uygulanabilir politikalar üretilmesi çabası, DGT yaptırım çabası kadar kararlı görünmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Özkara Ş, Arpaz S, Özkan S, Aktaş Z, Örsel O, Ecevit H. Tüberküloz tedavisinde doğrudan gözetimli tedavi (DGT). Solunum Hastalıkları. 2003 (14): 150-157.
2. Türkiye'de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. TC. Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Daire Başkanlığı: Ankara. Nisan 2003:33-39.
3. Özşeker F, Akkaya E, Dilek İ, Damadoğlu E. Tüberküloz hastalarının tedaviye uyumu. (Hasta kompliyansı). Solunum Hastalıkları. 2004, 15:109-115.
4. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk nedenlerine yönelik bir anket çalışması. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2004, Cilt XVIII(3): 120-122.
5. Özkara Ş. Tüberküloz tedavisinde hasta uyumu ve çok ilaca dirençli tüberküloz hastasına yaklaşım. Ankem Dergisi. 1998. 12(3): 384-390.
6. Cuneo WD, Snider DE. Enhancing patient compliance with tuberculosis therapy. Clin Chest Med. 1989 Sep;10(3): 375-80.
7. Kocabaş A, Akkaya T, Gidener S. Tüberkülozlu hastalarda tedaviye uyumsuzluk sorunu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1985; 33: 258-69.
8. Doğrudan Gözetimli Tedavi. Erişim tarihi. 27.10.2016: <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/tuberkuloz/795/dogrudan-gozetimli-tedavi.html>
9. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. Erişim tarihi. 27.10.2016: <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.umumhifzissihha-kanunu>.
10. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Mayıs 2012 Türk Tabipler Birliği Yayınları. s.13.
11. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Verem (tüberküloz) hastaları ile hasta yakınlarını bilgilendirme rehberi ve veremli hastaların hak ve sorumlulukları. Ankara: 2011. Erişim tarihi 27.10.2016 .<http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/>
12. Kılıçaslan Z. Tüberküloz. Akciğer Hastalıkları Temel Bilgiler. Türk Toraks Derneği Okulu Kitabı 2008.s.323.
13. Türkiye' de Verem Savaşı 2015 Raporu. Erişim tarihi 19.03.2017. <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr>
14. Coleman, CH, Reis A, Selgelid M. Guidance On Ethics Of Tuberculosis Prevention, Care And Control. World Health Organization 2010:1-38.
15. Yiğit Açikel G, Çınar Pakyüz S. Akciğer tüberkülozlu hastalara damgalamanın değerlendirilmesi. F. N. Hem. Derg (2013). Cilt 23. Sayı 2: 136-45.
16. Kayaoğlu SÇ, Esin N. M. Tüberküloz hastalığında doğrudan gözetimli tedavi uygulamaları: Sistemik inceleme. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013: Cilt XXVII. Sayı 1:1-8.
17. Ormerod PL. Directly observed therapy (DOT) for tuberculosis: why, when, how and if? Thorax 1999; 54 (Suppl 2): 42-45.
18. Sagbakken et al. Ethical aspects of directly observed treatment for tuberculosis: a cross-cultural comparison BMC Medical Ethics 2013: 14:25.
19. Selgelid MJ, Reichman LB. Ethical issues in tuberculosis diagnosis and treatment. Int J Tuberc Lung Dis 2011. 15 (6): 9-13.
20. Fanning A. For tuberculosis elimination, Directly Observed Therapy, short course (DOTS) is essential but not sufficient Special Editorial. International Journal of Circumpolar Health 70: 2, 2011.
21. Elbek O. Tüberküloz kontrolünde etik sorunlar. Türk Toraks Dergisi 2014; DOI:10.5152/TTD.2014.4134.
22. Oğuz Y. Klinik uygulamada hasta hekim ilişkisi. T Klin Tıbbi Etik 1995: 2-3: 59-65.
23. Ayık S, Karasu I, Çil E, Mertoğlu A, Özsöz A. Hastaların tüberküloz hastalığı hakkında bilgi düzeyleri. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013, Cilt XXVII (2): 81-87.

24. Dursun AB, Güler MZ, Aydın Ö, Güven SF, Yılmaz A, Sertkaya D. Tüberküloz hastalarında tüberküloz hakkında bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2005 (16): 127-131.
25. Karataş K. Tüberküloz ve Yoksulluk: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri, Yaşam Koşulları, Yoksulluk ve Tüberküloz Hastalığının Nedenlerine İlişkin Değerlendirmeleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*.2008; 19 (2): 7-20.