



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**TIBBİ DEONTOLOJİNİN UYGULANABİLİRLİĞİ
KONUSUNDA SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT SUAM ASİSTAN HEKİMLERİNİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Tansu ÇEVİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**TIBBİ DEONTOLOJİNİN UYGULANABİLİRLİĞİ
KONUSUNDA SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT SUAM ASİSTAN HEKİMLERİNİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Tansu ÇEVİK

**Tez Danıőmanı
Başasistan Uzm. Dr. Özlem SUVAK**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Tezimi başarılı bir şekilde tamamlamamı sağlayan, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında ve tamamlanmasında yardımını esirgemeyen, tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Başasistan Uzm. Dr. Özlem GÜÇ SUVAK'a;

Uzmanlık eğitimi sürecimin en öğretici ve keyifli zamanlarını yaşadığım; geldiğim ilk günden itibaren baştan beri oradaymışım gibi hissettiren, bilgi ve desteklerini esirgemediğim eğitime katkı sağlayan, kliniğimizde bir aile ortamı oluşmasına katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na, klinik sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a, idari sorumlumuz Uzm. Dr. Zekai UYSAL'a;

Asistanlık eğitimimin başladığı, aile hekimliğini sevmemi sağlayan beni ve diğer asistan arkadaşlarımı çocuğu gibi benimseyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye ve tüm değerli klinik hocalarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım bu zorlu dönemimi güzelleştiren tüm değerli asistan arkadaşlarıma;

Yardımlarıyla desteğini hiç esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Sümeyye Nur SÜEL AYDIN'a;

Zoru kolaylaştıran, imkansızı başarmamı sağlayan, bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan hayatımda hep olacaklarına inandığım çok kıymetli arkadaşlarım Uzm. Dr. Kübra AYVAZ'a, Dr. Derman Asiye EKER'e, Dr. Nazan ATALAY'a;

Beni ben yapan, emeklerini hiçbir zaman benden esirgemen, sevgi ve desteklerini hep üzerimde hissettiğim, evlatları olduğu için gurur duyduğum annem Havva LİVTOPUZ, babam Ahmet LİVTOPUZ'a;

Huzur sebebim, güzel kalbini sevdiğim hayat arkadaşım canım eşim Oğuz Mehmet ÇEVİK'e; hayatımı anlamlandıran, beni dünyanın en güzel ünvanına kavuşturan, motivasyon ve güç kaynağım biricik kızım İlay ÇEVİK'e sonsuz teşekkürlerimle...

Dr. Tansu ÇEVİK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. DEONTOLOJİ KAVRAMI	2
2.2. ETİK KAVRAMI.....	2
2.3. ETİK VE DEONTOLOJİ FARKLARI.....	3
2.4. TIPTA TEMEL ETİK İLKELER.....	3
2.4.1. Yararlılık İlkesi	4
2.4.2. Zarar Vermeme İlkesi	4
2.4.3. Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi	5
2.4.4. Adalet İlkesi	5
2.5. HASTA HAKLARI.....	6
2.5.1. Saygılı Davranma ve Eşit Hizmet Sunma.....	7
2.5.2. Aydınlatılmış Onam.....	7
2.5.2.1. Aydınlatılmış onamın öğeleri	8
2.5.2.2. Uygulamada aydınlatılmış onam.....	9
2.5.3. Mahremiyet.....	9
2.5.4. Hasta sırrı / gizlilik	10
2.5.5. Tıbbi gerçeğin söylenmesi	10
2.6. HEKİM HAKLARI	11
2.6.1. Sağlıklı Olma Hakkı	11
2.6.2. Güvenlik Hakkı.....	11
2.6.3. Yeterli İzin ve İstirahat Hakkı	12
2.6.4. Makul Sayıda Hasta Bakma Hakkı	12

2.6.5. Sürekli Eğitim Hakkı	12
2.6.6. Hastadan Saygı Görme Hakkı.....	12
2.6.7. Hastadan Ayrıntılı Şekilde Doğru ve Gerçek Bilgiler Alma Hakkı.....	13
2.6.8. Hastadan Tanı ve Tedavi İşlemlerine Uymasını Bekleme Hakkı.....	13
2.6.9. Hastanın Tıbbi Karara Aktif Katılmasını Bekleme	13
2.6.10. Hastanın Anlamsız İsteklerini Reddetme Hakkı.....	13
2.7. KONSÜLTASYON.....	13
2.8. HEKİMLER ARASI İLİŞKİLERDE ETİK	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ	16
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	16
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	16
3.5. ETİK KURUL VE KURUMSAL İZİNLER.....	17
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	28
5.1. KISITLILIKLAR	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
7. KAYNAKLAR	36
8. ÖZGEÇMİŞ	40
8. EKLER.....	41
EK-1: ANKET FORMU	41
EK-2: TEZ KONUSU ONAYI.....	48
EK-3: ETİK KURUL ONAY FORMU	50

KISALTMALAR

SPSS: Statical Package for the Social Sciences



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler	19
Tablo 4.2. Katılımcıların Hasta-Hekim İlişkileri Hasta Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı	20
Tablo 4.3. Katılımcıların Hekimin Meslek Etiği Hekim Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı	21
Tablo 4.4. Katılımcıların Konsültasyon Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	21
Tablo 4.5. Katılımcıların Hekimler Arası İlişkiler Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı	22
Tablo 4.6. Katılımcıların Hasta-Hekim İlişkileri Hasta Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo- demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi	23
Tablo 4.7. Katılımcıların Hekimin Meslek Etiği Hekim Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo- demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi	25
Tablo 4.8. Katılımcıların Konsültasyon Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi.....	26
Tablo 4.9. Katılımcıların Hekimler Arası İlişkiler Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi	27

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Akış Diyagramı.....	18
--------------------------------	----



ÖZET

Giriş ve Amaç: Tıp, kendisine özel bir etik değer sistemi kuran ilk mesleki alanlardan birisidir. Tıp eğitimi, deontoloji ve etik eğitiminden ayrı düşünülemez. Çalışmamızda asistan hekimlerin o anki bilgi ve tutumlarını ölçmeyi, bu çalışmamızın asistan hekimlerin kendilerini geliştirmeleri açısından yol gösterici olmasını hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız, tanımlayıcı, analitik ve kesitsel olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklem grubu, 01 Temmuz 2022 ile 01 Eylül 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 320 asistan hekimdir. Yöntem olarak, online/internet aracılığıyla anket doldurma yöntemi ile kullanılmıştır. Anketin ilk bölümü yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı ve asistanlık yılı gibi sosyo-demografik bilgiler, ikinci kısmı tıbbi deontoloji ve tıbbi etik literatüründen derlenmiş, hasta hekim ilişkisi - hasta hakları, hekimin meslek etiği - hekim hakları, konsültasyon etiği, meslektaşlar arası saygı üzerine tıbbi deontolojinin uygulanabilirliği konusunda bilgi, tutum ve davranışları ölçen sorulardan oluşmaktadır. Sorulara verilen cevaplarda yığılmalar olduğu için analiz esnasında cevaplar, “tamamen katılıyorum” ve “katılıyorum” seçeneği “katılıyorum”; “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “hiç katılmıyorum” seçeneği “katılmıyorum” olarak kabul edilmiştir. Veriler, istatistiksel analizde IBM Statistical Package for the Social Sciences 26.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiş, $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Ankete katılan 320 asistan doktorun 214’ü (%66,9) kadın, yaş ortalaması 29.4 ± 3.8 , asistanlık yılı ortalaması 2.6 ± 1.1 olarak saptandı. Katılımcıların tıpta uzmanlık alanı; 58 (%18,1)’i cerrahi bilimler, 237 (%74,1)’si dahili bilimler ve 25(%7,8)’i temel bilimlerdi.

Hasta - hekim ilişkisi -hasta hakları kategorisindeki sorularda %96,3 (n=308) oranında (en çok) katılıyorum cevabı “din-mezhep ayrımı yapmam”, %66,6 (n=213) oranında (en az) katılıyorum cevabı ile “muayenede başkası varken hastadan izin alırım” şeklinde cevaplandırıldığı görüldü. Hekimin meslek etiği – hekim hakları

kategorisinde asistan hekimler “sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim” tutumuna %95 (n=304) oranında (en çok) katılıyorken, “hasta bakmayı reddedebilirim” tutumuna %60 (n=192) oranında (en az) katılıyorum cevabı verdi. Katılımcılar konsültasyon etiği kategorisindeki soruların hepsine %95 üzerinde tutarlılıkla benzer cevaplar verdiler. Katılımcıların hekimler arası ilişkiler kategorisinde de “meslektaşına maddi manevi yardımcı olurum” tutumu %90,3 (n=289) oranında katılıyorum cevabı en düşük oranda olmakla birlikte, diğer sorularda %96 üzerindeki katılıyorum cevaplarıyla fikir birliği içinde oldukları saptandı.

Sosyo-demografik özelliklerle tıbbi etik sorularına yanıtlar arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş, cinsiyet, asistanlık yılı ve uzmanlık alanı gibi faktörlerin çoğunlukla istatistik olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. Bununla beraber hasta-hekim ilişkileri - hasta hakları kategorisinde “muayenede başkası varken hastadan izin alırım” sorusuna dahili bilimlerde asistan hekim olanların katılıyorum yanıtı anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,010). “hastalığını açık bir dille anlatırım” sorusuna katılıyorum yanıtını verenlerin asistanlık yılı anlamlı olarak daha azdı (p=0,040). “Hastanın bilgilerini hasta dışı kimseyle paylaşmam” sorusuna katılıyorum yanıtını verenlerin asistanlık yılı anlamlı olarak daha azdı (p=0,040). Hekimin meslek etiği - hekim hakları kategorisinde bulunan “bilgi ve becerilerimi sürekli geliştiririm” sorusuna verilen katılıyorum yanıtı dahili bilimlerdeki hekimlerde anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,020). Kadınlarda “sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim” katılıyorum yanıtını verme erkeklerle göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,002). “Meslektaşına uygulanan şiddete duyarsız kalmam” sorusuna dahili bilimlerde olanların cerrahi ve temel bilimlere göre daha fazla katılıyorum yanıtını verdiği saptandı (p=0,020).

Sonuç: Asistan hekimlerin tıbbi etik ve deontolojik tutum ve davranışlarının uluslararası standartlara uygun olduğu, sosyo-demografik özelliklerden bağımsız olarak her durumda uygulanabildiği görülmüştür. Bu alanda ülkemiz ve dünyada çok az çalışma olduğundan, literatüre anlamlı bir katkı sağladığımızı düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi etik, deontoloji, hasta-hekim ilişkisi, hasta hakları, hekim hakları, tutum

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Behaviors of SBU Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Assistant Physicians on The Applicability of Medical Deontology

Introduction and Objective: Medicine is one of the first professional fields to establish a special ethical value system for itself. Medical education cannot be considered separately from deontology and ethics education. In our study, we aimed to measure the current knowledge and attitudes of resident physicians, and for this study to be a guide for resident physicians to improve themselves.

Materials and Methods: Our research has been planned descriptively, analytically and cross-sectionally. The sample group of the study was 320 resident physicians working at Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital of the University of Health Sciences between 01 July 2022 and 01 Eylül 2022. The method of choice was filling out a questionnaire online. The first part of the questionnaire consists of socio-demographic information such as age, gender, specialty and year of assistant, the second part is compiled from the literature of medical deontology and medical ethics, patient relationship with the doctor - patient rights, professional ethics of the doctor - physician rights, consultation ethics, respect between colleagues, questions measuring knowledge, attitudes and behaviors about the applicability of medical deontology. Due to the discrepancies in the answers; the options “I completely agree” and “I agree” accepted as “I agree” while the options “I am undecided”, “I disagree”, and “I don’t agree at all” accepted as “I disagree”. The data were evaluated using the IBM Statistical Package for the Social Sciences 26.0 package program for statistical analysis, and a value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 214 of the 320 resident physicians (66.9%) who participated in the survey were women, the average age was 29.4 ± 3.8 , and the average number of assistant years was 2.6 ± 1.1 . The specialty of the participants in medicine was; 58 (18.1%) surgical sciences, 237 (74.1%) internal sciences and 25 (7.8%) fundamental sciences.

In the patient - physician relationship - patient right category it was seen that 96.3% (n=308) of the participants agree with the answer “I do not discriminate between religion and sect”, 66.6% (n=213) agree with the answer “I take permission from the patient when there is someone else at the examination”. In the physician's professional ethics - physician rights category, resident physicians answered that they agree with the attitude of “I reject the report request requested due to social indication” by 95% (n=304), while also they agree with the attitude of “I may refuse to take care of a patient” by 60% (n=192). The participants gave similar answers to all the questions in the consultation ethics category with over 95% consistency. In the category of inter-physician relations, the participants’ answers to the “material and spiritual assistance to my colleague” was found to be in agreement with the lowest rate of 90.3% (n=289), but in other questions 96% of the participants were in agreement with the answers.

When the relationship between socio-demographic characteristics and answers to medical ethics questions was examined, it was found that factors such as age, gender, year of residency and specialty did not make a statistically significant difference. However, in the patient-physician relations - patient rights category, the agreement to the “I get permission from the patient when there is someone else at the examination” was statistically significantly higher ($p=0.010$) in the resident physicians in internal sciences. Those who chose the options of “I explain the situation to the patient in plain language” and “I agree with not sharing the patient’s information with anyone other than the patient” were found to have significantly fewer years of being resident physicians ($p=0.040$). The agreement to “I constantly improve my knowledge and skills” in the category of professional ethics of a physician - physician's rights was significantly higher in physicians in internal sciences ($p=0.020$). Women were significantly more likely to give the answer “I reject the report request requested due to social indication” than men ($p=0.002$). It was found that those in internal sciences agree with the sentence of “I remain insensitive to the violence inflicted on my colleague” more than those in surgery and fundamental sciences ($p=0.020$).

Results: 214 of the participants (66.9%) were women, the average age was 29.4 (± 3.8). The specialty of the participants in medicine was; 58 (18.1%) Surgical

sciences, 237 (74.1%) Internal Sciences and 25 (7.8%) Basic Sciences. the answer of those who are assistant physicians in internal sciences to the question "I take permission from the patient when there is someone else at the examination" is more in agreement ($p=0,010$). I agree with the question "I will explain your illness in a clear language", those who answered have fewer years of residency ($p=0.040$). I agree with the question "I do not share the patient's information with anyone other than the patient", those who answered have less assistant years ($p=0.040$). The agreed answer given to the question "I constantly improve my knowledge and skills" in all medical specialties is more ($p=0.020$). Women are more likely to give the answer "I reject the request for an irregular report" I agree than men ($p=0.002$). It was found that those in internal sciences answered the question "I would not be insensitive to the violence inflicted on my colleague" more agree than those in surgery and basic sciences ($p=0.020$).

Conclusion: It has been found that the medical ethical and deontological attitudes and behaviors of resident physicians comply with international standards and can be applied in any situation regardless of socio-demographic characteristics. Since there are very few studies in this field in our country and in the world, we think that we have made a meaningful contribution to the literature.

Keywords: Medical ethics, deontology, patient-physician relationship, patient rights, physician rights, attitude

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik geçmişten günümüze onurlandırılan bir meslek olmuştur. Toplum hekimlere inanır ve güvenir. İnsanlar bilir ki hekim her koşulda hastasına gerekli tıbbi işlemi uygular. Tıp pratiğinde uygulanan tıbbi deontoloji ve tıbbi etik, geçmişten günümüze kadar gelişerek gelmiştir.

Mesleği daha iyi ve daha doğru uygulamayı hedefleyen mesleki etik kurallar zaman zaman geliştirilmiş ve güncellenmiştir (1). Bireyin herhangi bir etik yargıya varması için bazı temel ilkelere ihtiyacı vardır. Bu ilkeler, insanlığın ilk yaradılışından itibaren süregelen gerek kendi ürettiği gerekse onları araştırırken ulaştığı normlar olarak düşünülebilir (2). Tıbbi etik ilkeler hekimlere, tıbbi uygulamalarında, hasta ile ilişkilerinde, verdikleri kararlarda yol gösterici olur (3).

Tıp fakültelerinde modern tıp eğitimi ile hekime, bilimsel ve klinik yeterlilik öğretilmeye çalışılırken; tıp etiği eğitimi ile hekimlik sanatı da kazandırılmaya çalışılmaktadır. Dolayısıyla hekimin, öğrendiği mesleki değerlere dayanarak, kararlarında ve uygulamalarında daha erdemli davranması sağlanacaktır.

Son yıllarda, tıp alanındaki etik değerlerin yaşama geçirilmesi ve derin analiz edilmesi tıptaki değer yargılarını tartışmaya açmıştır. Günümüzde, hasta – hekim ilişkisi, hekim – hekim ilişkisi ya da birçok tıbbi olgu etik değerlerimiz yönünden sorgulanmaktadır (4). Son zamanlarda artan sağlık çalışanına şiddet ve iletişim sorunları deontolojik kaygıları ortaya çıkarmıştır. Buna rağmen literatürde ülkemizde ve dünyada çok az çalışma bulunduğu görülmüştür.

Bu boşluğa ışık tutmak amacıyla yola çıkılarak, hastanede eğitim alan ve aktif çalışan asistan hekimlerin tıbbi deontolojinin uygulanabilirliği konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını tespit etmek; asistan hekimlerin mesleğini uygularken deontolojik kaygıları göz önünde bulundurup bulundurmadıklarını, bunu günlük pratiklerinde yansıtıp yansıtmadıklarını incelemek ve hekimlere kendilerini geliştirme konusunda yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEONTOLOJİ KAVRAMI

Deontoloji terimi, Yunanca kökenli olan “deontos” ve “logos” kelimelerinden gelmektedir. Deontos görev, logos ise bilgi anlamlarını taşımaktadır. Buradan yola çıkarak “Deontoloji” teriminin “görev bilgisi” anlamına geldiği, daha geniş tanımı ile mesleki davranış ve meslek ahlakı anlamını taşıdığı görülmektedir. Görev tanımı “işlev” anlamını taşımakla birlikte, kişinin gönüllü olarak üstlendiği ya da başkaları tarafından ona yüklenen sorumluluklar olarak tanımlanmıştır (4).

Görev tanımını tamamlayan kavramlardan biri de ödevdir. Ödev, günümüzde bireyin içinde bulunduğu toplum ile ilişkisinden doğan ve bireyin yapması gereken işlevler olarak kullanılmaktadır (3).

Bu kavramlar neticesinde incelenecek olan “Deontoloji” terimi, ilk kez 19. yüzyılda Jeremy Bentham tarafından dile getirilmiştir. Deontoloji ile ilgili 19. yüzyıldan bu yana farklı tanımlamalar olsa da en basit hali ile bireylerin en fazla sayıda deneyim mutluluğunu elde etmek için gerçekleştirmesi gereken davranışlar olarak tanımlanabilir. Bireylerin neleri yapıp neleri yapmamaları gerektiği hususunda toplum tarafından belirlenen kurallar bilgisidir (5).

Deontoloji, tıbbi açıdan değerlendirildiğinde “tıbbi deontoloji” kavramı karşımıza çıkmaktadır. Bu terim, ilk olarak Fransız doktor Maximilien Simon tarafından tanımlanmıştır (5). Tıbbi deontoloji, daha geniş anlamıyla hekimlik mesleği uygulaması esnasında uyulması gereken yasal ve ahlaki yükümlülükleri kapsayan, hekimlerin bilmek ve uygulamak zorunda oldukları etik ilke ve kuralların neler olduklarını bildiren dizge olarak tanımlanabilir (6).

2.2. ETİK KAVRAMI

Etik, köken olarak Yunanca “ethos” sözcüğünden türetilen ve töre, gelenek gibi anlamlar taşıyan bir terimdir. Etik, deontolojinin içerdiği anlamlara ek olarak, olması gerekeni de araştırıp değerlendiren bir felsefe dalıdır. Bu dal, doğru ve yanlış davranışların öğretisi, ahlaki değer ve ilkelerin anlamları ve değerlendirilmelerine yönelik inceleme yapmaktadır. Etik, insan davranışlarını, bireylerin birbirleri ile olan

uygun ilişkisini, insan yaşamının amaçlarını ve bunlara ek olarak sorumlulukların doğasını ve sorunlarını da inceler ve araştırır. Daha temel anlamıyla ‐ahlak kuramı‐ ya da ‐teorik ahlak‐ olarak tanımlanabilir. Kısaca etik, bireyler için iyi olanın ne olduğunu belirlemeye çalışır (7).

Tıp etiği kavramı, 1803 tarihinde Thomas Percival tarafından yayınlanan ‐Tıp Hukuku‐ kitabında ilk kez kullanılmıştır. Bu kavram, tıp/sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönlerden değerlendirilmesi etkinliğidir (8).

2.3. ETİK VE DEONTOLOJİ FARKLARI

Etik ve deontoloji arasındaki en önemli fark, ortak konulara farklı yaklaşımlar ile eğilmelerinden kaynaklanmaktadır. Etik, topluma ve hastaya karşı mesleki görevlerin yerine getirilmesini, meslektaşlarla ilişkilerin kurallarını ve bu kuralları uygularken sergilenen davranışların tüm yönlerini etkileyen konuları kapsar. Etik, henüz çözümlenmemiş, yerleşik modellerin dışında kalan sorunlar ile ilgilendiği ve bu sorunlar nezdinde ilkelerin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapmasından dolayı, her zaman tartışmaya açık bir alan olmuştur. Deontoloji ise, çalışanların mesleki görevlerini yapmaları konusunda etik standartların kombinasyonudur (9). Etiğin üzerinde çalıştığı problemler çözüldüğünde, yani bunlarla ilgili normlar belirlendiğinde, bahsi geçen bilgiler artık deontolojinin konusu haline gelmiş sayılırlar. Bu haliyle etik, deontolojiyi besleyen bir havuz niteliği taşımaktadır (10).

2.4. TIPTA TEMEL ETİK İLKELER

Günümüzde tıp etiği dendiğinde çeşitli ilkelere söz edilmektedir. Bu ilkeler arasında ‐aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı, eşitlik, yararlılık, zarar vermeme, sadakat, doğruluk, adalet, kötü davranmama, gizliliğe saygı, sır saklama, gerçeği söyleme, sözünde durma‐ gibi değerler vardır. Bu değerlere günümüz şartlarında da yeni ilkeler eklenerek tıp etiği zengin bir içeriğe sahip olmuştur. Bu zengin içeriğin ilkeleri incelendiğinde temel olarak 4 ilke esas alınmaktadır (11);

- Yararlılık
- Zarar Vermeme
- Hasta Özerkliğine Saygı
- Adalet

2.4.1. Yararlılık İlkesi

Hekimliğin toplumda örneği görülmeyecek bir meslek haline gelmesi; hastaları ağrıdan kurtarmak, sakatlığı önlemek hastaları iyileştirerek yaşamlarını sürdürmeleri konusunda hastaları adına doğrudan sorumluluk almalarından kaynaklanmaktadır. Hekimler hastaları için mutlak oranda onların yararını gözetmek durumundadır. Hasta için neyin yararlı olduğu; hekimin bilgi ve sorumluluğuna aittir (12).

Tıp etiğinde faydalı olmak; sağlık durumunda öncelikle hastaya faydalı olmayı öngörmektedir. Hastanın iyilik ve yararının birincil değer olarak görüldüğü geleneksel tıp etiği, hekimin yararlılık ilkesine uygun davranışı olarak açıklanır. Bu bağlamda zarar verici olumsuz sonuçlar azaltılırken bireysel eylemin niteliğinde yarar yönündeki olumlu sonuçlarda artış görülecektir (13).

Hipokrat etiğinin başladığı zamandan bugüne kadar hekim - hasta ilişkisinin temel ilkesi hastaya faydalı olmak ve zarar vermemektir. Hasta, sağlığı ile ilgili bir şikayetinin giderilmesi amacıyla bir hekime başvurduğunda hasta ile hekim arasında bir tür “sözleşme” durumu ortaya çıkar. Bu sözleşme doğrultusunda hedef, hastanın fayda görmesidir (4).

Günümüzde de yararlılık ilkesi varlığını sürdürmektedir. Fakat değişen dünya şartları ve değerleri bu ilkeye mutlak bağlılık için artık yeterli gelmemektedir. Yararlılık ilkesi günümüzde diğer ilkelerle yarışan bir ilke haline gelmiştir. Hastanın yararlılık konusu günümüz etik değerleri içinde yer almaktadır (4).

2.4.2. Zarar Vermeme İlkesi

Zarar vermeme ilkesinin kaynağı Hipokratik tıp etiğine dayanmaktadır. Hekimin hastasına zarar vermeden bir müdahalede bulunabilmesinin ön koşulu Latince “*primum non nocere*” biçiminde dile getirilen “önce zarar verme” ilkesidir. Bu ilke, bireyi hekimin gereksiz müdahalelerinden korumak ve bunlara bağlı ek patolojilerin önüne geçmek anlayışının temelini teşkil etmektedir (14).

Zarar vermemek ilkesi, kuşkusuz, yararlı olmak ilkesiyle paralellik göstermektedir. Bu bağlamda yararlı olmak zarar vermemeyi, zarar vermemek de yararlı olmayı içerebilir (4).

2.4.3. Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi

Hasta özerkliğine saygı ilkesi, son 10 yıl içerisinde hayata geçen bir ilke olmuştur. Dolayısıyla anlaşılması ve kabul görmesi açısından güçlükler yaşanabilmektedir. Geleneksel “hekim merkezli” anlayış yerini; hastasıyla ortak karar veren, iletişimini güçlendiren, hastasıyla yapıcı saygılı bir iş birliğine giren hekim anlayışına bırakmıştır (15).

Hekim hastanın yalnızca tıbbi yönden yararını değil; hastanın bireysel haklarını da gözetmesi, hastaya bu haklarını kullanabilme fırsatı vermesi “özerkliğe saygı ilkesi” çerçevesinde değerlendirilir (14). Kişilik haklarının gelişmesinin doğal bir sonucu olarak özerklik kavramı da tıp etiği içine girmiştir. Bu ilkenin anlatmak istediği; hekimin sorumluluğu hastanın bireysel haklarına saygı görmek ve tıbbi kararda hastanın da karar vermesini, değerleri çerçevesinde davranabilmesini sağlamaktır. Hastanın özerkliğini kullanabileceği bir ortam hazırlamak hekimin etik yükümlülüğü arasındadır (16). Akıl ve ruh sağlığı yerinde bilgilendirilmiş, yetişkin hastanın tedaviye onam vermesi ya da reddetmesi özerkliğe saygı ilkesinin başında gelmektedir. Çünkü tıbbi müdahaleler kişinin yaşam bütünlüğüne dokunur ve kişilerin beden bütünlüklerine sahip çıkma hakları vardır, bu haklar yasalarla da korunmuştur (17).

2.4.4. Adalet İlkesi

Günümüzde tıp etiği alanında önde gelen ilkelere biri adalet ilkesidir. Adalet kavramı sıklıkla hukuk alanında kullanılan bir terim olmakla beraber adaleti yalnızca bu alana ait bir kavram olarak düşünmek yanlıştır. Adalet ilkesi, adalet kavramının yaygın olarak kullanılmaya başlandığı sağlık uğraşlarında değer sorunlarının ele alındığı tıp etiği ilkesidir (10).

Sağlık alanında adalet ilkesi tıbbi kaynakların gereksinimlerine göre eşit ve dürüstçe dağılmasını bekler. Bu ilke sağlık çalışanlarının çalışmalarında kullandıkları kaynakların dağılımlarıyla ilgili etik problemlere yardımcı olabilecek bazı yanıtlar sunar (18).

Hekimin birincil sorumluluğu hastasına karşı olmalıdır. Ancak bazen öyle tıbbi durumlar olabilir ki birincil sorumluluğun kime karşı olduğu netlik kazanmamaktadır. Örneğin, eşine hastalığı bulaştırma riski taşıyan bir vakada

hekimin sadece hastasının mahremiyetini koruma yükümlülüğünden söz edilemez. Buna benzer hastaya karşı olan yükümlülükler ile diğerlerine karşı olan sorumluluklar hekimde etik çatışma durumu yaratır. Adalet ilkesi bu gibi durumlarda yol göstericidir (19).

2.5. HASTA HAKLARI

18. yüzyıldan itibaren bilimin toplumdaki saygınlığı arttıkça hekimlerin de itibarları gelişmiştir. Hem hastalar için hem de hekimler için hekim görüşleri uyulması gereken direktifler olarak görülmüştür (20).

Son zamanlarda ortaya çıkan demokrasi ve eşitlik düşünceleri ile insan haklarındaki gelişmeler, hekimin hasta üzerindeki otoritesini sarsmaya başlamıştır. Günümüzde hekimlerin bilimsel ve mesleki yeterlilikleri saygı görmez hale gelmiştir (21).

Hasta hakları insanlık haklarının gelişimiyle paralel olarak ilerlemiştir. Hasta – hekim ilişkileri “sözleşmeli model” teoriminde incelenebilir. Bu modelde hekim tıbbi bilgilerden sorumludur. Hasta ise tıbbi kararı kendi değerlerine ve tercihlerine göre seçen taraftır. Sözleşmeli modelde, hasta ve hekim arasında fikir alışverişi yapılmaktadır. Hasta, uygulanacak tedaviler üzerinde hekimle birlikte ortak karar alma hakkına sahiptir (22).

Hasta hakları ödev ve sorumluluklara bağlıdır. Bir hastanın hakkı; hukuki, idari veya meslek otoritesi tarafından o hakka saygı duyma zorunluluğu olan sağlık çalışanına karşı geçerlidir. Hastanın hakları, hekimin hastaya karşı yükümlülükleri olarak da görülmektedir (23).

Hasta hakları, birçok ülkede yasalarla garanti altına alınmıştır. Yasal hakların, cezai yaptırımları da barındırdığı için birçok kişi tarafından bilinme şansı vardır (20). Etik haklar içinse bu her zaman geçerli değildir. Haklarla ilgili etik düşünceler ve kabuller fark gösterdiği için bu haklara uyulmaması bazı kişiler tarafından hak ihlali olarak görülmeyebilir. Kısacası yasal haklar halihazırdaki kanunlarla koruma altındadır. Ancak etik haklar, etik kurallar çerçevesinde değerlendirilir. Etik haklar ve yasal hakların birbirini desteklemesi her zaman beklenmez. Yasal haklar yasalarla

değiştirilirken, etik haklar yasalardan ve politik süreçten bağımsızdır ve eleştirme hakkı vardır (22).

Hekimler için hasta hakları etik bir sorumluluk olarak görülmektedir. Bu sorumluluk hekimlerin insan sağlığına ve yaşamına verdikleri mutlak önemden kaynaklanır. Bu yüzden tezat gibi görünse de hekimler, hasta haklarını destekleyenlerin en başında gelmektedir (24).

Tıbbi tanı ve tedavide hekime en çok yardım edecek kişi hastadır. Hastanın fikir beyan etmeden olup bitene kayıtsız kalarak iyileşeceğini düşünme hakkı yoktur. Hastalar şikayetleriyle ilgili yeterli ve detaylı bilgi vermek zorundadırlar. Hekim tanı koyup tedaviye karar verirken onu yönlendiren en önemli etken hasta olmalıdır (24).

2.5.1. Saygılı Davranma ve Eşit Hizmet Sunma

Hastaların eşitliği tıpta çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Cenevre bildirgesinde hekimlere hastaların inanç, etnik köken, milliyet, cinsiyet, ırk, cinsel yönelim, politik düşüncelerine göre davranmaması söylenmektedir. Hekimler hastaların eşitlik ilkesine saygı duysalar bile bu konuya ilişkin düşünceleri farklı yönde olabilir. Bu durumda sevecen yaklaşıma önem verilmelidir. Sevecen yaklaşım hastanın haysiyet ve değerlerini gözeterek oluşturulur. Hasta hekimin sevecenliğini benimserse hekime ve hekimin bilgisine güveni artacaktır. Hastalara saygı, hekimin hastaları tıbbi müdahale esnasında oluşabilecek ve önlenemez risklerden uzak tutmasını gerektirir (23).

2.5.2. Aydınlatılmış Onam

Hekimin hastasının değerlerini koruma sorumluluğu vardır. Bu yüzden hasta kendisiyle ilgili tıbbi kararlarda söz hakkına sahiptir. Günümüzde en pratik olarak hastadan aydınlatılmış onam alınması yöntemi kullanılmaktadır (20).

Aydınlatılmış onam tıpta bireysel kararların, tercihlerin uygulanmasını ve korunmasını sağlar. Öncelikle hastaya tıbbi müdahale ve tedavi hakkında bilgi verilmesi ardından müdahale veya tedavi ile ilgili aydınlatılmış onayının alınması gerekir. Bilgi verilmemiş hastanın, hekimle ortak bir karar alması mümkün değildir. Bu yüzden de pratikteki en önemli unsur aydınlatılmış onamdır (20).

Hastanın hastalığı, yapılacak tıbbi müdahale veya tedavi hakkında bilgilendirilmesi, onay vermesi işlemleri aydınlatılmış onam ifadesini karşılamaktadır. İlk olarak 1950'lilerin ikinci yarısı ortaya çıkan 1970'lerden sonra tıp alanında geniş bir yer kaplayan bu kavram sayesinde, hekim hastasıyla bilgi paylaşımı sağlamaktadır (4). Tıbbi müdahalenin nasıl işleyeceğinin hastaya önceden anlatılması, sonrasında gerçekleşebilecek komplikasyonların hastaya anlayacağı bir dille ve açıklıkla ifade edilmesi, yarar ve risklerin vurgulanması, alternatif tedavi ve işlemlerin açıklanması tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar, iyileşme sırasındaki komplikasyonlar ve tedavinin / tıbbi müdahalenin ne kadar süreceği aydınlatılmış onam kapsamındadır (25). Aslında temel konu çok açıktır; hastanın hastalığı hakkında bilgi alma hakkı vardır ve hekim de bu bilgiyi yeterli ve ölçülü şekilde hastaya bildirmelidir. Hastanın kendi bedeni üzerinde yapılacak her türlü işlemi / tedaviyi bilme hakkı vardır ve bu konuda kararı verecek kişi de kendisidir (26).

2.5.2.1. Aydınlatılmış onamın öğeleri

Aydınlatılmış onam yeterlilik, bilgilendirme, anlama, gönüllülük olmak üzere 4 öğeden oluşmaktadır.

Yeterlilik: Hasta durumunu anlayabilmeli, önerilen tedaviyi anlayabilmeli, tedavi yapılmadığında sonuçlarını değerlendirebilmeli, verilen bilgiyi akılcı bir şekilde değerlendirip karar verebilmeli, kararını iletebilmeli ve kararında tutarlı olmalıdır. İyi bir hekimin de hastasının karar verme yetisinin doğru bir şekilde değerlendirmesi gerekir (27).

Mental yeterliliği tam olamayan kişilerin de vekilleri aracılığıyla tıbbi karara katılımı sağlanmaktadır (28).

Bilgilendirme: Hekim hastasına bilgilendirme yaparken yönlendirici olmadan, yeterli miktarda yapmalıdır. Hastanın kafasını karıştıracak anlaması güç bilimsel ve teknik bilgilerin detaylıca anlatılması hastada kafa karışıklığı yaratır. Bu yüzden hastaya verilen bilgilerin anlaşılır, açık, belirgin olmasına dikkat edilmelidir. Hastanın karar vermesine yardımcı olacak şekilde amaç, tasarım ve uygulanımına dair bilgiler verilmelidir (28).

Anlama: Hastanın anlaması için bilgilendirme uygun bir dille yapılmalıdır. Hastaya soru sorarak anlayıp anlamadığı hekim tarafından değerlendirilmelidir. Terminoloji kullanılırken hastanın anlayacağı şekilde açıklanmalıdır (27).

Gönüllülük: Hastanın kendi hür iradesiyle yapılacak müdahale ve tedaviyi kabul etmesi gerekmektedir (27).

2.5.2.2. Uygulamada aydınlatılmış onam

Günümüzde aydınlatılmış onam alınması hekimin vazgeçilmez etik sorumluluğudur. Aydınlatılmış onam alma, hekim ile hastanın karşılıklı görüşüp hastanın kabul edip etmemesi durumunda yazılı onay formunu hem hekimin hem hastanın imzalaması ile gerçekleşir. Genel olarak hasta hekimi tarafından sözel olarak bilgilendirilir ancak yazılı forma dökülmesi ve hem hasta hem hekim tarafından imza alınması iki taraf için de daha doğru bir uygulamadır. Pratik olması için tıbbi müdahalelerle ilgili basılı aydınlatılmış onam formları hazırlanabilir. Hazır formlar hazırlansa bile hekim sözlü olarak hastasını bilgilendirip sonra onayını alması gerekmektedir (27).

Aydınlatılmış onam “ortak karar verme ve saygı” anlamına gelir. Yani hastalığın açıklanması, tıbbi müdahale ve tedavinin kabul edilip edilmemesi konusunda hastaya ve hekime ortak karar verme olanağı sağlayan karşılıklı görüşmedir. Hekim ve hasta bu görüşmeyi sağladıktan sonra onam formunu yine karşılıklı gözden geçirerek imzalamalıdır ve aydınlatılmış onam işlemine ait belge hasta dosyasında saklanmalıdır (28).

2.5.3. Mahremiyet

Birçok kişinin yalnızca kendinde kalmasını istediği bilgi, düşünce ve değerleri vardır. Bu bağlamda mahremiyet, kişinin maddi manevi değerlerine ve kişisel bilgilerine başkalarının izin almadan erişmesini kontrol edebilmesidir. Kişiye ait olan zihinsel, fiziksel, duygusal, sosyal her şey mahremiyet kapsamındadır.

Birkaç mahremiyet durumu vardır. Bunlardan biri bedensel mahremiyettir. Kişinin izni olmadan kişiye karşı fiziksel temas, müdahale bu mahremiyet kapsamındadır (29).

İkinci mahremiyet; kişinin duygu, istekler ve düşünceleri ile kendi başına kalabileceği ve izni olmadan başkası tarafından müdahale edilemeyeceği durumlardır. Kişi gizlice dinlenmeden, psikolojik baskıya maruz kalmadan değerlerine sahip çıkabilmelidir (22).

Üçüncü mahremiyet ise kişisel bilgilerin korunmasına ilişkindir. Kamu ya da özel kurumlar için alınan bilgiler, mahremiyet kapsamında üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Gerekliliği belirlenmiş tıbbi, hukuki durumlar dışında mahrem bilgiler üçüncü kişi ya da kurumlarla paylaşılamaz (22).

2.5.4. Hasta sırrı / gizlilik

Gizlilik, iki taraf arasında bilgilerin paylaşılması ve bunların üçüncü kişilerle paylaşılmaması anlamına gelmektedir. Hekim - hasta ilişkisinin vazgeçilmez öğelerinden birini oluşturur (30).

Hastaya ait bireysel bilgiler hekimde “sır saklama” olgusunu oluşturur. Etik kaygılar doğrultusunda hasta - hekim arasında geçen bilgiler hasta sırrı/hasta gizliliği kapsamında varlığını sürdürür. Hekim ile hasta arasında açıkça söylenmese bile kişisel bilgilerin gizli tutulacağı bir tür sözleşme oluşur ve hasta hekimine aktardığı kişisel bilgilerin hekimle arasında sır olarak kalacağına güvenir (31).

Hekimin sır saklama yükümlülüğü Hipokrat'tan günümüze kadar aktarılmıştır. Bunun anlamı, Hipokrat Andı içmiş her hekim hastasının sırrını saklayacağına dair söz vermiştir (23).

2.5.5. Tıbbi gerçeğin söylenmesi

Hekim hasta ilişkisinin temelinde güven yatar. Hekim konunun uzmanıdır ve bu uzmanlığını hastanın sağlığı için kullanır. Kişinin kendisiyle ilgili bir konuyu öğrenmek en doğal hakkıdır. Hasta da kendi sağlığıyla ilgili her bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bu görevdeyken hastadan gerçekleri saklamak tıp etiğinin en yanlış davranışlarından (22)

Geleneksel paternalistik anlayışta hastayla ilgili tıbbi durumun kötüye gittiğini hastadan gizleme anlayışı vardır. Ancak günümüzde tıbbi gerçeğin gizlenmesi hem hastanın yararını zedelemekte hem de onun değerlerine saygı

göstermemize engel olarak görülmektedir. Hastanın tıbbi gerçeği bilmeye hakkı olduğu gibi bunun kendinden başkasının bilmemesini isteme hakkı da vardır. Bu hastanın gizliliğinin korunması ve mahremiyet haklarıyla da ilişkilidir (32).

Hastaya tıbbi gerçeğin söylenmesi onu üzecek de olsa durumuyla ilgili bilgilenebilmesine ve tıbbi karar vermesine olanak sağlar. Tıbbi durumunu öğrenen hastalar genellikle tedaviyi benimser ve dikkatlerini tedavi üzerinde yoğunlaştırır (22).

Bazı hastalar ise tıbbi gerçeğin söylenmemesini hekime beyan edebilir. Bu durumda hekim hastanın kararına saygı duyup ona göre davranmalıdır (22).

2.6. HEKİM HAKLARI

Bütün bireylerde olduğu gibi hekimlerin de sorumlulukları yanında hakları vardır. Tüm ülkelerde hekimler mesleklerini uygulamaya çalışırken gerek hükümet veya şirket baskısı gerek medyanın abartılı veya yanlış haberleri gerekse sınırlı kaynaklar nedeniyle zorluk çekmektedirler (6). 1960'ların ortasından itibaren klinikte hasta merkezli kararlar ve hasta hakları kavramı öne çıkmaya başlamıştır. Bu yeni ilişki biçimini koruma ve saygı duyma görevi de hekimin sorumluluğu arasında gösterilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda hekim hakları hasta-hekim ilişkisinde göz ardı edilebilmektedir (33).

Hekimin mesleğini en iyi şekilde icra edebilmesi için ona bazı hakların tanınması gerekir.

2.6.1. Sağlıklı Olma Hakkı

Her insan gibi hekimin de sağlıklı olmak hakkı vardır. Hekimin mesleğini beklendiği tıbbi başarı düzeyinde yapabilmesi için mesleğinde kaynaklanan koşullar içinde sağlığını koruma hakkı vardır. Özetle çalışma koşulları hekim sağlığı için uygun olmalıdır (34).

2.6.2. Güvenlik Hakkı

Hekimliğin ne kadar özveri gerektiren bir meslek olduğuna inanırken ülkemizde hekimler, özellikle son yıllarda artan, can güvenliği sorunu ile karşı

karşıya kalmaktadırlar. Hekimin can ve mal güvenliği kaygısı yaşarken mesleğini gerekli performansta sürdürmesi beklenemez (34,35).

2.6.3. Yeterli İzin ve İstirahat Hakkı

Tıp aşırı özen ve dikkat gerektirir. Bu özelliklerin sağlanabilmesi için hekimin yeteri kadar dinlenmiş ve fiziksel yorgunluğunu gidermiş olması gerekir. Hastaya daha yararlı olması için hekimin izin kullanma ve istirahat etme hakkına saygı göstermek gerekir(34).

2.6.4. Makul Sayıda Hasta Bakma Hakkı

Hekime belli sayıda hasta bakabilme ve o hastalara gerekli zamanı ayırabilme hakkı sağlanmalıdır. Gerekli zaman ayrılmamış hastaların muayenesinden hem hekim hem hasta dert yanmaktadır. Hekim dışı nedenlerden kaynaklanan bu sorunlar yüzünden eleştirilenler ne yazık ki yine hekimler olmaktadır (34).

2.6.5. Sürekli Eğitim Hakkı

Günümüzde bilim çok hızlı gelişmektedir. Bir hastalığın tedavisi sırasında bile yeni tedavi yöntemleri pratiğe geçmektedir. Aynı zamanda iletişim ve haberleşme teknolojileri de hızla gelişmektedir. Bu nedenle hekimin de son gelişmeleri öğrenme ve tıbbi bilgilerini yenileme hakkı vardır. Bunun için hekim sürekli eğitimi sağlayacak koşullar içinde çalışmalıdır (34).

2.6.6. Hastadan Saygı Görme Hakkı

Hekim – hasta ilişkisinin temelinde güven ve saygı vardır. Hekimin hastadan yeterli saygıyı görmemesi ise bu ilişkiyi zedeleyecektir. Hastanın tıbbi tedavisi için hekimin bilgi düzeyine güven duyması gerekmektedir. Hastanın saygı sınırlarını aşan davranışlarda bulunması hekimin istediği biçimde hastayla ilgilenmesine ve güven ortamında muayene etmesine engel olmaktadır (25).

2.6.7. Hastadan Ayrıntılı Şekilde Doğru ve Gerçek Bilgiler Alma Hakkı

Hekimin hastaya yararlı olması için ondan tam ve doğru bilgi alması gerekir. Hastanın sır olarak gördüğü fakat tıbbi durumunu etkileyen bilgileri hekime söylememesi yetersiz veya başarısız bir tıbbi uygulamaya neden olabilmektedir (25,34).

2.6.8. Hastadan Tanı ve Tedavi İşlemlerine Uymasını Bekleme Hakkı

Sağlık problemi nedeniyle hekime başvuran hasta, iyileşmek için bazı şeyleri kabul etmiş olur. Hastanın hekimin tedavisini reddetme ve uygulamama hakkı vardır. Ancak tedaviyi kabul ettikten sonra verilen tıbbi talimatlara uyması beklenir. Bu beklenti hekimin en doğal hakkıdır. Bu talimatları yerine getirmeyen hastaların tedavi sürecinde olumsuzluklar karşılıklarına çıkmaktadır (25,34).

2.6.9. Hastanın Tıbbi Karara Aktif Katılmasını Bekleme

Geleneksel hekimlik anlayışında hekimin tıbbi kararı hasta adına en iyi şekilde tek başına alması düşünülmektedir. Ancak günümüzde hasta merkezli hekim-hasta ilişkisine yönelim olmuştur. Tıbbi bir karar alınırken hasta ve hekim ortak olmalıdır. Tıbbi karara katılmak hastanın etik yükümlülüğüken bu sorumluluğu hastadan beklemek de hekimin bir hakkıdır (25,34).

2.6.10. Hastanın Anlamsız İsteklerini Reddetme Hakkı

Tıbbi misyonda hasta - hekim anlayışı içinde ortak bir karar alınarak ilerlenir. Hekim hastasının istek ve kararlarına saygılı davranır. Hasta hekimin önerilerini anlar ve hekimine güvenir. Hastalık söz konusu olduğunda kişiler sürekli beklenti ve bir arayış içinde olurlar. Ancak bu durum hastanın her isteğini yerine getirme sorumluluğu doğurmaz. Hekimin hastasının anlamsız hukuka aykırı isteklerini reddetme hakkı vardır (35,36).

2.7. KONSÜLTASYON

Bilimsel gelişmeler tıpta da uzmanlık alanlarının sayısının artmasına ve o uzmanlık alanının özel tanı ve tedavi yöntemlerinde yeniliklere neden olmuştur.

Tıpta hekimin tıkanıdığı ya da uzmanlığı dışındaki konularda bir başka meslektaşından konsültasyon istemesi uzun yıllardır uygulanan bir yöntemdir. Uzmanlaşmanın öneminin daha da arttığı günümüzde, konsültasyon, hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur (37). Konsültasyon, hekimin sorumluluğunu başka hekimlerle paylaşmasını sağlamakla beraber hastayı değerlendirirken multidisipliner çalışmayı beraberinde getirmiştir. Hasta için daha iyi, daha doğru davranışı bulma olanağı sağlamaktadır (38). Profesör Adela Cortina'nın da belirttiği gibi, mesleğin icrasının ortaklaşa bir faaliyet olduğu ve sağladığı faydaların ona toplumsal meşrutiyet kazandırdığı unutulamaz (39). Bu yüzden tıp eğitiminde konsültasyona gereken önemin verilmesi gerekir. Konsültasyon Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin Temmuz 2004'te yayınladığı ‘‘Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’’ kitapçığında aşağıdaki şekilde yer almaktadır.

Madde 18: Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

- a) Hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedavisini yürüten hekim yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.
- b) Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.
- c) Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.
- d) Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.
- e) Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır (40).

2.8. HEKİMLER ARASI İLİŞKİLERDE ETİK

Tıp etiğinin merkezinde olan hekim-hasta ilişkisi dışında hekim – hekim ilişkisi de önemlidir. Meslektaşlar arası saygı Hipokrat'tan günümüze kadar önemini korumuş değerlerden biridir (37). Türk Tabipler Birliği'nin Temmuz 2004'te yayınladığı Hekimlik Meslek Etiği Kuralları kitapçığında bu konu, madde 16'da

“Hekim, meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek sahipleri ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz.” olarak belirtilmiştir (40).

Hekimlerin, ortak bir amaçla, hastanın sağlığı ve iyiliği için çabaladıkları düşünüldüğünde kendi aralarında iyi meslektaşlık ilişkilerini de idame ettirmeli ve manevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler (36).

Hekimler meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile hasta olarak karşılaştıklarında özel bir dikkat ve duyarlılık göstermelidir. Hekimin meslektaşlarına ve diğer sağlık çalışanlarına pozitif ayrımcılık yapması etik açıdan kabul edilebilir bir durumdur (37).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Bu tez çalışması analitik, tanımlayıcı ve prospektif tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 01.07.2022 ile 01.09.2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde aktif çalışan asistan hekimlere online/internet aracılığıyla anket doldurma yöntemi ile yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde eğitim almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Etik kurula başvurulduğu sırada hastanede aktif çalışan 485 asistan hekim bulunmakta olup tüm popülasyona ulaşılması hedeflendi. 320 asistan hekim ile çalışma tamamlandı.

Araştırmaya hastaneye bağlı kliniklerinde eğitim alan asistan hekimler dahil edilmiş olup mevcut kliniklerde görev almakta olan ancak herhangi bir sebepten ötürü ulaşılamayan ya da araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hekimler çalışma dışında tutuldu.

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan tıbbi deontolojinin uygulanabilirliği konusunda bilgi, tutum ve davranışları ölçen anket aracılığıyla toplandı (EK-1). Anket içindeki ilk 11 soru hasta hekim ilişkisi hasta hakları, 12-16. sorular hekimin meslek etiği hekim hakları, 17-20. sorular konsültasyon etiği, 21-25. sorular meslektaşlar arası saygı bilgi tutum ve davranışlarını ölçen sorulardır.

Anketin ilk bölümü yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı ve asistanlık yılı gibi demografik bilgilerden oluşmaktadır. Hasta – hekim ilişkisi hasta hakları kategorisi içinde mahremiyet hakkı, ayrımcılık ve aydınlatılmış onam; hekim hakları kategorisi

içinde sürekli eğitim hakkı, hastaya saygı, hastanın isteklerini ve hastayı reddetme hakkı ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

3.5. ETİK KURUL VE KURUMSAL İZİNLER

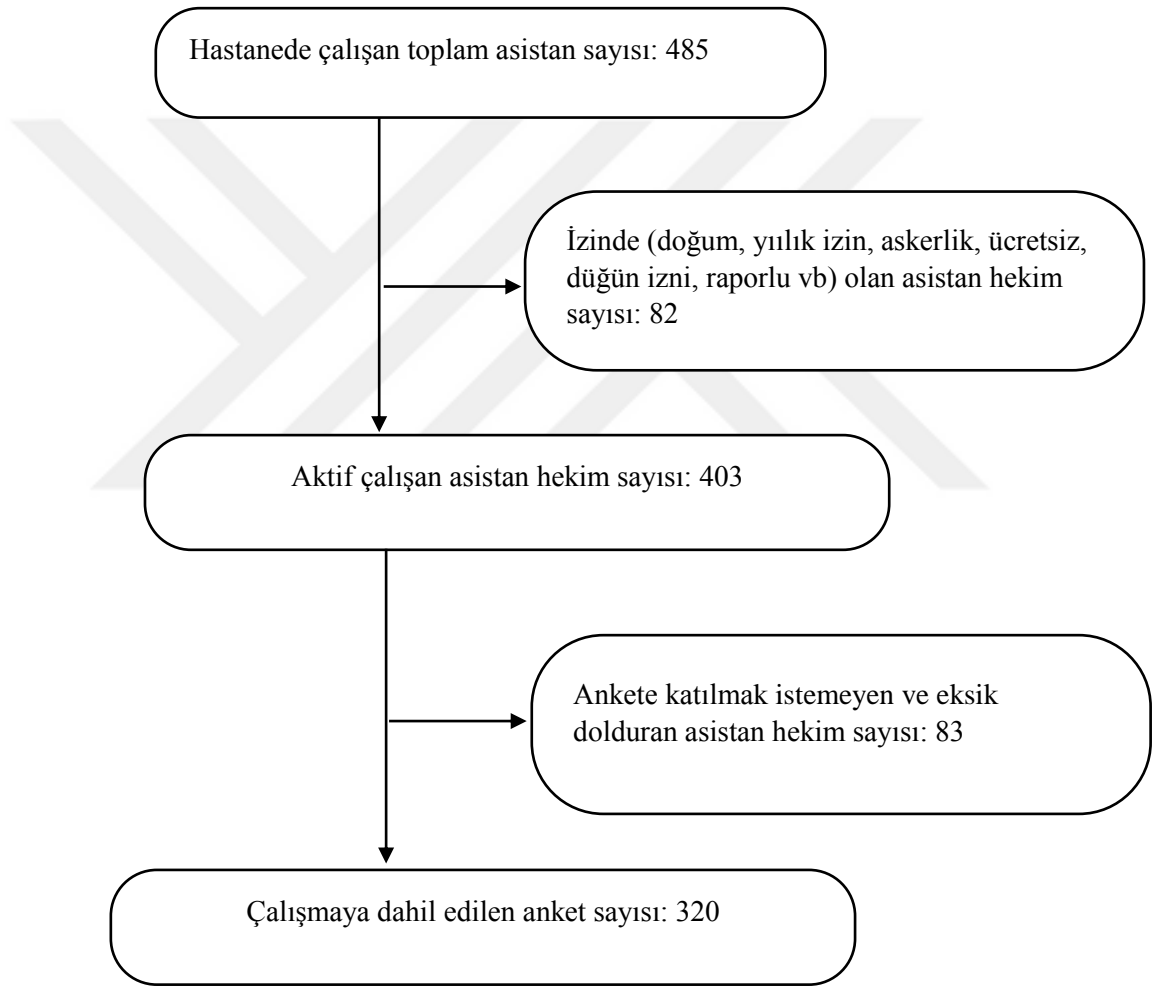
Çalışmamız iyi klinik uygulamaları ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak ve gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nden 16.06.2022 tarihinde tez konusu onayı (EK-2) alınmıştır. Çalışma protokolü hastanemiz etik kurulunca 26.06.2022 tarihinde 140/35 karar numarası ile etik ve bilimsel yönden herhangi bir sakınca bulunmamış ve onaylanmıştır (EK-3).

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0 programından yararlanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogrov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile Q-Q plot ve histogram grafikleri ile bakıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, ortanca (minimum- maksimum/25.-75. persantil) olarak gösterildi. Kategorik veriler frekans (yüzde) ile gösterildi. Veri toplama aracının güvenilirlik düzeyi iç tutarlılık kat sayısı olarak ifade edilen Cronbach's alpha değeri ile hesaplanmıştır. Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0.730 olarak bulunmuştur. Kategorik değişkenler Chi-Squared Testi veya Fisher's Exact Testi ile değerlendirildi. Dağılımı normal olmayan, iki bağımsız grup değerlendirmesinde Mann-Whitney U testi uygulandı. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamızda Temmuz 2022 itibariyle hastanede bulunan 485 asistan hekime ulaşılması hedeflendi. Anket süresi boyunca izinde (doğum, yıllık izin, askerlik, ücretsiz, düğün izni, raporlu vb.) olanlar nedeniyle çalışmaya 82 kişi dahil edilemedi. 9 anket eksik doldurulması nedeniyle çalışmadan dışlandı. 74 kişi anketi doldurmak istemedi. Toplamda 320 kişiye ulaşıldı.



Şekil 4.1. Akış Diyagramı

Çalışmada 320 katılımcının anket sorularına verdikleri yanıtlar değerlendirildi. Katılımcıların 106'sı (%33,1) erkek, 214'ü (%66,9) kadındı. Katılımcıların yaş aralığı 20 ile 53 arasındaydı, yaş medyan değeri 29 olarak saptandı. Katılımcıların yaş ortalaması 29.4 ± 3.8 olarak saptandı. Katılımcıların tıpta uzmanlık alanı; 58'i (%18,1) cerrahi bilimler, 237'si (%74,1) dahili bilimler ve 25'i (%7,8) temel bilimlerdi. Katılımcıların asistanlık yılı 1 ile 5 yıl arasında, medyan değeri 3 ve asistanlık yılı ortalaması 2.6 ± 1.1 idi. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler (n=320)

Özellik	Sayı / %
Cinsiyet	
Erkek	106 / 33,1
Kadın	214 / 66,9
Tıpta Uzmanlık Alanı	
Cerrahi Klinik Bilimler	58 / 18,1
Dahili Klinik Bilimleri	237 / 74,1
Temel Bilimler	25 / 7,8
	Medyan(minimum-maksimum)/Ortalama ±standart sapma/skewness/kurtosis
Yaş	29(20-53) / 29.4 ± 3.8 / 2.97 / 13.3
Asistanlık Yılı	3(1-5) / 2.6 ± 1.1 / 0.18 / -7.2

Katılımcıların hasta-hekim ilişkileri hasta hakları kategorisinde 11 soru yanıtlamaları istendi. Katılımcıların hasta-hekim ilişkileri hasta hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;

“din-mezhep ayrımı yapmam” görüşüne katılımcılardan 308 (%96.3) kişinin “katılıyorum” 12 (%3,8) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü. “muayenede başkası varken hastadan izin alırım” görüşüne katılımcılardan 213 (%66,6) kişinin “katılıyorum” 107 (%33,4) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü.

Katılımcıların hasta-hekim ilişkileri hasta hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Hasta-Hekim İlişkileri Hasta Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Hasta hekim ilişkileri Hasta Hakları	Katılmıyorum n / %	Katılıyorum n / %
1. cinsiyet ayrımı yapmam	21 / 6,6	299 / 93,4
2. ırk ayrımı yapmam	42 / 13,1	278 / 86,9
3. din-mezhep ayrımı yapmam	12 / 3,8	308 / 96,3
4. siyasi kanaat ayrımı yapmam	40 / 12,5	280 / 87,5
5. mevkii ayrımı yapmam	42 / 13,1	278 / 86,9
6. muayenede başkası varken hastadan izin alırım	107 / 33,4	213 / 66,6
7. hastalığımı açık bir dille anlatırım	27 / 8,4	293 / 91,6
8. hastanın duygusallığını anlayışla karşılarım	25 / 7,8	295 / 92,2
9. hastanın bilgilerini hasta dışı kimseyle paylaşmam	89 / 27,8	231 / 72,2
10. tedavi ile ilgili hastayı bilgilendiririm	37 / 11,6	283 / 88,4
11. tedavi seçiminde hastanın sosyo-ekonomik durumunu gözetirim	45 / 14,1	275 / 85,9

Katılımcıların hekimin meslek etiği hekim hakları kategorisinde 5 soru yanıtlamaları istendi. Katılımcıların hekimin meslek etiği hekim hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;

“hasta bakmayı reddedebilirim” görüşüne katılımcılardan 192 (%60,0) kişinin “katılıyorum” 128 (%40,0) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü “sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim” görüşüne katılımcılardan 304 (%95,0) kişinin “katılıyorum” 16 (%5,0) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü.

“reçete için hastanın gelme zorunluluğu yoktur” soruya katılımcılardan 27 (%8,4) kişinin “katılıyorum” 293 (%91,6) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü.

Katılımcıların hekimin meslek etiği hekim hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların Hekimin Meslek Etiği Hekim Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Hekimin meslek etiği hekim hakları	Katılmıyorum n / %	Katılıyorum n / %
12. çalışma saatleri içinde kıyafetime özen gösteririm	35 / 10,9	285 / 89,1
13. bilgi becerilerimi sürekli geliştiririm	49 / 15,3	271 / 84,7
14. hasta bakmayı reddedebilirim	128 / 40,0	192 / 60,0
15. sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim	16 / 5,0	304 / 95,0
16. reçete için hastanın gelme zorunluluğu yoktur	293 / 91,6	27 / 8,4

Katılımcıların konsültasyon kategorisinde 4 soru yanıtlamaları istendi. Katılımcıların konsültasyon kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;

“konsültasyonda anlaşılır dil kullanırım” görüşüne katılımcılardan 315 (%98,4) kişinin “katılıyorum” 5 (%1,6) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü. “konsültasyon istendiğinde hastaya karşı sorumlu hissederim” soruya katılımcılardan 304 (%95,0) kişinin “katılıyorum” 16 (%5,0) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü.

Katılımcıların konsültasyon kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Konsültasyon Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Konsültasyon	Katılmıyorum n/%	Katılıyorum n/%
17. konsültasyon isteyeceğim zaman hastaya bildiririm	11 / 3,4	309 / 96,6
18. konsültasyon istediğim hekime güvenirim	13 / 4,1	307 / 95,9
19. konsültasyonda anlaşılır dil kullanırım	5 / 1,6	315 / 98,4
20. konsültasyon istendiğinde hastaya karşı sorumlu hissederim	16 / 5,0	304 / 95,0

Katılımcıların hekimler arası ilişkiler kategorisinde 5 soru yanıtlamaları istendi. Katılımcıların hekimler arası ilişkiler kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde;

“meslektaşım hasta olunca ekstra özen gösteririm” ve “meslektaşlarıma uygulanan şiddete duyarsız kalmam” sorularına katılımcılardan 313 (%97,8) kişinin “katılıyorum” 7 (%2,2) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü. “meslektaşına maddi manevi yardımcı olurum” görüşüne katılımcılardan 289 (%90,3) kişinin “katılıyorum” 31 (%9,7) kişinin “katılmıyorum” yanıtını verdiği görüldü.

Katılımcıların hekimler arası ilişkiler kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların dağılımı tablo 4.5’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Hekimler Arası İlişkiler Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Hekimler Arası İlişkiler	Katılmıyorum n/%	Katılıyorum n/%
21. meslektaşım hasta olunca ekstra özen gösteririm	7 / 2,2	313 / 97,8
22. meslektaşımı onur kırıcı davranışlardan korurum	5 / 1,6	309 / 96,6
23. meslektaşlarıma uygulanan şiddete duyarsız kalmam	7 / 2,2	313 / 97,8
24. meslektaşına öncelik tanırım	11 / 3,4	309 / 96,6
25. meslektaşına maddi manevi yardımcı olurum	31 / 9,7	289 / 90,3

Katılımcıların hasta-hekim ilişkileri hasta hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde;

Cinsiyet değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Yaş değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Tıpta uzmanlık alanı değişkeni ile “muayenede başkası varken hastadan izin alırım” verilen yanıt arasında anlamlı fark görüldü ($p:0,01$). Tıpta uzmanlık alanı değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile “hastalığını açık bir dille anlatırım” görüşüne verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü ($p:0,04$). Katılmıyorum yanıtını veren

katılımcıların asistanlık yıl ortalaması katılıyorum yanıtını verenlerin yıl ortalamasından daha fazla saptandı. Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile “hastanın bilgilerini hasta dışı kimseyle paylaşmam” sorusuna verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü (p:0,04). Katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların asistanlık yıl ortalaması katılıyorum yanıtını verenlerin yıl ortalamasından daha fazla tespit edildi. Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,05).

Hasta-hekim ilişkileri hasta hakları kategorisinde bulunan sorulara verilen yanıtlar ile diğer sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Hasta-Hekim İlişkileri Hasta Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi

Özellik	Cinsiyet		Yaş Ortalama ±standart sapma	Tıpta Uzmanlık Alanı			Asistanlık Yılı Ortalama ±standart sapma
	Kadın n/%	Erkek n/%		Cerrahi n/%	Dahili n/%	Temel n/%	
1.S: cinsiyet ayrımı yapmam*							
Katılmıyorum	13/61,9	8/38,1	28,2±2,9	6/28,6	13/61,9	2/9,5	2,8±1,0
Katılıyorum	201/67,2	98/32,8	29,4±3,8	52/17,4	224/74,9	23/7,7	2,6±1,1
p değeri	0,630 ²		0,530 ¹	0,380 ²			0,400 ¹
2.S: ırk ayrımı yapmam*							
Katılmıyorum	32/76,2	10/23,8	28,6±2,2	6/14,3	31/73,8	5/11,9	2,6±1,0
Katılıyorum	182/65,5	96/34,5	29,5±3,9	52/18,7	206/74,1	20/7,2	2,6±1,1
p değeri	0,160 ²		0,820 ¹	0,480 ²			0,670 ¹
3.S: din-mezhep ayrımı yapmam*							
Katılmıyorum	8/66,7	4/33,3	28,5±2,9	3/25,0	8/66,7	1/8,3	2,7±0,6
Katılıyorum	12/66,9	102/33,1	29,4±3,8	55/17,9	229/74,4	24/7,8	2,6±1,1
p değeri	0,980 ²		0,530 ¹	0,810 ²			0,610 ¹
4.S: siyasi kanaat ayrımı yapmam*							
Katılmıyorum	23/57,5	17/42,5	28,6±2,3	9/22,5	28/70,0	3/7,5	2,5±1,0
Katılıyorum	191/68,2	89/31,8	29,5±3,9	49/17,5	209/74,6	22/7,9	2,6±1,1
p değeri	0,170 ²		0,760 ¹	0,740 ²			0,890 ¹
5.S: mevkii ayrımı yapmam*							
Katılmıyorum	30/71,4	12/28,6	29,3±4,2	7/16,7	33/78,6	2/4,8	2,6±1,1
Katılıyorum	184/66,2	94/33,8	29,4±3,7	51/18,3	204/73,4	23/8,3	2,6±1,1
p değeri	0,500 ²		0,850 ¹	0,680 ²			0,770 ¹
6.S: muayenede başkası varken hastadan izin alırım*							
Katılmıyorum	78/72,9	29/27,1	29,3±4,3	18/16,8	87/81,3	2/1,9	2,7±1,1
Katılıyorum	136/63,8	77/36,2	29,4±3,5	40/18,8	150/70,4	23/10,8	2,5±1,1
p değeri	0,100 ²		0,370 ¹	0,010 ²			0,060 ¹
7.S: hastalığımı açık bir dille anlatırım*							
Katılmıyorum	22/81,5	5/18,5	30,1±6,3	5/18,5	22/81,5	0/0,0	3,0±1,1
Katılıyorum	192/65,5	101/34,5	29,3±3,4	53/18,1	215/73,4	25(%^8,5)	2,5±1,1
p değeri	0,090 ²		0,820 ¹	0,280 ²			0,040 ¹

Tablo 4.6. (Devamı) Katılımcıların Hasta-Hekim İlişkileri Hasta Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi

Özellik	Cinsiyet		Yaş Ortalama \pm standart sapma	Tıpta Uzmanlık Alanı			Asistanlık Yılı Ortalama \pm standart sapma
	Kadın n/%	Erkek n/%		Cerrahi n/%	Dahili n/%	Temel n/%	
8.S: hastanın duygusallığını anlayışla karşılıyorum*							
Katılmıyorum	13/52,0	12/48,0	29.8 \pm 5.8	5/20,0	20/80,0	0/0,0	2.4 \pm 1.1
Katılıyorum	201/68,1	94/31,9	29.3 \pm 3.5	53/18,0	217/73,6	25/8,5	2.6 \pm 1.1
p değeri	0,100 ²		0,600 ¹	0,310 ²			0,300 ¹
9.S: hastanın bilgilerini hasta dışı kimseyle paylaşmam*							
Katılmıyorum	62/69,7	27/30,3	29.4 \pm 3.4	16/18,0	69/77,5	4/4,5	2.7 \pm 1.1
Katılıyorum	152/65,8	79/34,2	29.3 \pm 3.9	42/18,2	168/72,7	21/9,1	2.5 \pm 1.1
p değeri	0,510 ²		0,290 ¹	0,370 ²			0,040 ¹
10.S: tedavi ile ilgili hastayı bilgilendiririm*							
Katılmıyorum	23/62,2	14/37,8	29.7 \pm 4.7	9/24,3	27/73,0	1/2,7	2.6 \pm 1.2
Katılıyorum	191/67,5	92/32,5	29.3 \pm 3.6	49/17,3	210/74,2	24/8,5	2.6 \pm 1.1
p değeri	0,510 ²		0,440 ¹	0,310 ²			0,900 ¹
11.S: tedavi seçiminde hastanın sosyo-ekonomik durumunu gözetirim*							
Katılmıyorum	28/62,2	17/37,8	29.5 \pm 4.5	12/26,7	32/71,1	1/2,2	2.8 \pm 1.2
Katılıyorum	186/67,6	89/32,4	29.3 \pm 3.6	46/16,7	205/74,5	24/8,7	2.5 \pm 1.1
p değeri	0,470 ²		0,700 ¹	0,110 ²			0,240 ¹
¹ Mann Whitney U Testi, ² Pearson Chi-square Test ³ Fisher Exact Test *Analizler sırasında tamamen katılmıyorum ve katılmıyorum seçeneği katılıyorum; kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum seçeneği katılmıyorum olarak kabul edildi.							

Katılımcıların hekimin meslek etiği hekim hakları kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde;

Cinsiyet değişkeni ile “sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim” görüşüne verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü (p:0,002). Cinsiyet değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050). Yaş değişkeni ile sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050). Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile “bilgi becerilerimi sürekli geliştiririm” görüşüne verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü (p:0,020). Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050).

Hekimin mesleği etiği hekim hakları kategorisinde bulunan sorulara verilen yanıtlar ile diğer sosyo-demografik özellikler arasında özellikler arasındaki ilişki tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Hekimin Meslek Etiği Hekim Hakları Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi

Özellik	Cinsiyet		Yaş Ortalama ±standart sapma	Tıpta Uzmanlık Alanı			Asistanlık Yılı Ortalama ±standart sapma
	Kadın n/%	Erkek n/%		Cerrahi n/%	Dahili n/%	Temel n/%	
12.S: çalışma saatleri içinde kıyafetime özen gösteririm*							
Katılmıyorum	21/60,0	14/40,0	29.4±4.6	8/22,9	25/71,4	2/5,7	2.6±0.9
Katılıyorum	193/67,7	92/32,3	29.4±3.7	50/17,5	212/74,4	23/8,1	2.6±1.1
p değeri	0,360 ²		0,970 ¹	0,680 ²			0,840 ¹
13.S: bilgi becerilerimi sürekli geliştiririm*							
Katılmıyorum	32/65,3	17/34,7	28.9±3.8	4/8,2	44/89,9	1/2,0	2.5±0.9
Katılıyorum	182/67,2	89/32,8	29.5±3.7	54/19,9	193/71,2	24/8,9	2.6±1.2
p değeri	0,800 ²		0,300 ¹	0,020 ²			0,800 ¹
14.S: hasta bakmayı reddedebilirim*							
Katılmıyorum	84/65,6	44/34,4	29.2±4.4	21/16,4	98/76,6	9/7,0	2.5±1.1
Katılıyorum	130/67,7	62/32,3	29.5 ±3.3	37/19,3	139/72,4	16/8,3	2.6±1.2
p değeri	0,690 ²		0,090 ¹	0,700 ²			0,260 ¹
15.S: sosyal endikasyonlu rapor talebini reddederim*							
Katılmıyorum	5/31,3	11/68,8	30.0±6.7	6/37,5	10/62,5	0/0,0	2.3±1.2
Katılıyorum	209/68,8	95/31,3	29.3±3.6	52/17,1	227/74,7	25/8,2	2.6±1.1
p değeri	0,002 ²		0,970 ¹	0,070 ²			0,390 ¹
16.S: reçete için hastanın gelme zorunluluğu yoktur*							
Katılmıyorum	198/67,7	95/32,4	29.4±3.8	53/18,1	218/74,4	22/7,5	2.5±1.1
Katılıyorum	16/59,3	11/40,7	29.4±3.1	5/18,5	19/70,4	3/1,1	2.8±1.0
p değeri	0,380 ²		0,690 ¹	0,790 ²			0,350 ¹

¹ Mann Whitney U Testi, ² Pearson Chi-square Test ³ Fisher Exact Test *Analizler sırasında tamamen katılıyorum ve katılıyorum seçeneği katılıyorum; kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum seçeneği katılmıyorum olarak kabul edildi.

Katılımcıların konsültasyon kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde;

Cinsiyet değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,050$). Yaş değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel

açından anlamlı fark görülmedi ($p>0,050$). Tıpta uzmanlık alanı değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,050$). Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,050$).

Konsültasyon kategorisinde bulunan sorulara verilen yanıtlar ile diğer sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişki tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Konsültasyon Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi

Özellik	Cinsiyet		Yaş Ortalama ±standart sapma	Tıpta Uzmanlık Alanı			Asistanlık Yılı Ortalama ±standart sapma
	Kadın n/%	Erkek n/%		Cerrahi n/%	Dahili n/%	Temel n/%	
17.S: konsültasyon isteyeceğim zaman hastaya bildirimim*							
Katılmıyorum	6/54,5	5/45,5	29.0±7.9	5/45,5	5/45,5	1/9,1	2.6±1.5
Katılıyorum	208/67,3	101/32,7	29.4±3.6	53/17,2	232/75,1	24/7,8	2.6±1.1
p değeri	0,370 ²		0,180 ¹	0,050 ²			0,870 ¹
18.S: konsültasyon istediğim hekime güvenirim*							
Katılmıyorum	9/69,2	4/30,8	29.3±7.2	4/30,8	9/69,2	0/0,0	3.0±1.3
Katılıyorum	205/66,8	102/33,2	29.4±3.6	54/17,6	228/74,3	25/8,1	2.5±1.1
p değeri	0,850 ²		0,540 ¹	0,310 ²			0,210 ¹
19.S: konsültasyonda anlaşılır dil kullanırım*							
Katılmıyorum	3/60,0	2/40,0	30.4±12.0	1/20,0	4/80,0	0/0,0	3.0±1.2
Katılıyorum	211/67,0	104/33,0	29.4±3.5	57/18,1	233/74,0	25/7,9	2.6±1.1
p değeri	0,660 ³		0,340 ¹	0,800 ²			0,570 ¹
20.S: konsültasyon istendiğinde hastaya karşı sorumlu hissedirim*							
Katılmıyorum	9/56,3	7/43,8	29.3±3.2	4/25,0	10/62,5	2/12,5	3.0±1.0
Katılıyorum	205/67,4	99/32,6	29.4±3.8	54/17,8	227/74,7	23/7,6	2.5±1.1
p değeri	0,350 ²		0,280 ¹	0,540 ²			0,190 ¹

¹ Mann Whitney U Testi, ² Pearson Chi-square Test ³ Fisher Exact Test *Analizler sırasında tamamen katılıyorum ve katılıyorum seçeneği katılıyorum; kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum seçeneği katılmıyorum olarak kabul edildi.

Katılımcıların hekimler arası ilişkiler kategorisinde bulunan sorulara verdikleri yanıtların sosyo-demografik özelliklere göre değerlendirildiğinde;

Cinsiyet değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,050$). Yaş değişkeni ile “meslektaşlarıma uygulanan şiddete duyarsız kalman” görüşüne verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark

görüldü (p:0,040). Yaş değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050). Tıpta uzmanlık alanı değişkeni ile “meslektaşlarıma uygulanan şiddete duyarsız kalmam” görüşüne verilen yanıt arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görüldü (p:0,020). Tıpta uzmanlık alanı değişkeni ile diğer sorulara verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050). Tıpta asistanlık yılı değişkeni ile verilen yanıtlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p>0,050).

Hekimler arası ilişkiler kategorisinde bulunan sorulara verilen yanıtlar ile diğer sosyo-demografik özellikler arasında ilişki tablo 4.9’de verilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Hekimler Arası İlişkiler Kategorisinde Bulunan Sorulara Verdikleri Yanıtların Sosyo-demografik Özelliklere göre Değerlendirilmesi

Özellik	Cinsiyet		Yaş Ortalama ±standart sapma	Tıpta Uzmanlık Alanı			Asistanlık Yılı Ortalama ±standart sapma
	Kadın n/%	Erkek n/%		Cerrahi n/%	Dahili n/%	Temel n/%	
21.S: meslektaşım hasta olunca ekstra özen gösteririm*							
Katılmıyorum	3/42,9	4/57,1	30.5±9.6	2/28,6	5/71,4	0/0,0	3.0±1.2
Katılıyorum	211/67,4	102/32,6	29.3±3.6	56/17,9	232/74,1	25/8,0	2.6±1.1
p değeri	0,220 ³		0,820 ¹	0,600 ²			0,400 ¹
22.s: meslektaşımı onur kırıcı davranışlardan korurum*							
Katılmıyorum	3/60,0	2/40,0	31.4±11.5	2/40,0	3/60,0	0/0,0	3.2±1.3
Katılıyorum	211/67,0	104/33,0	29.3±3.6	56/17,8	234/74,3	25/7,9	2.6±1.1
p değeri	0,660 ³		0,900 ¹	0,390 ²			0,900 ¹
23.s: meslektaşlarıma uygulanan şiddete duyarsız kalmam*							
Katılmıyorum	3/42,9	4/57,1	29.2±9.9	4/57,1	3/42,9	0/0,0	2.8±1.3
Katılıyorum	211/67,4	102/32,6	29.4±3.5	54/17,3	234/74,8	25/8,0	2.6±1.1
p değeri	0,220 ³		0,040¹	0,020²			0,650 ¹
24.s: meslektaşım öncelik tanım*							
Katılmıyorum	6/54,5	5/45,5	29.1±7.7	2/18,2	9/81,8	0/0,0	2.6±1.2
Katılıyorum	208/67,3	101/32,7	29.4±3.6	56/18,1	228/73,8	25/8,1	2.6±1.1
p değeri	0,370 ²		0,100 ¹	0,610 ²			0,910 ¹
25.s: meslektaşımın maddi manevi yardımcı olurum*							
Katılmıyorum	17/54,8	14/45,2	28.9±5.0	9/29,0	19/61,3	3/9,7	2.5±1.2
Katılıyorum	197/68,2	92/31,8	29.4±3.6	49/17,0	218/75,4	22/7,6	2.6±1.1
p değeri	0,130 ²		0,240 ¹	0,200 ²			0,890 ¹

¹ Mann Whitney U Testi, ² Pearson Chi-square Test ³ Fisher Exact Test *Analizler sırasında tamamen katılıyorum ve katılıyorum seçeneği katılıyorum; kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum seçeneği katılmıyorum olarak kabul edildi.

5. TARTIŞMA

Tıp, kendisine özel etik değer sistemi olan, özellikle gelişmiş ülkelerde deontoloji ve tıbbi etik eğitimi standart olarak tıp fakültesi öğrencilerine verilen bilimlerin başında gelir.

Tıp eğitimi, deontoloji ve etik eğitiminden ayrı düşünülemez. Tıp etiği eğitimi, uzmanlık eğitimine ilişkin tartışmaların önemli başlıklarından birini oluşturmakta ve tıp etiği eğitiminin gerekliliği çeşitli ulusal ve uluslararası metinlerde dile getirilmektedir.

Çalışmamızla asistan hekimlerin mesleğini uygularken deontolojik kaygıları göz önünde bulundurma durumlarını, bunu günlük pratiklerinde yansıtmaları biçimlerini henüz eğitimleri devam ediyorken, kendilerini geliştirmeleri açısından yol gösterici olmayı hedeflenmiştir

Tıbbi deontolojinin uygulanabilirliği konusunda asistan hekimlerin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları literatür verileriyle karşılaştırmalı olarak tartışılmıştır.

Etiyopya'da yapılan bir çalışmada sadece 152 (%30,4) hekimin iyi etik kurallara sahip olduğu saptanmış ve hekimlerin çoğunun etik kuralları uygulama konusunda zayıf olduğuna değinilmiştir (1).

Nepal'de yapılan bir çalışmada ise tıp fakültesinde tıp etiği konusunda resmi eğitim almış olanların etik bilgi, tutum ve davranışları yönünden daha iyi sonuçlar elde ettikleri görülmüştür (41).

Bizim çalışmamızda ise bu çalışmanın aksine etik davranışlar; cinsiyet, yaş, tıpta uzmanlık veya asistanlık yılı fark etmeksizin ortak dil ve davranış kalıbı olarak hekimlerde vardır ve uygulanmaktadır sonucuna varılmıştır. Bu da olması gereken ve beklenen deontolojik yaklaşım perspektifidir.

Özata ve ark. 15 farklı hastanede sağlık personelleriyle yapmış olduğu çalışmada, çalışma süresi daha az olanların mahremiyete yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu ve acil serviste çalışan personelin mahremiyete yönelik tutum ve davranışlarının düşük seviyede bulunduğu belirtilmiştir (30). Acil serviste yapılan

başka bir çalışmada; hasta mahremiyetinin gözetilmesi hakkı tüm acil serviste çalışan personel tarafından %85,1 oranı ile kabul edildiği görülmüştür (42).

Gündüz ve ark., yaptıkları çalışmada, çalışanların hasta mahremiyeti konusunda farkındalıklarının ve algılarının yüksek olduğu ve çalıştıkları hastanede hasta mahremiyeti uyumunun yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (43). Farklı uzmanlık birimlerinin klinik sorumluları üzerinde yüz yüze görüşmeler ile yapılan farklı bir çalışmada ise hasta mahremiyetine ilişkin tutumların olumlu olduğu ve farklı birimlerde çalışan sağlık çalışanlarının tutumları arasında farklılık olmadığı belirtilmiştir (44).

Shrestha ve ark., tarafından yapılan bir çalışmada ankete katılanların çoğunun hastanın durumunu bir başkasına açıklamayacağını belirttiği görülmüştür (41).

Bizim çalışmamızda dahili bilimler asistan hekimlerinin hasta mahremiyeti hususunda daha dikkatli ve olumlu tutum takındıkları yönünde sonuç elde edilmiştir. Ayrıca asistanlık yılı daha az olan hekimlerin bu konuda daha hassas tutum sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeninin asistanlık eğitiminin başında olan hekimlerin hasta bakma ve görme konusundaki isteklerinin yüksek olmasına ve tükenmişlik düzeylerinin henüz azalmamasına bağlı olabileceğini düşünüyoruz.

Manipur'da doktorlar üzerine yapılan bir çalışmada ise hastanın izninin olup olmamasına bakılmaksızın, hekimlerin hastanın durumunu yakın akrabalarıyla paylaşma eğiliminde olduğu görülmüştür (45).

Bizim çalışmamızda ise, hekimlerin %72,2'sinin hasta bilgilerini hasta dışı kimseyle paylaşmama konusuna katıldıkları fikri görülmüştür. Bunun nedeni olarak; Türkiye'de mahremiyet konusuna toplumda genel temayül olmasından ve hekimlerin tıp fakültesindeyken çekirdek eğitim programı içerisinde yer alan tıp etiği eğitimini almış ve benimsemiş olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Şahinoğlu ve ark. tarafından 524 hekimle yapılan bir çalışmada örnekleme oluşturan hekimlerin %1,7'sinin hekimin hastaları arasında cinsiyet ayrımı yapabileceği düşüncesinde olduğunu göstermektedir. Bu duruma gerekçe olarak en fazla seçilen seçenek, hekimin sadece kendi cinsiyetinden olan hastalarının olması

gerektiği düşüncesindedir. Bununla birlikte aynı çalışmada, hekimlerin %1,1'nin hastaların dini inançlarına göre de ayırım yapabileceği saptanmıştır (46).

Bizim çalışmamızda bu çalışma sonuçlarına benzer olarak “cinsiyet ayırımı yapmam” tutumu ve “din-mezhep ayırımı yapmam” tutumuna anlamlı düzeyde yüksek oranda “katılıyorum” cevabı verilmiştir. Çalışmamız literatür sonuçlarını destekler niteliktedir.

Küçükkendirci ve ark. tarafından hekim, hemşire ve ebe üzerine yapılan bir çalışmada kadın çalışanlar, mülteci ve sığınmacıların sağlık hakkından en üst düzeyde ve ayırım görmeksizin yararlandıklarını düşündüğünü belirtmektedir (47).

Bizim çalışmamızda da kadın hekimler, erkek hekimlere oranla “ırk ayırımı yapmam” görüşüne daha çok katıldıkları saptanmıştır. Bu sonuç literatür verilerini destekler özelliktedir.

Sağlık bakanlığı tarafından 740 hasta hakları birim sorumlusu üzerine yapılan bir çalışmada “Hastanemizde hasta ve yakınları tıbbi durumlarıyla ilgili olarak nasıl ve ne zaman bilgilendirilecekleri konusunda ilgili sağlık personeli tarafından bilgilendirilmektedir.” standardına hastanelerin %75,7'sinde tamamen uygulandığını belirtilmiştir. Aynı çalışmanın “Hastaların bakımında yer alan ilgili sağlık personeli tarafından hasta ve yakınları tedaviyi reddetme ya da bırakma hakları konusunda bilgilendirilmektedir” standardına %80,1 tamamen uygulanmakta yanıtını vermişlerdir. Çalışmanın bir diğer standardında yer alan “Hastanemizde hasta ve yakınları kararlarının doğuracağı sonuçlar ve sorumlulukları konusunda ilgili sağlık personeli tarafından bilgilendirilmektedir.” önermesine %79,7 tamamen uygulanmakta şeklinde cevap vermişlerdir (48).

Bizim çalışmamızda “Hastaya, hastalığı ve hastalığının prognozunu açık bir dille anlatırım” önermesine katıldığını belirtenlerin oranı daha fazla olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ayrıca “katılmıyorum” görüşünde olan hekimlerin asistanlık yıl ortalaması, “katılıyorum” görüşünde olan hekimlerin yıl ortalamasından daha fazlaydı. Bunun sebebinin hekimlerde asistanlık yılı arttıkça artan tükenmişliğe bağlı olabileceği düşüncesindeyiz.

Walrond ve ark. tıp fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada, “Doktorlar/hemşireler şiddet uygulayan hastayı reddetmelidir.” görüşüne %67 oranında katılmadıklarını göstermiştir (49).

Hekim ve hemşireler üzerine yapılan bir başka çalışmada ise hekimlerin bu görüşe %71 oranında katılmadıkları görülmüştür (50).

Bizim çalışmamızda “Hasta bakmayı reddedebilirim.” görüşüne hekimlerin %60 oranında katıldığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak; tıp etiği bilgilerini, iş deneyimlerinden kazandıklarını düşünen hekim ve hemşirelerin malpraktis korkusu nedeniyle hasta bakmayı reddetme hususundaki çekincelerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Adhikari ve ark.’nın Nepal’de yaptığı bir çalışmada “Hastanın isteklerine her zaman uyarım.” görüşüne doktorların %33,1’inin aynı fikirde olmadığı belirtilmiştir (51). Çalışmamız bu çalışmanın sonuçlarıyla ters düşmektedir.

Addis Ababa’da doktorlar üzerine yapılan başka bir çalışmada “Ne sıklıkla doğru rapor verirsin?” sorusuna doktorların %57.4’ü “her zaman” %33.6’sı “sıklıkla” cevabını vermiştir (1).

Bizim çalışmamızda da “hastanın sosyal endikasyonlu rapor talebini reddedebilirim” görüşüne hekimlerin %95’i “katılıyorum” cevabını vermiştir. Bu sonuçlar, çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Almanya’da yapılan bir çalışmada; iş birliğine giren hekimlerin birbirlerine ve birbirlerinin tıbbi yaklaşımlarına saygı duymaları ve hastalarına karşı da benzer tutum sergilemeleri fikrini benimsedikleri görülmüştür. Bu çalışmada iş birliğine giren hekimlerin bahsettiği olumlu bir etki de doktorların yükünün azaltılması ve hastaya daha fazla odaklanmalarının sağlanabilmesi olmuştur. Katılımcıların çoğu ortaklıkta en temel gereksinimlerin biri olarak iletişimi belirttikleri görülmüştür. İletişim ve anlaşma eksikliğinin başarısızlığa yol açabileceğini düşündükleri tespit edilmiştir (52).

21 pratisyen hekim üzerine yapılan bir çalışmada hekimlerdeki iletişim ve hoşgörü eksikliği, konsültasyonların uzunluğu hekimler arası güveni bozabilecek ve çatışmaya yol açabilecek etmenler olarak ifade edilmiştir (53).

Tıbbi konsültasyon üzerine yazılan bir makalede de konsültasyonda her iki hekimin de anlaşılır bir dil kullanılması, konsültasyon istenen hekimin sevk eden hekimi desteklemesi, hastayı bilgilendiren, rahatlatan bilgilendirici tavsiyelerde bulunması önerilmiştir (54).

Bizim çalışmamızda da, örnekleme oluşturan hekimlerin %95,9'u konsültasyon istedikleri hekime güvendiklerini söylemişlerdir. Çalışmamızın bir başka görüşü olan "konsültasyon istendiğinde hastaya karşı kendimi sorumlu hissederim" görüşüne hekimlerin %95,0'inin katılıyorum dediği görülmüştür. Çalışmamızın "konsültasyonda anlaşılır dil kullanım" görüşüne hekimlerin %98,4'nün katıldıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Çalışmamızda konsültasyon kategorisindeki sorularda istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmamasını; çalışmamızın tek merkezli ve örneklem farklılığı olmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca hasta muayenesine ayrılan sürenin kısalığı nedeniyle hekimler arası iletişim sürelerinin de kısalmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Demirbaş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hekime yönelik şiddet haberleri izledikleri ve duydukları zaman neler hissettikleri sorusuna araştırma görevlilerinin %66,7'si hekime yönelik şiddet ile ilgili bir haberden sonra gelecekte ümitsiz hissederken, intörn doktorların %50'si olay karşısında kızgınlık duyduğunu söylemiştir (55).

Bizim çalışmamızda "Meslektaşımaya uygulanan şiddete duyarsız kalmam" görüşüne %97,8 oranında "katılıyorum" denildiği görülmüştür. Ayrıca dahili bilimlerde çalışan hekimler ile cerrahi ve temel bilimlerde çalışan hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Bunun sebebi olarak dahili bilimlerin daha çok hasta görmesine ve hasta ile daha çok temas halinde olması ile ilişkili olduğu görüşündeyiz.

Çalışmalara bakıldığında, tıbbi etik ve deontoloji konusundaki çalışmaların genellikle gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde yapıldığı ve etik davranışların gözetilmesinde sorunlar olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise bu konuda katı kurallar ve standart prosedürlerin uygulanması deontolojik ve etik sorunların çok yaşanmadığı ve geri bildirim niteliğinde olan araştırmaların çok fazla

yapılmadığı gözlemlenmiştir. Ülkemizin başkentinde olan, hasta yoğunluğu ve asistan sayısı çok fazla olan bir eğitim ve araştırma hastanesinde yaptığımız bu çalışma, Türkiye'nin farklı bölgelerindeki üniversitelerinde eğitim alsalar da asistan hekimlerde standart ve olumlu yönde tıbbi etik ve deontolojik kaygı, tutum ve davranış kalıbı olduğu görülmüştür. Bu da ülkemizdeki tıp eğitiminin bilimsel ilerlemenin yanında meslek etiği açısından da dünya standartlarına yakın olduğunu düşündürmektedir.

5.1. KISITLILIKLAR

Çalışma örnekleminizin tek merkezli olması ve yalnızca asistan hekimler üzerine yapılması elde ettiğimiz sonuçların Türkiye nezdinde genellemesini engellemektedir.

Anketin tarafımızca hazırlanması; kısıtlılığa sebep olan bir diğer neden olup gruplar arası ilişkilerin istatistiksel olarak bakılamaması sonucunu doğurmuştur.

Anketin uygulandığı zaman dilimi, ankete katılan asistan hekim sayısında azalmaya neden olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp etiği ve deontoloji gelişen teknoloji ile daha önemli bir konuma gelmiştir.

Bu çalışma asistan hekimlerin tıp etiği konusunda bilgilenmesini bilinçlenerek duyarlılık kazanmasını etik sorunların farkına varmasını ve etiğe uygun davranma kaygısı hissetmesini sağlamak amacıyla hastanemiz asistan hekimler üzerine yapılmıştır. Bu çalışma, hasta ile hekim ve hekim ile hekim arasındaki ilişkiyi etkileyen unsurların tıp etiğinin temel ilkeleri nezdinde incelenerek, tıp etiğine özgü sorunları saptamak ve çözümüne yönelik önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz sonuçlar şöyledir:

- Dahili bilimlerde çalışanlar; cerrahi bilimlerde ve temel bilimlerde çalışanlara oranla hastadan izin alma konusunda daha dikkatli davranabilecekleri saptanmıştır.
- Uzmanlık yılı daha az olan asistan hekimlerin hastalara daha net bilgi verebilecekleri ve hasta sırlarına daha sadık kalabilecekleri görülmüştür.
- Bir hekimin hakkı olan sürekli eğitim ve tıbbi becerilerini geliştirme hakkının dahili bilimlerde daha çok uygulanabileceği görülmüştür.
- Hastanın sosyal endikasyon nedenli ve tıp etiğine uymayan isteklerini kadın hekimlerin erkek hekimlere oranla daha çok geri çevirebildiği tespit edilmiştir.
- Hastanemizde bulunan asistan hekimlerin meslektaşlarıyla ilişkilerde tıp etiğine uygun bilgi ve tutumları olabileceği görüldü. Ayrıca yaş arttıkça meslektaşına uygulanan şiddete duyarlılığın da artabileceği gösterilmiştir.
- Dahili bilimlerde çalışanların meslektaşına uygulanan şiddete daha duyarlı olabileceği tespit edilmiştir.

Gelişmiş ülkelerin etik sistemler açısından katı kuralları olmasından dolayı ve hekimlere bu konuda tercih hakkı bırakmamasından kaynaklanan etik konusunda öz bildirim ortaya koyan çalışmalara rastlanılamamıştır.

Az gelişmiş ülkelerde ise etik konusunda sağlık alanında yapılan çalışmalara daha çok rastlanılmıştır. Bunun da ekonomik sorunlar ve genel ahlak kuralları arasındaki dengenin diğer alanlarda olduğu gibi tıp alanında da tam oturmamış olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Dünyada bazı ülkelerde tıp eğitimi boyunca resmi ve zorunlu tıp etiği dersinin olmamasının da bir sonucu olarak o ülkelerde etik ve deontolojik çalışmaların daha fazla yapıldığı sonucuna varılabilmektedir.

Türkiye’de tıp eğitimi boyunca zorunlu ve resmi tıp etiği eğitiminin olması asistan hekimlere, hekimlik hayatları boyunca büyük faydalar sağladığını görmekteyiz. Çalışmanın geneline bakıldığında tıbbi etik ve deontolojik davranış yaş, cinsiyet, asistanlık yılı, uzmanlık alanı gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilenmeden asistan hekimlerde olan ve uygulanan bir davranış biçimidir.

Tıp etiği konusunda yapılan çalışmalar devam etse bile önceki yıllarda yapılan çalışmaların sonuçları göz ardı edilmemelidir. Daha büyük örneklerle yapılacak çalışmaların tıbbi deontoloji ve etik tutumların hekimlere yol gösterici olması hususunda etkili rol oynayacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Tiruneh MA, Ayele BT. Practice of code of ethics and associated factors among medical doctors in Addis Ababa, Ethiopia. PLoS One. 2018;13(8).
2. Yıldırım G. Sağlık profesyonellerinin etik kavramından anladıkları ve kurumsal etik çalışması yapanlardan bekledikleri. Doktora Tezi. [Adana]: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
3. Cevizci A. Tıp Etiği. İçinde: Uygulamalı Etik. İstanbul: Say Yayınları; 2016. s. 71-88.
4. Aydın E. Tıp Etiğinde İlkeler. İçinde: Tıp Etiği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi Ltd. Şti.; 2006. s. 1-15.
5. Patuzzo S, De Stefano F, Ciliberti R. The Italian Code of Medical Deontology. Historical, ethical and legal issues. Acta Biomed. 2018;89(2):157-64.
6. Tanrıverdi H, Akova O, Çevik B. Tıp Etiği Açısından Hekim Hakları. Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;3(1):21-30.
7. Bodur H. Etiğin Alet Çantasına Bakmak: Ahlak, etik ve ilintili temel kavramlar üzerine notlar. Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi. 2017;155-90.
8. Patuzzo S, Goracci G, Ciliberti R. Thomas Percival. Discussing the foundation of Medical Ethics. Acta Biomed. 2018;89(3):343-8.
9. Biryukova NV, Kharina AS, Nesterova NV, Malakhovskiy VV. Historical aspects and features of deontology in preventive medicine. Journal of Advanced Pharmacy Education and Research. 2021;11(3):77-82.
10. Sayım F. Sağlık Piyasası ve Etik. İçinde Bursa: MKM Yayıncılık; 2011. s. 51-63.
11. Mandal J, Ponnambath DK, Parija SC. Utilitarian and deontological ethics in medicine. Trop Parasitol. 2016;6(1):5-7.
12. Güçel Piriç RT. Uygulamalı etik başlığı altında tıbbi araştırmalarda etiğin rolü ve tabibin ahlaki değerinin tarihi. Yüksek Lisans Tezi. [Denizli]: Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
13. Miracle VA. The Belmont Report: The Triple Crown of Research Ethics. Dimensions of Critical Care Nursing. 2016;35(4):223-8.
14. Tosun H. Sağlık bakım uygulamalarında etik duyarlılık. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2021;3(1):101-4.
15. Aydın E. Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi. Erciyes Tıp Dergisi. 2003;25(2):92-7.

16. Castellano Arroyo M. Desde el Derecho médico al deber ético-deontológico de la personalización en la relación médico-paciente [From medical law to deontological ethical duty of personalization in the doctor-patient relationship]. Cuadernos de Bioética. 2022;33(109):263-7.
17. Ersoy N, Aydın E. Tıbbi Etik'te "Özerklik" ve "Özerkliğe Saygı İlkesi". Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 1994;2(2):71-4.
18. Güven T. Türkiye'deki tıp etiği tartışmalarının ana eksenleri ve sorunları: Eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014;1(1):13-24.
19. Aydın E, Ersoy N. Tıp Etiği İlkeleri. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 1995;3(2):48-52.
20. Özcan BG, Özel Ç. Kişilik Hakları - Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 1992;10(1):49-73.
21. Aydemir İ, Özhan A. Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2011;22(1):85-104.
22. Aydın E. Hasta Hakları. İçinde: Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2006. s. 48-58.
23. Çeviri: Civaner MM. Hekimler ve Hastalar. İçinde: Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı. Ankara: Türk Tabipler Birliği; 2015. s. 36-61.
24. Önal G. Hasta Haklarının Anatomisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;3(1):7-14.
25. Fırat A. Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;(2):157-73.
26. Atıcı E, Kafa SE. Klinik araştırmaların denetlenmesi ve aydınlatılmış onam. Sezgin G, Dudaklı GA, editörler. İstanbul: T.C. Maltepe Üniversitesi Yayınları; 2022. 5-26 s.
27. Çakar E, Sert G, Durmuş O, Dinçer Ü, Kıralp MZ. Aydınlatılmış onamın günümüzdeki yeri: Fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğindeki sık uygulamalar için örnekler eşliğinde. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2009;12(3):140-50.
28. Erdem A. Aydınlatılmış Onam. İçinde: Tıp Etiği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi Ltd. Şti.; 2006. s. 19-31.
29. Korkmaz Y. Hasta Hakkı Olarak Özel Hayatın Korunması Bağlamında Beden Mahremiyeti. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 2020;0(15):573-98.
30. Özata M, Özer K. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2017;20(1):81-92.

31. Dülger MV. Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti. İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2015;1(2):43-80.
32. Sert G. Türkiye’de Hastaya Gerçeğin Söylenmesi: Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Açısından. Kocaeli Tıp Dergisi. 2020;9(1):111-9.
33. Çeviri: Civaner MM. Hekimler ve Meslektaşları. İçinde: Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı. Ankara: Türk Tabipler Birliği; 2015. s. 80-94.
34. Aydın E. Hekim Hakları. İçinde: Tıp Etiği. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2006. s. 59-68.
35. Arda B. Etik Açısından Hekim Hakları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1998;51(3):121-4.
36. Akşit MA, Kuşku M, Oktay G, Kırmılioğlu N. Sağlık Yapılanmasında İletişim ve İlişkilerde Etik İlkeler. Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi. 2016;1(2):4-17.
37. Hekimler Arası İlişkilerde Etik. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2009;37(suppl 3):15-9.
38. Pelin SŞ. Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu. Klinik Psikiyatri. 2000;3:117-25.
39. Cía Gómez P, Delgado-Marroquín MT. Las Relaciones Entre Profesionales En Los Códigos De Deontología De Diversas Profesiones De La Salud. Cuadernos de Bioética. 2018;29(97):271-80.
40. Hekimlik meslek etiği kuralları. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2012. 11 s.
41. Shrestha C, Shrestha A, Joshi J, Karki S, Acharya S, Joshi S. Does teaching medical ethics ensure good knowledge, attitude, and reported practice? An ethical vignette-based cross-sectional survey among doctors in a tertiary teaching hospital in Nepal. BMC Med Ethics. 2021;22(1):1-16.
42. Bilir Ö, Şişmanlar D, Ersunan G, Ayaz T. Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı. Konuralp Medical Journal. 2015;7(1):28-33.
43. Gündüz N, Altıntaş S. Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algılarının Ölçülmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 16 Kongre Özel Sayısı. 2020;16(1):11-30.
44. Arslan ET, Demir H. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine İlişkin Tutumu: Nitel Bir Araştırma. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017;17(4):191-220.
45. Brogen AS, Rajkumari B, Laishram J, Joy A. Knowledge and attitudes of doctors on medical ethics in a teaching hospital, Manipur. Indian J Med Ethics. 2009;6(4):194-7.

46. Şahinoğlu-Pelin S, Arda B. Etik açıdan yaşlılık ve hekim-hasta ilişkileri. Turk Geriatri Derg. 1998;1(1):39-42.
47. Küçükendirici H, Batı S. Konya’da Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacılara Bakış Açısının Değerlendirilmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;2(2):28-39.
48. Aydemir İ, Işıkhani V. Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;13(2):67-86.
49. Walrond ER, Jonnalagadda R, Hariharan S, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of medical students at the Cave Hill Campus in relation to ethics and law in healthcare. West Indian Med J. 2006;55(1):42-7.
50. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. BMC Med Ethics. 2006;7(7):1-9.
51. Adhikari S, Paudel K, Aro AR, Adhikari TB, Adhikari B, Mishra SR. Knowledge, attitude and practice of healthcare ethics among resident doctors and ward nurses from a resource poor setting, Nepal. BMC Med Ethics. 2016;17(1):68.
52. Weinmayr LM, Zwierlein R, Steinhäuser J. Modifiable determinants for the success or failure of inter-physician collaboration in group practices in Germany - a qualitative study. BMC Fam Pract. 2020;21(1):276.
53. Marechal F, Schmidt D, Lasserre E, Letrilliant L. When the group practice breaks up: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2013;14(53):1-9.
54. Cohn SL. The role of the medical consultant. Med Clin North Am. 2003;87(1):1-6.
55. Demirbaş N, Karaoğlu N. Hekim ve Hekim Adaylarının Hekime Yönelik Şiddet Algıları: Bir Ön Çalışma. Genel Tıp Dergisi. 2021;31(2):130-4.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Tansu Çevik

Doğum yeri-tarihi:

Uyruğu:

Medeni Durumu:

İletişim:

Yabancı dili:

II. Eğitimi

- S.B.Ü, Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (Temmuz 2020-halen)
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (Şubat 2020-Temmuz 2020)
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi (Eylül 2013 – Temmuz 2019)

III. Ünvanları

Doktor, Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimleri:

- S.B.Ü, Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (Temmuz 2020-halen)
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (Şubat 2020-Temmuz 2020)
- Adıyaman İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi (Ekim 2019 – Şubat 2020)

8. EKLER

EK-1: ANKET FORMU

TIBBİ DEONTOLOJİNİN UYGULANABİLİRLİĞİ KONUSUNDA SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM ASİSTAN HEKİMLERİNİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Değerli katılımcımız aşağıdaki sorular SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ asistan hekimlerinin tıbbi deontolojinin uygulanabilirliği konusundaki tutum ve davranışları başlıklı tez çalışmasında kullanılacak; başka hiçbir amaçla farklı bir değerlendirmeye tabi tutulmayacak ve üçüncü kurum ve şahıslarla paylaşılmayacaktır.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim

Asist. Dr. Tansu ÇEVİK - Uz. Dr. Özlem SUVAK

Verdiğim yanıtların bilimsel araştırma dışında kullanılmayacağı saklanmayacağı ve paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirildim*

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum()

Tıpta Uzmanlık Alanınız*()

- a) Cerrahi Klinik Bilimleri
- b) Dahili Klinik Bilimleri
- c) Temel Bilimler

Cinsiyetiniz?*

- a) KADIN
- b) ERKEK

Yaşınız?* (sayı olarak belirtiniz)

Asistanlıktaki kaçınıcı yılınız?*

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

1-) Muayene sırasında hastanın cinsiyeti ne olursa olsun ayırım yapmam*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

2-) Muayene sırasında hastanın ırkı ne olursa olsun ayırım yapmam*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

3-) Muayene sırasında hastanın dini ve mezhebi ne olursa olsun ayırım yapmam*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

4-) Muayene sırasında hastanın siyasi kanaati ne olursa olsun ayırım yapmam*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

5-) Muayene sırasında hastanın mevkiisi ne olursa olsun ayırım yapmam*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum

e) Tamamen Katılıyorum

6-) Hastayı tek başına muayene ederim yanımda biri varsa hastanın iznini alırım.*

a) Hiç Katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Tamamen Katılıyorum

7-) Hastaya hastalığı, hastalığının prognozunu açık bir dille anlatırım*

a) Hiç Katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Tamamen Katılıyorum

8-) Hastanın ve yakınının üzüntü ve duygusallığını anlayışla karşılarım.*

a) Hiç Katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Tamamen Katılıyorum

9-) Hastanın muayene bulguları laboratuvar sonuçları hastalığın öyküsünü hasta dışında kimseyle paylaşmam*

a) Hiç Katılmıyorum

b) Katılmıyorum

c) Kararsızım

d) Katılıyorum

e) Tamamen Katılıyorum

10-) Uygulanacak tedavi seçenekleri hakkında hastamı bilgilendirir ve onunda tercih yapmasına izin veririm*

a) Hiç Katılmıyorum

- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

11-) Tedavi uygularken hastanın sosyo-ekonomik durumunu göz önünde bulundururum*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

12-) Çalışma saatleri içinde kıyafetime özen gösteririm*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

13-) Mesleğimle ilgili bilgi ve becerilerimi sürekli geliştirmek üzere çaba sarf ederim*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

14-) Acil koşullar dışında mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilirim*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım

- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

15-) Gerekli görmediğim durumda hastanın sosyal endikasyon nedenli rapor talebini reddederim*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

16-) Reçete için hastanın gelme zorunluluğu yoktur *

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

17-) Hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda hasta/ yakınlarına durumu bildiririm.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

18-) Konsültasyon istediğim hekimin tedavisini / önerilerine güvenirim ve görüşlerini önemserim.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

19-) Hasta için konsültasyon isterken saygılı ve anlaşılır bir dil kullanırım.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

20-) Uzmanlık alanımla ilgili görüş ve uygulamalarıma ihtiyaç olunan hastadan kendimi sorumlu hissedirim.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

21-) Meslektaşım / insan salığı ile uğraşan öteki meslek sahipleri ile iletişim kurarken ekstra özen gösteririm*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

22-) Meslektaşımı / insan salığı ile uğraşan öteki meslek sahiplerini yapılan onur kırıcı davranışlardan korurum.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

23-) Meslektaşım / insan salığı ile uğraşan öteki meslek sahiplerine yapılan sözlü/fiziksel şiddete karşı duyarsız kalmam.*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

24-) Hasta meslektaşına veya ailesine muayenede öncelik tanırım*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

25-) Meslektaşlarıma veya ailelerine maddi ve manevi bakımdan yardımcı olurum.

*

- a) Hiç Katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Tamamen Katılıyorum

EK-2: TEZ KONUSU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.06.2022-138677



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--138677
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

16.06.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 16.06.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 106 (yüz altı) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kulak,Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı
Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSPBVMYPV0* Pin Kodu :97592
Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

52	Dr. Tuğçe YILDIRIM	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM		İzotomik kristaloit sıvı tedavisinin erken dönemde tam kan sayımı parametreleri üzerine etkisi	Kabul Edildi.
53	Dr.Çağıl Önal SİS	GTF Tıbbi Farmakoloji AD.Bşl.İği		Taraxasterolün farelerde Analjezik aktivitesi ve olası mekanizmaları	Kabul Edildi.
54	Dr. Dilan KARAKUŞ	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD.Bşk.İği		Çocuk Endokrin Polikliniğine puberte prekoks ve prematür telarş tanısı alan hastaların verilerinin retrospektif olarak karşılaştırılması	Kabul Edildi.
55	Dr.Neslihan DURMAZ	Ankara Sağlık SUAM		Meningiomlarda CD133ve nestin ekspresyonlarının immünhitokimyasal olarak değerlendirilmesi histolojik grade ve prognostik faktörler ile ilişkisi	Kabul Edildi.
56	Dr.Ebru KARAÇALI	Ankara Sağlık SUAM		Altmış yaş ve üzeri Romatoid Artrit tanılı hastalarda hastalık aktivitesi ile kırılabilirlik ve nutrisyonel durum arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
57	Muhammet Enes BACAĞ	GTF Deri ve Hst. AD.Bşk.İği		Dermatolojik hastalıklarda kullanılan biyolojik ajan tedavisi sonrası tüberküloz gelişiminin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
58	Dr.Mehmet KAĞAN PAKDİL	Ankara Şehir SUAM		Doğum eyleminin ikinci evresinde sezaryen doğum yapan hastalarda maternal ve fetal komplikasyonların araştırılması	Kabul Edildi.
59	Dr.Ece Sena ÇAMLİ KILIÇ	Ankara Şehir SUAM		İntrensek Sfinkter yetmezliği nedeniyle Tension Free Vajinal Tape (TVT) operasyonu uygulanan kadınların 5 yıllık sonuçları	Kabul Edildi.
60	Dr.Hüsamettin DURMUŞ	Ankara Şehir SUAM		Üst gastrointestinal sistem kanama bulguları ile başvuran ve endoskopi yapılan hastalarda; gastrin düzeyi ile endoskopik bulgular ve üst gastrointestinal kanama risk skorlamaları arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
61	Dr.Aylin MUTLU	Ankara Şehir SUAM		Postmenopozal endometrial polip tanılı hastalarda karyovasküler risk faktörlerinin araştırılması	Kabul Edildi.
62	Dr.Yağnur UZUN	Ankara Şehir SUAM		Behçet hastalarında beslenme ve diyet inflamatuvar indeks ile tutulum tipleri ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
63	Dr.Yasin HAYDAROĞLU	Ankara Şehir SUAM		Polikistik Over Sendromu'lu hastalarda betatrophin düzeyinin önemi	Kabul Edildi.
64	Dr. Tansu ÇEVİK	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM		Tıbbi Deontolojinin uygulanabilirliği konusunda SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Asistan hekimlerinin bilgi tutum ve davranışları	Kabul Edildi.
65	Dr. Abdullah Musa ALTAŞS	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM		Obsraktif uyku abnesi sendromu (OSAS) nedeniyle ekspansiyon sfinkter faringoplasti cerrahisi uygulanan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemdeki ekokardiyografik bulgularının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
66	Dr. Şeyma GÖZALAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM		Tip 2 diyabet hastalarında metabolik parametrelerle uyku kalitesi ve gündüz uykululuk hali	Kabul Edildi.
67	Dr.Mert SEYHAN	Ankara Sağlık SUAM		Evre 2-4 kronik böbrek hastalığı ile uyumlu diyabetik nefropatili hastalar ile primer glomerulonefrit tanılı hastaların yaşam ve uyku kalitesi açısından pittsburg uyku kalite indeksi (PSQI) ve kısa form indeksi (SF-36) göre karşılaştırılması	Kabul Edildi.
68	Dr.Nezaket Merve YAMAN AKKUŞ	Ankara Şehir SUAM		Akut pulmoner emboli hastalarında CRP/Albüminoranı ve AST/ALT oranı ile SPESİ skoru arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
69	Dr.Nuh CAN KOÇAK	Ankara Şehir SUAM		Tam manyetik yükseltmeli sol ventrikül destek cihazının in vitro dolaşımında düşük ve yüksek devirlerdeki çalışmasının hemoliz ve tromboz üzerine etkisi	Kabul Edildi.
70	Dr.Serhat ÖZDOĞAN	Ankara Şehir SUAM		Kronik iskemik inmeli hastalarda düşük frekanslı tekrarlayan kranyal manyetik stimülasyonun(rTMS) üst ekstremitede spastisiteye etkisinin klinik ve elektrofizyolojik değerlendirilmesi	Kabul Edildi.

EK-3: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapi Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŐTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ:20.06.2022

KARAR NO : 140/35

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniğinde Uz.Dr. Özlem SUVAK sorumluluğunda yapılması planlanan Dr.Tansu ÇEVİK' e ait "Tıbbi Deontolojinin Uygulanabilirliği konusunda SBÜ Ankara Dışkapi Yıldırım Beyazıt SUAM Asistan Hekimlerinin Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul ye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.