



## ARAŞTIRMA / RESEARCH

### Doğumhanede tıp etiği: bir alan çalışması

Ethical issues in the delivery room: a field study

Melike Öztürk<sup>1</sup>, Sultan Alan<sup>1</sup>, Selim Kadioğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Adana, Turkey

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Turkey

*Cukurova Medical Journal 2019;44(1):183-194*

#### Abstract

**Purpose:** Like other departments, some cases related-connected to medical ethics emerge in the delivery room, which is a specific medical unit. The purpose of this study is to identify the prevalence of these cases and the level of importance given to them, thus to describe what kind of a working environment the delivery room is in terms of medical ethics, and to find out what kind of a professional value system persons working in this unit have.

**Materials and Methods:** The descriptive study was conducted with 87 participants with midwives, nurses, resident and specialist physicians. The participants were asked to specify the prevalence of the 18 cases in the form through 3-point Likert scale and indicate the importance they give to these cases by scoring them out of 10 points.

**Results:** The most frequently encountered problems in the delivery room include rejection of the medical application by the pregnant-puerperal women, conflicts of authority and/or division of labour in the team, and chores given to inexperienced workers. The problems which were given most importance are that not providing newborns with the medical opportunities they need, malpractice due to applying deficient or incorrect medical practices, and demand for discharge when the patient's life is in threatening.

**Conclusion:** The most frequently encountered problem category in the delivery room is the autonomy conflict; the dilemma concerning inability to provide benefit and/or to avoid maleficence is relatively less, but it is worth noting. Although they are sensitive about respect for autonomy, they sometimes show a tendency to paternalism. Related-connected problems are not experienced much, but the principle of justice is accepted as an important reference.

**Keywords:** Delivery room, ethics, medical ethics

#### Öz

**Amaç:** Kendine özgü bir tıbbi birim olarak doğumhanede, diğer birimlerde olduğu gibi, tıp etiği ile ilgili-bağlantılı kimi durumlar ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızın amacı bu durumların karşılaşılma sıklıklarını ve önemsenme derecelerini saptamak; dolayısıyla doğumhanenin tıp etiği açısından nasıl bir çalışma ortamı olduğunu ve bu birimde çalışanların nasıl bir mesleki değer sistemine sahip bulunduğunu belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırmamız üç resmi hastanenin doğumhanelerinde aktif olarak görev yapan çalışmaya katılmayı kabul eden, ebe, hemşire, uzman ya da uzmanlık öğrencisi hekim toplam 87 kişi üzerinde yürütülmüştür. Katılımcılardan veri toplama formunda yer alan 18 ifadenin her biri için karşılaşma-karşılaşmama durumlarını ve 10 üzerinden puan vererek önemsenme derecelerini belirtmeleri istenmiştir.

**Bulgular:** Doğumhanede en sık karşılaşılan sorunlar, gebe-lohusanın tıbbi uygulamayı reddetmesi, ekip içi yetki-işbölümü çatışmalarının yaşanması ve kıdemli çalışanlara "angarya" yüklenmesidir. En fazla önemsenen sorunlar ise yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanamaması, tıbbi işlemlerin eksik ya da yanlış uygulanması şeklinde malpraktis yapılması ve gebe/lohusanın hayatı tehlikesi varken taburcu edilme talebidir.

**Sonuç:** Doğumhanelerde en sık yaşanan sorun kategorisi özerklik çatışmaları olup yarar sağlayama üzerinde oluşan ikilemler görece daha az ancak yine de dikkate değer sayıdadır. Doğumhanede çalışanlar özerkliğe saygı konusunda belli bir duyarlılıkları bulunmakla birlikte kimi zaman paternalizme eğilim göstermektedir. Adalet ilkesi ile ilgili-bağlantılı sorunlar sık yaşanmamakta ancak bu ilke önemli bir referans kabul edilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Doğumhane, etik, tıp etiği

## GİRİŞ

İnsanlığın varoluşu kadar eski olan doğum yardımı başlangıçta kadınlar arası bir dayanışma olarak ortaya çıkmış, bu sürecin tıbbi ortamlara taşınması görece yakın geçmişte gerçekleşmiştir. Hastanelerin kendine özgü özellikleri bulunan birimleri olarak çağdaş doğumhanelerin tıp tarihi sahnesine çıkışı XIX. yüzyılda olmuştur<sup>1</sup>. Doğum yardımının hastaneye taşınması, sağladığı avantajların yanı sıra hem işleyiş hem de donanım olarak sürecin karmaşıklaşmasına dolayısıyla bazı sorunlarında ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu sorunlar çoğunlukla medikal özellikler taşımakta ancak kimi zaman da tıp etiğinin gündeme gelmesi şeklinde olmaktadır.

Farklı nitelikleri olan sağlık hizmeti sunumu için biçimlendirilmiş olan ortamlar, kendilerine özgü ekip ve ekipman içermenin yanı sıra yine kendilerine özgü bir takım etik sorunları ortaya çıkması potansiyeline de sahiptir<sup>2</sup>. Bu bağlamda farklı tıbbi birimlerin potansiyel etik sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunlarla yüzleşen sağlık profesyonellerin onlara nasıl yaklaştığının saptanması, hem sorunların aşılmasına katkı sağlamak hem de onlar hakkındaki kuramsal etik tartışmalarını gerçekçi bir zemine oturtmak bakımından önem taşımaktadır.

Çalışmamızın bu değerlendirmeler çerçevesinde belirlenen amacı kendine özgü nitelikleri bulunan bir tıbbi birim olan doğumhanede yaşanan tıp etiği ile ilgili-bağlantılı sorunları irdelemektir. Bu bağlamda seçilen yol doğumhanede çalışan sağlık profesyonellerinin hangi etik ihlaller ve ikilemler ile ne sıklıkla karşılaştığını ve ne derecede önemsediklerini belirlemeye yönelik bir alan çalışması yapmak olmuştur. Böylelikle doğumhanenin etik sorunlar bakımından nasıl bir çalışma ortamı olduğunun ve orada çalışan sağlık profesyonellerinin nasıl bir mesleki değer sistemine sahip olduklarının belirlenmesi planlanmıştır. Çalışmanın başlangıcında öngörülen sonuç, doğumhanede çalışan sağlık profesyonellerinin kimi etik ihlalleri ve ikilemleri ile tanık olma ya da bizzat deneyimleme şeklinde sıklıkla karşılaştığı ve onlara orta düzeyde önemsedikidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evreninin Adana il merkezinde üç resmi hastanenin (Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, Çukurova Üniversitesi

Balcalı Hastanesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Seyhan Uygulama Merkezi) doğumhanelerde aktif olarak görev yapan tüm ebelerden, hemşirelerden, uzman ve uzmanlık öğrencisi hekimler den oluşması öngörülmüştür.

Sadece eğitimsel veya yönetsel görev üstlenmiş olup doğumhanede aktif olarak çalışmayanların dışarıda bırakıldığı bu öngörü çerçevesinde, araştırmanın evrenine eşit olan örnekleminde 26 ebe, 18 hemşire, 35 uzman ve 20 uzmanlık öğrencisi hekim; toplam 99 kişi yer almaktadır. Veri toplama formu, Aralık 2010'da araştırmacılar tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmanın yürütüleceği merkezlerin bağlı oldukları idari birimlerden yazılı başvuru ile çalışma izni ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (30.06.2009-7/33) onay alınmıştır.

## Ölçüm araçları

Araştırma katılımcıların gönüllülüğü koşuluna bağlı bir veri toplama formu uygulaması biçimindedir. Kullanılan veri toplama formu, araştırmacılar tarafından doğumhanelerde etik ile ilgili-bağlantılı konulara ilişkin kaynakların taranıp değerlendirilmesi, ilgili sağlık çalışanlarının ve bizzat kendisinin konu hakkındaki görüşlerinin derlenmesi ile hazırlanmıştır.

Formda, katılımcıların demografik özellikleri hakkında yedi soru ve doğumhanelerdeki etik ile ilgili-bağlantılı durumları betimleyen 18 ifade yer almaktadır. Katılımcılardan 18 ifadenin her biri için hem karşılaşma-karşılaşmama durumlarını belirtmeleri hem de önemseme derecelerini, en az önemsenen 0 ve en fazla önemsenen 10 olacak şekilde, 0-10 arasında bir puan vererek belirtmeleri istenmiştir.

## İstatistiksel analiz

Verilerin değerlendirilmesinde kavramsal analizin yanı sıra SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır<sup>3</sup>. Sonuçlar, sayı, yüzdelik oranları, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon; sayımla belirlenen değişkenler için ki-kare testi, ölçümle belirlenen değişkenler için bağımlı ve bağımsız t-testleri ve anova testi kullanılarak elde edilmiştir. Bütün analizlerde en büyük kritik anlamlılık seviyesi 0,05 olarak alınmış, bir başka deyişle  $p \leq 0,05$  olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir<sup>4,5</sup>.

**Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%	
Katılımcıların Çalıştıkları Hastaneler	Adana Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi	46	52.9	
	Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi	27	31.0	
	Adana Numune Hastanesi	14	16.1	
Meslek-Eğitim Düzeyi	Ebe	Sağlık Meslek Lisesi	12	13.8
		Ön Lisans	16	18.4
	Hemşire	Sağlık Meslek Lisesi	9	10.3
		Ön Lisans	7	8.0
	Hekim	Uzman	23	26.4
		Uzmanlık Öğrencisi	20	23.0
Cinsiyet	Erkek	29	33.3	
	Kadın	59	66.7	
Yaş	21-30	22	25.3	
	31-40	34	39.1	
	41 ve üstü	31	35.6	
Mesleki Deneyim Yılı	9 yıl ve altı	29	33.3	
	10-19 yıl	30	34.5	
	20 yıl ve üstü	28	32.2	
Doğumhanede Çalışma Yılı	9 yıl ve altı	57	65.5	
	10-19 yıl	19	21.8	
	20 yıl ve üstü	11	12.6	

**Tablo 2. Katılımcıların Sorunlarla Karşılaşma-Karşılaşmama Durumlarının Dağılımı**

Sıra	Sorun	Karşılaşan		Karşılaşmayan	
		Sayı	%	Sayı	%
1.	Gebe-lohusanın tıbbi uygulamayı reddetmesi	84	96.6	3	3.4
2.	Yetki-işbölümü çatışmaları yaşanması	81	93.1	6	6.9
3.	Kıdemsiz elemanlara "angarya" yüklenmesi	79	90.8	8	9.2
4.	Hayati tehlike varken taburcu edilme talebi	75	86.2	12	13.8
5.	Gebe-lohusanın isteklerinin dikkate alınmaması	73	83.9	14	16.1
6.	Doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme	71	81.6	16	18.4
7.	Yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması	65	74.7	22	25.3
8.	Hekim görevlerinin ebelere-hemşirelere devredilmesi	63	72.4	24	27.6
9.	Gebe-lohusalara yüksek riskli uygulamalar yapılması	62	71.3	25	28.7
10.	Görevi istismar etme	62	71.3	25	28.7
11.	Gebe-lohusaya bilgi aktarmama	54	62.1	33	37.9
12.	Malpraktis	51	58.6	36	41.4
13.	Gebe yakınlarına bilgi aktarmama	50	57.5	37	42.5
14.	Gebe-lohusanın karar süreçlerinin dışında bırakılması	49	56.3	38	43.7
15.	Doğum sırasında mahremiyete saygı göstermeme	46	52.9	41	47.1
16.	Onam formlarının imzalatılmaması	39	44.8	48	55.2
17.	Ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması	33	37.9	54	62.1
18.	Sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmaması	30	34.5	57	65.5

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması  $37.62 \pm 7.48$  (23-54), meslek yaşı ortalaması  $14.41 \pm 8.69$  yıl (1-37), doğumhane çalışma süresinin ortalaması  $8.18 \pm 7.44$  (1-30) yıldır. Katılımcıların diğer demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Katılımcıların doğumhanede sorunlarla karşılaşma durumlarının dağılımlarına bakıldığında; %96.6'sının gebe-lohusanın tıbbi uygulamayı reddetmesi, %93.1'inin çalışanlar arasında yetki- işbölümü çatışmaları yaşanması, %90.8'inin kıdemsiz elemanlara "angarya" yüklenmesi, %86.2'sinin gebe-lohusanın hayati tehlike bulunmasına rağmen

taburcu edilme talebi, %83.9'unun gebe-lohusanın isteklerinin dikkate alınmaması sorunları ile karşılaştıklarını ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 2). En sık rastlanan bu beş soruna karşılık en az rastlanan beş sorun ise, %56.3 ile gebe-lohusanın karar süreçlerinin dışında bırakılması, %52.9 ile doğum sırasında mahremiyete saygı gösterilmemesi, %44.8 ile aydınlatılmış onam formlarının imzalatılmaması, %37.9 ile ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması, %34.5 ile sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmaması şeklindedir (Tablo 2). Tüm sorunların karşılaşılmama- karşılaşılmama durumları Tablo 2'de yer almaktadır. Katılımcıların sorunlara verdikleri önem puanı ortalamaları, yenidoğana gereksinim

duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması için  $8.76 \pm 2.77$ ; malpraktis için  $8.53 \pm 2.94$ ; hayati tehlike varken taburcu edilme talebi için  $8.14 \pm 2.58$ ; onam formlarının imzalatılmaması için  $8.14 \pm 3.27$ ; gebe-lohusaya bilgi aktarmama için  $7.98 \pm 3.04$  şeklindedir (Tablo 3). Puan ortalaması en yüksek olan bu beş soruna karşılık puan ortalaması en düşük beş sorun ise,  $7.28 \pm 3.15$  ile gebe-lohusa yakınlarına bilgi aktarmama,  $7.23 \pm 2.70$  ile yetki-işbölümü çatışmaları yaşanması,  $7.19 \pm 3.94$  ile ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması,  $6.80 \pm 3.47$  ile gebe-lohusalara yüksek riskli uygulamalar yapılması ve  $5.21 \pm 3.33$  ile doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme şeklindedir (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Sorunlara Verdikleri Önem Puanlarının Ortalamaları**

Sıra	Sorun	Ortalama $\pm$ SD
1.	Yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması	8.76 $\pm$ 2.77
2.	Malpraktis	8.53 $\pm$ 2.94
3.	Hayati tehlike varken taburcu edilme talebi	8.14 $\pm$ 2.58
4.	Onam formlarının imzalatılmaması	8.14 $\pm$ 3.27
5.	Gebe-lohusaya bilgi aktarmama	7.98 $\pm$ 3.04
6.	Doğum sırasında mahremiyete saygı göstermeme	7.86 $\pm$ 3.40
7.	Sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmaması	7.84 $\pm$ 3.44
8.	Gebe-lohusanın karar süreçlerinin dışında bırakılması	7.55 $\pm$ 2.99
9.	Kıdemsiz elemanlara "angarya" yüklenmesi	7.47 $\pm$ 2.79
10.	Gebe-lohusanın tıbbi uygulamayı reddetmesi	7.44 $\pm$ 2.12
11.	Gebe-lohusanın isteklerinin dikkate alınmaması	7.39 $\pm$ 2.83
12.	Görevi istismar etme	7.38 $\pm$ 3.42
13.	Hekim görevlerinin ebelere-hemşirelere devredilmesi	7.36 $\pm$ 2.84
14.	Gebe-lohusa yakınlarına bilgi aktarmama	7.28 $\pm$ 3.15
15.	Yetki- işbölümü çatışmaları yaşanması	7.23 $\pm$ 2.70
16.	Ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması	7.19 $\pm$ 3.94
17.	Gebe-lohusalara yüksek riskli uygulamalar yapılması	6.80 $\pm$ 3.47
18.	Doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme	5.21 $\pm$ 3.33

Meslek alt gruplarına göre, katılımcıların sorunlarla karşılaşma durumları arasında anlamlı fark bulunan beş sorunla ilgili dağılım Tablo 4'de verilmiştir. Katılımcılardan ebelerin %53.6'sının, hemşirelerin %87.5'inin, uzman hekimlerin %82.6'sının, uzmanlık öğrencisi hekimlerin %85.0'inin yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması sorunu ile karşılaştıkları görülmektedir (Tablo 4). Katılımcıların meslekleri ile yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Fark ebelerin oranının diğer üç formasyondakilerin oranlarından düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların meslekleri ile hekim görevlerinin ebelere-hemşirelere devredilmesi

arasında istatistik açıdan anlamlı bulunan fark ( $p < 0.05$ ), ebelerin ve hemşirelerin oranının yüksek, uzman ve uzmanlık öğrencisi hekimlerin oranının düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Meslek alt gruplarının, tabloda yer almayan 13 sorunla karşılaşma sıklıkları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Çalışılan hastane alt gruplarına göre, karşılaşılmama sıklıkları arasında anlamlı fark bulunan dört sorunla ilgili dağılım Tablo 5'te verilmiştir. Çalışılan hastane alt gruplarının, tabloda yer almayan 14 sorunla karşılaşma sıklıkları arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4. Katılımcıların Sorunlarla Karşılaşma Durumlarının Mesleklerine Göre Dağılımı**

Sorunlar	Meslek								x <sup>2</sup>	P
	Ebe		Hemşire		Uzman Hekim		Uzmanlık Öğrencisi			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması	15	53.6	14	87.5	19	82.6	17	85.0	9.88	0.020
Hekim görevlerinin ebeler-hemşirelere devredilmesi	24	85.7	13	81.3	16	69.6	7	35.0	22.68	0.000
Malpraktis	10	35.7	14	87.5	19	82.6	8	40.0	19.87	0.000
Onam formlarının imzalatılmaması	8	28.6	12	75.0	10	43.5	9	45.0	8.89	0.031
Ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması	3	10.7	13	81.3	10	43.5	7	35.0	21.93	0.000

Katılımcılardan, Adana Doğumevi Hastanesinde çalışanların %91.3'ünün, Balcalı Hastanesindekilerin %66.7'sinin, Seyhan Uygulama Merkezindekilerin ise %78.6'sının doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme sorunu ile karşılaştıkları görülmektedir. Katılımcıların çalıştığı hastaneler ile

doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme arasında istatistik açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Fark Adana Doğumevi'ndeki oranın diğer iki merkezdakilere göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 5. Sorunlarla Karşılaşan Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı**

Sorun	Hastane						x <sup>2</sup>	P
	Adana Doğumevi		Balcalı Hastanesi		Seyhan Uygulama Merkezi			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğum sonrası sağlık kurumunu terk etmeme	42	91.3	18	66.7	11	78.6	6.98	0.030
Yenidoğana gereksinim duyduğu tıbbi olanakların sağlanmaması	29	63.0	23	85.2	13	92.9	7.32	0.026
Onam formlarının imzalatılmaması	17	37.0	19	70.4	3	21.4	11.37	0.003
Ağır anomalili yenidoğana pasif ötanazi uygulanması	11	23.9	18	66.7	4	28.6	13.83	0.001

## TARTIŞMA

Karşılaşma sıklığı sıralamasının üst sıralarında yer alan sorunlar özerklik ilkesiyle; sağlık profesyoneli ile gebe-lohusa ya da sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki özerklik çatışmalarıyla ilgilidir. Sağlık profesyoneli ile gebe-lohusa arasında yaşanan çatışmaların en sık yaşananları, belli bir tıbbi uygulamanın ya da tıbbi endikasyona rağmen hastanede yatmanın reddedilmesi şeklindedir. Gebe-lohusanın medikososyal taleplerinin yerine getirilmemesi de özerklikle ilgili-bağlantılı ve görece sık rastlanan bir durumdur. Gebe-lohusaya ve yakınlarına bilgi aktarılmaması ile gebe-lohusanın

karar süreçleri dışında bırakılması ise karşılıklı sıklığı sıralamasının orta alt sıralarına yerleşmiş sorunlardır. Bu durum, bilgilendirme ve ortak karar alma süreçlerine çağdaş tıp etiği çerçevesinde verilen önem göz önüne alındığında olumlu bir göstergedir<sup>6-8</sup>. Nitekim gebelerin sağlık profesyonellerinden beklentileri arasında bilgilendirilmenin en çok istenilenlerden biri olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır<sup>9-14</sup>. Kadınların doğumdan beklentileri ve memnuniyetleri hakkındaki araştırmalarda bilgilendirilme ve danışmanlık alma yararı en fazla vurgulanan konulardandır<sup>13-22</sup>. Onam formlarına imza alınmaması sorunuyla görece nadir karşılaşılması da bu saptamayı pekiştirmektedir.

Literatür ve yasal düzenlemeler tarafından kuvvetle desteklenmekle birlikte bilgilendirme ve onam alma yaklaşımının pratikte tam bir hâkimiyet kurmuş olmadığını öne süren çalışmalar da bulunmaktadır<sup>23-26</sup>. Bir diğer olumlu gösterge özerkliğe saygının özel bir boyutu olan mahremiyete saygı bağlamında söz konusudur; doğum sırasında mahremiyete saygı gösterilmemesi en az rastlanan sorunlar arasındadır. Ekip içi özerklik çatışmalarından yana ise yüz güldürücü olmayan bir durum görülmekte bu konudaki iki sorun; yetki-işbölümü çatışmaları yaşanması ve kıdemli elemanlara “angarya” yüklenmesi, sıklık sıralamasında ilk üçte yer almaktadır. Hekim görevlerinin ebelere devredilmesi ise görece az karşılaşılan bir sorundur. Bununla birlikte ebe katılımcıların bu sorunla daha sık karşılaşması; bu konuda hekim katılımcılarla aralarında anlamlı fark bulunması dikkate değerdir.

Yarar sağlama-zarar vermeme dengesini oluşturmakla ilgili-bağlantılı sorunlar karşılaşılma sıklığı listesinin orta ve alt sıralarında yer almaktadır. Bu grupta yer alan sorunlar arasında görece sık karşılaşılanlardan ilki ekibin ve ekipmanın olanakları çerçevesinde yenidoğana yarar sağlama konusunda yetersiz kalmadır. İkinci sorun ise yarar sağlamak adına yüksek riskli uygulamaların hayata geçirilmesi, dolayısıyla gebe-lohusanın ve fetüs-yenidoğanın zarar görmesi olasılığının artmasıdır. Her iki sorunda da medikal boyutun değer çatışmasına göre ön planda konumlanması dikkate değerdir. Medikal boyutunun yanı sıra hukuki-yargısal boyutu da yarar sağlayamama veya zarar verme şeklindeki etik boyutuna göre daha öncelikli olan malpraktis olgusu, katılımcılarımıza göre doğumhanede orta sıklıkta rastlanan bir sorundur<sup>27-29</sup>. Ağır anomalili yenidoğana güçlü yaşam desteği verilmemesi, hem yarar sağlamanın ve zarar vermenin ne olduğunu sorgulamaya hem de yaşama saygıyı, yaşamın anlamını ve değerini tartışmaya yol açan derin ve karmaşık bir etik sorundur<sup>27-30</sup>. Bu sorunla sık karşılaşılması kuşkusuz gebelikte ileri incelemelerin yaygınlaşmasından sonra ağır anomalili doğumlara az rastlanması ile bağlantılıdır.

Veri toplama formumuzda adalet ilkesi ile ilgili-bağlantılı iki soruna dair ifadeler yer almakta olup bunlardan biri sınırlı kaynakların adil dağıtılmaması diğeri ayrımcılık yapılması hakkındadır. Sınırlı tıbbi olanakların gereksinim duyanlara uygun biçimde dağıtılmaması katılımcıların en az karşılaştığı sorundur. Bu durum hastalara farklı medikal veya paramedikal niteliklerinden ötürü olumlu ya da

olumsuz ayrımcılık yapılması sorununun da sıklık sıralamasının ortalarında yer alması ile birlikte değerlendirildiğinde adalet ilkesi sorunları doğumhane açısından çok da önemli-öncelikli olmadığı söylenebilir. Kişisel gözlemlere dayalı daha gerçekçi değerlendirme ise katılımcıların zaman ve kalifiye eleman gibi unsurları ihmal ederek “kaynak”ı sadece donanım ve malzeme olarak düşünmüş ve bunların görece yeterliliğini gözetenek cevap vermiş olmasıdır.

Sorunlarla karşılaşılma sıklıkları üzerinden genel bir değerlendirme yaparak doğumhanelerde çeşitli ve çok sayıda özerklik çatışması yaşandığını; yarar sağlayamamak veya zarar vermek üzerinde oluşan sorunların ilk gruptakilere göre daha az ancak dikkate değer düzeyde olduğunu; adalet ilkesi ile ilgili-bağlantılı durumların ise üçüncü planda kaldığını söylemek olanaklıdır. Araştırmamızın tasarımı aşamasında genel bilgilere ve gözlemlere dayanarak yaptığımız ön değerlendirme, doğumhanede yaşanan etik sorunların büyük kısmının özerklik ilkesi ile ilgili-bağlantılı olduğudur. Bu ön değerlendirme doğrultusunda hazırlanan veri toplama formunda bu gruptan sorunlar ağırlık taşımaktadır. Katılımcıların karşılaşılma sıklıklarının yüksek olması öngörümüzü doğrulamaktadır.

Katılımcılarımızın en fazla önemsedikleri iki sorun yarar sağlama-zarar vermeme dengesiyle ilgilidir. İlk sırayı alan yenidoğana ihtiyaç duyduğu tıbbi olanakların sağlanamaması tıbbi karakteri ön planda olan bir sorundur. Bu ilk sırada yer alışı bir yandan sorunun somut-medikal yönüne odaklanma kuramsal-düşünsel boyutunu ikinci plana yerleştirme eğilimini göstermekte diğeri yandan çağdaş tıbbın yarar sağlamaya odaklı bir genel yaklaşımı kuvvetle benimsemiş bulunmasının katılımcılarımız özelinde de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu önemsemenin sağlık camiası genelinde de söz konusu olması konuyla ilgili birçok uluslararası bildirge ve mesleki etik kod oluşturulmasına yol açmıştır<sup>31-35</sup>. Kuramsal-düşünsel boyutunun geri planda yer alışı daha da belirgin bir sorun olan malpraktisin önemsenme sıralamasında ikinci basamakta konumlanması katılımcılarımızın anlayışı-yaklaşımı hakkındaki saptamamızı doğrulamaktadır. Sağlık profesyonelinin malpraktisi önemsemesinin kuramsal arka planında hem hastaya hem de bizzat kendine zarar vermeme kaygısının yer aldığı söylenebilir. Katılımcılarımızın bu konuyu önemsemesi, malpraktis istinadının en çok kadın hastalıkları ve doğum alanında çalışan sağlık

profesyonelleri hakkında yapılması nedeniyle de anlamlıdır<sup>36-41</sup>. Yenidoğanın gereksinimlerini karşılayamamanın ve malpraktisin orta sıklıkta karşılaşılan sorunlar olması göz önüne alındığında, bu ikisi özelinde önemsenmenin sorunun ortaya çıkışını azalttığı saptaması yapılabilir.

Yarar-zarar dengesi ile ilgili dört sorundan ikisinin önemseme sıralamasının ilk iki basamağında yer almasına karşılık diğer ikisi sıralamanın sonlarındadır. Bu ikisinden biri gebe-lohusalara yarar sağlamak adına riskli uygulamaların göze alınmasıdır. Bu önemsememeyi yukarıda söz konusu edilen yarar sağlamaya odaklanma yaklaşımının yaygınlığı çerçevesinde açıklamak olanaklıdır. Bu yaklaşım sağlık alanının eğitim ve hizmet yapılanmaları içinde öğrencilere ve çalışanlara kuvvetle önerilmekte hatta dayatılmaktadır. Böylelikle ortaya çıkan yarar sağlamanın zarar vermemeye göre çok daha fazla benimsenmiş-içselleştirilmiş bir referans olma durumu, riskli uygulamaların sorun kabul edilmemesine ve dolayısıyla önemsenmemesine neden olmaktadır. Ayrıca sürecin gebe-lohusa, fetüs-yenidoğan, ekip gibi farklı paydaşları bulunması bakımından yararın bunlardan hangisine yönelik ve riskin hangisi için söz konusu olduğu kritik bir husustur. Güvenilir sağlık profesyonellerinden yeterli ve etkili tıbbi yardımı alarak güvenli bir şekilde doğum yapmak gebe kadınların en büyük beklentisidir<sup>15,42,43</sup>.

Alt sıralarda konumlanmış ikinci yarar-zarar dengesi sorunu olan ağır anomalili yenidoğana yaşam desteği verilmemesi, karşılaşma sıklığı sıralamasında da en altlarda yer almaktadır. Bu noktada nadir rastlanmanın doğal olarak fazla önemsememeye yol açacağı saptamasını yapabiliriz. Konu özelinde ikinci bir saptama daha yaparak hem donanım yönünden geliş hem de artış ve yaygınlaşma gösteren yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin, anomalili yenidoğan vakalarını etik boyutlarıyla birlikte devralmış bulunmasının etkisini de vurgulayabiliriz. Kimi sağlık sorunlarını gidermeye çalışırken yapılan uygulamalar doğaları gereği hasara yol açmakta, sağladıkları yararın yanı sıra yaşam kalitesini düşürerek ciddi zarar da vermektedir<sup>44,45</sup>. Konuyla ilgili literatürde yaşama saygı ilkesine mutlak bir bağlılık gösterilmesi gerektiğini savunan kuramsal çalışmaların yanı sıra yenidoğan birimi ekibi üzerinde yürütülmüş ve katılımcıların görece yüksek oranlarda tedaviyi esirgeme ve tedaviyi sonlandırma kararlarını benimsediğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır<sup>46-48</sup>. Bu kararlar bağlamında etik

konsültasyon istemenin yararına işaret eden ve ayrıca sosyal, kültürel, dini, hukuki farklı etkilerin önemine dikkat çeken yayınlar da bulunmaktadır<sup>47,50,51</sup>.

Özerkliğe saygı çerçevesinde yer alan ana sorun kategorisi hasta ve hasta yakını ile sağlık profesyoneli-ekibi arasında yaşanan görüş ayrılıkları; hasta özerkliği ile mesleki özerkliğin çatıştığı durumlardır. Katılımcılarımız özerkliğe saygı bağlamında en fazla gebe-lohusanın hayati tehlike varken taburcu edilme talebinde bulunması sorununu önemsemektedir. Görece sık karşılaşılan bu sorun gibi özerkliğe saygı-yarar sağlama çatışması karakterini taşıyan gebe-lohusanın tedaviyi reddetmesi çok daha sık ortaya çıkan bir sorun olmakla birlikte önemsenme sıralamasının orta basamaklarına yerleşmiştir. İki sorun arasındaki önemsenme derecesi farkı "hayati tehlike" unsurundan kaynaklanmakta ve katılımcıların yaşama saygı ilkesine güçlü bağlılığını açıkça göstermektedir. Öte yandan her iki sorunda yarar-özerklik çatışmasında yarardan yana tavır alınması hem yukarıdaki saptamalarımızı doğrulamakta hem de paternalizm eğilimine işaret etmektedir. Paternalizm günümüzde yüksek sesle savunulmamakla birlikte gelenekten kaynaklanan gücüyle varlığını alttan alta sürdüren bir eğilimdir<sup>52-54</sup>.

Gebe-lohusanın endikasyon bulunmadığı halde hastanede kalma talebinde bulunması sorununda özerklik-yarar çatışmasının farklı bir biçimi ortaya çıkmakta özerkliğe saygı yarar sağlama ile değil yarar sağlayamama ile çatışmaktadır. Böyle bir talep bir yandan da sınırlı kaynakların efektif kullanımını engelleme potansiyeli taşımaktadır. Katılımcılarımız, görece sık karşılaşılmamasına rağmen bu sorunu önem sıralamasının en sonuna yerleştirmiştir. Bu durum büyük olasılıkla çatışmanın görece yumuşak ve engelleme potansiyelinin ise alt yapı koşullarına bağlı olmasından kaynaklanmaktadır. Öte yandan hem antenatal hem postnatal dönemlerde eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesinin taburculuğu reddetme oranını düşürdüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır<sup>55-57</sup>. Benzer bir düşüş eğitimin ve danışmanlığın evde bakım hizmetleri çerçevesinde lohusalık döneminde verilmesi söz konusu olduğunda da gerçekleşmektedir<sup>56-58</sup>.

Yine görece sık karşılaşılan ancak az önemsenen özerkliğe saygıyla ilgili-bağlantılı bir diğer sorun gebe-lohusanın isteklerinin dikkate alınmamasıdır. Belirgin bir yarar sağlama kaygısı bulunmaksızın özerkliğin dikkate alınmaması şeklindeki bu sorunun önemsenmeyişi, özerkliğe saygı konusundaki

sınırlılığın göstergesidir. Öte yandan gebe-lohusanın karar süreçleri dışında bırakılması ile ona ve yakınlarına yönelik yeterli bilgilendirme yapılmaması sorunlarının görece az karşılaşılabilmelerine karşın görece fazla önemsenmesi, katılımcıların özerkliğe saygı ilkesi bağlamında belli bir hassasiyeti bulunduğunu göstermektedir. Bu hassasiyet sağlık profesyonelinin inisiyatifinde elde tuttuğu durumlarda daha belirgin biçimde ortaya çıkmakta; tanımlanmış standart görevlerin içerdiği özerkliğe saygı unsuru ihmal edilmemektedir. Sınırlılık bağlamında ortaya çıkan özerkliğin dikkate alınmadığı durumlar ise gebe-lohusanın proaktif olması; itiraz ya da talep dile getirmesidir. Bilgilendirme ve onam alma konusundaki çalışmalar yapıldığı tarihleri dikkate alınarak toplu halde gözden geçirildiğinde paternalizm eğiliminin yakın geçmişe kadar etkisini sürdürdüğü ancak sağlık profesyonellerinin özellikle bilgilendirme konusunda giderek daha duyarlı ve hastaların da bu konuda daha yüksek beklentili hale geldiği görülmektedir<sup>9-12,59</sup>.

Aydınlatılmış onam formlarının imzalatılmamasının nadir gerçekleşmesine karşın çok önemsenmesi ise biçimsellik ile ilgili olup katılımcıların mesleki değer sistemleri hakkında fikir vermemekte, yasal düzenlemelere bağlılıklarını göstermektedir. İmza almanın bilgilendirme yapmaya göre daha fazla önemseniyor ve daha az ihmal ediliyor olması üzerinde durulması gereken bir durumdur. Bu durum aydınlatma-bilgilendirme süreçlerinin onam almadan bağımsız olarak da anlamlı-önemli olduğunun yeterince fark edilmediğini ortaya koymaktadır. Sağlık mesleklerinin evrimi bilgi paylaşımının tamamlayıcı bir unsur olmaktan çıkıp asli bir unsur haline gelmesi yönünde gerçekleşmektedir<sup>9,10,52,54,59,60</sup>. Bu durumda bilgi paylaşımının, aydınlatılmış onam bağlamında onamın, tıbbi iletişim bağlamında iletişim tekniklerinin geri planında bırakılması, sessiz fakat ciddi bir sorundur.

Mahremiyete saygı hem özerkliğe saygının bir unsuru hem de tek başına bir ilke olarak ele alınabilmektedir. Bedensel mahremiyet, mahremiyetin doğumhane özelinde öncelikle gündeme gelmesi söz konusu olan türüdür. Katılımcılarımızın mahremiyetin zedelenmesi sorununu orta düzeyde önemsememesi mahremiyete orta düzeyde saygılı olduklarını düşüncesine yol açmaktadır. Obstetri literatüründe mahremiyete saygıyı konu edinen çalışmaların ortak sonucu, gebe-lohusaların sıklıkla bu konuda sorun yaşadıkları ve

bu durumun doğum yardımı ekibi üyelerinin mahremiyete saygının önemsendiklerini ifade etmelerine rağmen bu ilkeyi benimsemediklerinin göstergesi olduğudur<sup>13-15</sup>. Beden mahremiyetinin toplum genelinde üst düzeyde önemsenmesi ve farklı toplumsal ortamlarda dikkatle korunması söz konusudur. Bu genel çerçevede doğumhanedeki orta düzeye iniş istisna oluşturan bir durumdur. Böyle bir durumun ortaya çıkışı bir yandan doğum yardımının doğası gereği doğurmanın kısmen çıplak ve temasa açık olmasından diğer yandan özensizce planlanmış-düzenlenmiş doğumhanelerin gebe-lohusalara gözlerden uzak kalma şansı tanımamasından kaynaklanmaktadır. Doğumhane çalışanlarının mahremiyete saygısının görece az oluşunu, bu konuda duyarlılık geliştirememiş olmalarına değil toplumun üyesi olarak sahip buldukları duyarlılığı bilinçli olarak azaltmış-sınırlamış bulunmalarına bağlamak olanaklıdır. Böyle bir yönelişe girmelerinin nedeni, çalışma ortamlarının kendine özgü niteliklerine uyum sağlama çabasıdır.

Hasta özerkliğine saygı çerçevesinde yer alan sorunların çoğu önem sıralamasının üst-orta basamaklarına yerleşmiş bulunmaktadır. Bu gruptaki sorunların önemsenme dereceleri toplu olarak değerlendirildiğinde katılımcılarımızın özerkliğe saygıyı benimsemiş bulunduğu ancak ilkeler hiyerarşisinde en üste de yerleştirmede olduğu görülmektedir. Özerkliğe saygı gösterme ile yarar sağlama veya zarar vermeme arasındaki çatışmalarda söz konusu yararın veya zararın düzeyi kararın ana belirleyicisi olmakta; ciddi bir yarar sağlama olanağının veya önemli zarar verme riskinin bulunması halinde özerklik kolaylıkla göz ardı edilebilmektedir. Katılımcılarımızın tıbbın gündeminde yer alışı görece yeni olan özerkliğe saygı anlayışını tanımakla ve kısmen benimsemiş olmakla birlikte henüz içselleştirmemiş ve öncelik sıralamasının başına yerleştirmemiş bulunmaktadır. Bir başka deyişle hasta özerkliği bilinmekte-fark edilmekte ancak yaşama geçirilmesi tam olamamaktadır. Çağdaş medikososyal anlayış çerçevesinde kadim tıp geleneğinin başat unsurlarından paternalizmin şiddetle dışlanması ve yerini özerkliğe saygının alması şeklinde dramatik bir dönüşüm söz konusudur<sup>8</sup>. Ancak henüz anlayış değişikliğinin tamamlanmaması; geçiş sürecinde olunması nedeniyle, katılımcılarımızın özerkliğe saygılı olunması gerektiğini kabul etmelerine rağmen paternalizmin sessiz hakimiyetine boyun eğdikleri çıkarımında bulunmak yerinde olacaktır.



Sağlık profesyonelleri arası ilişkiler, geleneksel tıbbi deontoloji anlayışının daha fazla üzerinde durduğu, çağdaş tıp etiğinin ise gündeminde ilk sıralara almamakla birlikte ilgi alanının içinde bulundurduğu bir konudur. Doğumhane gibi birden fazla disiplinden sağlık profesyonelinin bir arada çalıştığı tıbbi ortamlar bunların birbirleriyle yetki-işbölümü sorunları yaşamasına neden olmakta; mesleki özerklik çatışmaları ortaya çıkmaktadır<sup>61,62</sup>. Mesleki özerklik sınırlarının meslek normlarının-standartlarının baskısıyla daralmış olması, elde kalan sınırlı özerklik konusunda daha hassas olunmasına yol açmakta; bireyler ve meslekler arası özerklik çatışmaları yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Sağlık alanında ekip anlayışının ve çalışmasının önemi ve gereği yüksek sesle daima dile getirilmekle birlikte, hayata geçişinde bir dizi aksama olduğunu yadsımak olanaksızdır. Özellikle sağlık hizmeti verme geleneği içinde hem medikal hem de idari anlamda ön plana çıkmaya almış, hastalara ve hasta yakınlarına karşı olduğu gibi birlikte çalıştığı kişilere karşı da paternalist yaklaşmayı benimsemiş hekimlerin bu alışkanlıklarından sıyrılması zor olmaktadır<sup>8</sup>. Öte yandan hiyerarşinin alt basamaklarında yer alanlar da bu durumu kabullenmekte hatta kanıksamaktadır. Bu genel çerçevede katılımcılarımız yüksek karşılıklı oranlarına sahip olduklarını belirtmelerine (Tablo 2, Tablo 4) rağmen mesleki özerklik çatışmalarıyla ilgili üç soruna düşük önem puanları vermiştir (Tablo 3).

Her ne kadar günümüz tıp anlayışı içinde ekip çalışması vurgusu sıklıkla dile getirilse de pratikte geleneksel hekim otoritesi varlığını sürdürmekte; doğum salonunda hekim görevlerinin ebelere-hemşirelere devredilmesi de bunun bir örneğini oluşturmaktadır. Katılımcılarımızın yarıdan fazlasının hekim görevlerinin ebelere-hemşirelere devredilmesi sorunu ile karşılaştıklarını ifade etmeleri söz konusu anlayışın devamına işaret etmektedir (Tablo 4). Bu devam ediş asli görevlerini aksatmanın yanında ebe-hemşirelerde mesleki memnuniyet oranlarını azaltmakta tükenmişlik yaşamalarına ve verimsiz çalışmalarına neden olmaktadır.

Ebelerin ve birkaç yıl öncesine kadar hemşirelerin tamamının kadın öte yandan hekimlerin de çoğunlukla erkek oluşundan hareketle saptanan fark meslekler arası olmanın yanında cinsiyetler arası olarak da değerlendirilebilir. Sağlık alanı özelinde hekim egemenliğini ortaya çıkaran önemli bir etken toplum genelindeki erkek egemenliğidir. Devredilen işlerin medikal uygulamalarla sınırlı kalmaması, klinik

ilişkinin sosyal-hukuki-ekonomik-etik boyutlarıyla ilgili kimi uygulamaların da bu kapsamda yer alması sorunun dikkate değer bir yönüdür. Önemi araştırılmamızın tüm katılımcılarının kabul etmiş bulunduğu gebenin bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam formunun imzalatılması uygulamalarının hekimden ebeye-hemşireye devredilen görevler arasında yer alması vurgulanması gereken bir husustur. Bilgilendirme ve form imzalatmanın yanı sıra doğum kayıtlarının tutulması, raporlarının hazırlanması gibi hekime ait olması gereken görevler, kişisel devretmelerin ötesinde kimi kurumsal politikalar çerçevesinde de ebelere-hemşirelere yüklenmektedir.

Sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmaması sorununun önem puanı sıralamasında ortalarda, karşılaşma sıklığı tablosunda ise son sırada yer alması söz konusudur (Tablo 2, Tablo 3). Sorunun sık yaşanmaması doğumhanede “sınırlı olanak” niteliği taşıyan unsur bulunmamasına; tıbbi donanımın komplike olmamasına ve çalışan sayısının nadiren yetersiz kalmasına ve karar vericinin çoğunlukla hekimler olmasına bağlanabilir. Karşılaşmamalarına rağmen sınırlı tıbbi olanakların adil dağıtılmaması sorununu önemsemeleri katılımcıların adalet ilkesini benimsediğini göstermektedir. Hekimlerin kimi zaman hastalar arasında ayrımcılık yaparak görevlerini istismar etmesi, adalet ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Katılımcılarımızın ayrımcılık sorununa orta düzeyde önem atfetmesi ve onunla orta sıklıkta karşılaşması birlikte değerlendirildiğinde, adalet ilkesine bağlılıklarının yaşama yansımalarının ayrımcılığı ortadan kaldıracak düzeyde olamadığı sonucuna varılmaktadır. İlgili iki sorun hakkındaki değerlendirmeleri üzerinden katılımcılarımızın hastalara karşı adil olmanın gerekliliğini benimsediğini ancak tıp etiği ilkeleri arasında adil olmayı önlemediğini söylemek olanaklıdır.

Sorunlarla karşılıklı sıklıkları üzerinden genel bir değerlendirme yaparak doğumhanelerde çeşitli ve çok sayıda özerklik çatışması yaşandığını, yarar sağlayamamak veya zarar vermek üzerinden oluşan sorunların özerklikle ilgili olanlara göre sayıca daha az ancak yine de dikkate değer düzeyde olduğunu, adalet ilkesi ile ilgili-bağılantılı durumların ise üçüncü planda kaldığını söylemek olanaklıdır. Benzer bir değerlendirme sorunlara verilen önem puanları üzerinden yapıldığında, doğumhanede görev yapan sağlık profesyonellerinin en çok yarar sağlama-zarar vermeme dengesiyle ilgili ikilemlere önem attıkları; özerklik ile yarar sağlama arasında

çatışma olduğunda yarardan yana tavır aldıkları dolayısıyla paternalizme eğilim gösterdikleri; özerkliğe saygı konusunda belli bir duyarlılıklarının bulunduğu ancak bu duyarlılığın sağlık profesyonelinin inisiyatifi elde tuttuğu durumlarda daha belirgin hale geldiği; bağlantılı sorunlarla sık karşılaşmalarına rağmen adalet ilkesini önemsedikleri ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların tıp etiği ilkelerini referans kabul etmedeki öncelik sıralaması yarar sağlama, zarar vermemeye, özerkliğe saygı ve adalet şeklindedir. Bu tablo çalışma sürecinin başında oluşturduğumuz etik sorunlarla sık karşılaşıldığı ve bunların orta derecede önemsendiği hipotezinin ilk kısmını doğrulamaktadır. Sorunların önemsenme düzeyinin orta değil yüksek oluşu ise alandaki durumun öngördüğümüzden daha iyi olduğunu; doğumhane çalışanlarının öngörümüzün üzerinde bir etik duyarlılığa sahip bulunduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdan hareketle tıp etiği alanında akademik etkinlik gösterenlere perinatolojinin abortus, yardımcı üreme teknikleri gibi popüler konularının dışında da yönleri-boyutları bulunduğunu hatırlatmak uygun olacaktır. Doğumhane gibi kendine özgü birimler, bu birimlerde yaşanan tıbbi ilişkiler ve bu ilişkiler üzerinden ortaya çıkan etikle ilgili-bağlantılı sorunlar en az popüler sorunlar kadar önemli ve üzerinde durulmaya değerdir. Dolayısıyla bunları konu edinen araştırmaya dayalı ve kuramsal tıp etiği çalışmalarını artırılmalı ve ayrıntılandırılmalıdır.

**Yazar Katkıları:** Çalışma konsepti/Tasarımı: MÖ, SA; Veri toplama: MÖ; Veri analizi ve yorumlama: MÖ, SA, SK; Yazı taslağı: MÖ, SA, SK; İçeriğin eleştirel incelenmesi: MÖ, SA, SK; Son onay ve sorumluluk: MÖ, SA, SK; Teknik ve malzeme desteği: MÖ; Süpervizyon: MÖ, SA, SK; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Tez çalışması Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO2007D1 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

**Yazarların Notu:** Bu makale, Melike Öztürk'ün doktora tez çalışmasına dayanmaktadır.

Bu çalışma Bursa'da 2-6 Mart 2011 tarihleri arasında düzenlenen "X. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi"nde bildiriler olarak sunulmuştur.

**Author Contributions:** Concept/Design: MÖ, SA; Data acquisition: MÖ; Data analysis and interpretation: MÖ, SA, SK; Drafting manuscript: MÖ, SA, SK; Critical revision of manuscript: MÖ, SA, SK; Final approval and accountability: MÖ, SA, SK; Technical or material support: MÖ; Supervision: MÖ, SA, SK; Securing funding (if available): n/a.

**Informed Consent:** Written consent was obtained from the participants.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** Authors declared no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** The thesis study was supported by Çukurova University Scientific Research Projects Unit as ASYO2007D1 project.

**Acknowledgement:** This article is based on Melike Öztürk's doctoral thesis.

This study was presented as a paper at the 10th Uludağ Gynecology and Obstetrics Winter Congress held on 2-6 March 2011 in Bursa.

## KAYNAKLAR

1. Öztürk M. Doğum odasının tıp tarihi sahnesine çıkışı ve evrimleşme süreci. I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi Kitabı. 20-24 Mayıs 2008, Konya. 2008:124-126.
2. Can R, Öztürk M, Kadioğlu S. Farklı sağlık uğraşları ve uygulamaları özelinde tıp etiği. Balkan Tıp Tarihi ve Etiği Kongresi Kitabı. 11-15 Ekim 2011, İstanbul. 2011:542-545.
3. SPSS Inc. SPSS for Windows. Version 11.5, Chicago: SPSS Inc. 2000.
4. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 8. Baskı. Ankara, Şahin Matbaası. 1998.
5. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Araştırma Yöntemleri. 3. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2000.
6. Işık T. Gebelik sürecinde tıbbi aydınlatma (Doktora tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2010.
7. Lothian JA. Do not disturb: the importance of privacy in labor. J Perinat Educ. 2004;13:4-6.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 4th edition, New York, Oxford University Press, 1994.
9. Simmonds AH. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. Nurs Ethics. 2008;15:360-70.
10. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi edinme durumu. Perinatoloji Dergisi. 2006;14:90-95.
11. Kaya F, Serin Ö. Doğum öncesi bakımın bakımların niteliği. Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society. 2008;5:28-35.
12. Kırımlıoğlu N. Gebelik ve doğum sürecinin hasta sağlık ekibi arasındaki iletişim temelinde incelenmesi. (Doktora tezi). Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi, 2003.
13. Sayın SD. Perinatal hizmetlerde mahremiyet algısı. (Doktora tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2013.
14. Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M, Mungan T. Kadın hastalıkları ve doğum servisi: verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etki eden faktörler. Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi. 2006;3:167-71.
15. Güngör İ. Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2009.
16. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery. 1999;15:41-6.
17. Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. Midwifery. 2005;21:23-35.

18. Harriott EM, Williams TV, Peterson MR. Childbearing in U.S. military hospitals: dimensions of care affecting women's perceptions of quality and satisfaction. *Birth*. 2005;32:4-10.
19. Hildingsson I, Thomas JE. Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52:126-33.
20. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007;59:474-87.
21. Abushaikha L, Sheil EP. Labor stress and nursing support: how do they relate. *J Int Womens Stud*. 2006;7:198-208.
22. Douglas S, Cervin C, Bower KN. What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam Physician*. 2007;53:875-9.
23. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420. (Erişim 10.04.2015)
24. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Resmi Gazete Tarihi:19.02.1960, Resmi Gazete No:10436 (Erişim 23.06.2011).
25. Çobanoğlu N. Tıp Etiği. Ankara, Eflatun Yayınevi, 2009.
26. Dünya Hekimler Birliği, Tıp Etiği Elkitabı. (Çeviren Civaner M). Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2005.
27. Elçioğlu Ö. Demirhan Erdemir A. Klinik uygulamalarda her durumda ortaya çıkan etik yükümlülükler. In Klinik Etik (Editör: AS Erdemir A, NY Oğuz, Ö Elçioğlu, H Doğan):104-48.. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
28. Büken E, Büken Örnek N. Tıpta Malpraktis ve Etik Yönleri. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. Yaşama Dair Etik Bir Bakış. Ankara, Tabip Odası Yayınları, 2002.
29. Büken E, Büken Örnek N. Yasal ve etik yönleriyle Türkiye'de tıbbi malpraktis. In Çağdaş Tıp Etiği (Eds AD Erdemir, Ö Öncel, Ş Aksoy). İstanbul, Nobel Kitabevleri, 2003.
30. Harris J. Hayatın Değeri; Tıp Etiğine Giriş. (Çeviren: Sertabipoğlu S.) İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1999.
31. Doktorluk, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği, veterinerlik, eczacılık ve mimarlık eğitim programlarının asgari eğitim koşullarının belirlenmesine dair yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 02.02.2008, Resmi Gazete Sayısı: 26775. (Erişim 10.04.2015)
32. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Kabul Tarihi: 11.04.1928, Kanun Numarası: 1219. (Erişim 13.07.2014)
33. International Code of Ethics for Midwives. <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Code%20of%20Ethics%20Long%20version-ENG.2003.doc> (Erişim 02.07.2009)
34. The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva, International Council of Nurses. 2012.
35. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara, TTB Yayınları, 2002.
36. Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice payments. *J Empir Leg Stud*. 2007;4:185-222.
37. Büken E, Örnek Büken N, Büken B. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. *J Clin Forensic Med*. 2004;11:233-47.
38. Gündoğmuş ÜN, Özkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records. *Nurs Ethics*. 2004;11:489-99.
39. Elbüken B. Sağlık profesyonellerine yönelik tıbbi uygulama hata iddiası ile yüksek sağlık şurasına gönderilen olguların irdelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2010.
40. Özkaya N, Elbüken B, Özkaya H. Hemşirelikte ve Ebelikte Malpraktis. In Biyoetik Araştırmaları. (Eds YI Ülman, ŞV Genç):221-6. İstanbul, Türkiye Biyoetik Derneği, 2012.
41. Akgül A. Yargı kararları ışığında, gebelik ve doğum sürecinde sağlık hizmet kusurundan kaynaklanan tam yargı davaları. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2012;3:485-98.
42. Stevenson DK, Goldworth A. Ethical dilemmas in the delivery room. *Semin Perinatol*. 1998;22:198-206.
43. Proctor S. What determines quality in maternity care? comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*. 1998;25:85-93.
44. Elçioğlu Ö, Kırımlioğlu N. Tıp Etiği İlkeleri. In Çağdaş Tıp Etiği (Eds AD Erdemir, Ö Öncel, Ş Aksoy):26-40. İstanbul, Nobel Kitabevleri, 2003.
45. Nuffield Council on Bioethics, Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues. London, Latimer Trend, 2006.
46. Bilgen H, Topuzoğlu A, Kuşçu K, Altuncu E, Ozek E. End-of-life decisions in the newborn period: attitudes and practices of doctors and nurses. *Turk J Pediatr*. 2009;51:248-56.
47. Özcan Şenses M. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu kararlarına ilişkin hekim ve hemşirelerin tutumları. (Doktora tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi. 2009.
48. Çavuşoğlu H. Neonatology and ethics: a word from Turkey. *J Clin Ethics*. 2001;12:315.
49. İncedere A, Öztürk S, Er R. İnsan onuruna saygılı hemşirelik bakımı: hemşirelerin bakış açısıyla bir değerlendirme. In Değişen Dünyada Biyoetik. (Eds YI Ülman, F Artvinli):200-7. İstanbul, Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2012.
50. Kadioğlu FG, Can R, Okuyaz S, Yalçın SÖ, Kadioğlu S. Klinisyenlerin etik danışmanlık alma konusundaki tutumları. In Uluslararası Katılımlı 5. Tıp Etiği Kongresi Bildiri Kitabı (Eds YI Ülman, T Başağaç Gül, F Kadioğlu, G Yıldırım, Z Edisan):53-54, Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, 2009.
51. Çalışır HC, Şahinoğlu S. Tıpta konsültasyon olgusu. In Yaşama Dair Etik Bir Bakış. Ankara, Tabip Odası

- Yayınları, 2002;178-186..
52. Alan S. Adana'da eğitim hastanelerinde sağlık hizmetini alanlar ile verenlerin hasta özerkliğine saygı ve paternalizme yatkınlıkları. (Doktora tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2005.
  53. Oğuz NY. Özerkliğe saygı ilkesi. In Deontoloji (Eds B Arda, Y Oğuz, PS Şahinoğlu). Ankara, Antıp Yayınları, 1999.
  54. Aydın E. Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi. Erciyes Tıp Dergisi. 2003;25:92-7.
  55. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;15:45-56.
  56. Atıcı İ. Doğum sonu erken taburculukta lohusalara verilecek sağlık eğitimi ve evde bakımın postpartum komplikasyonlar ve anksiyete düzeyine etkisi. (Yüksek lisans tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2000.
  57. Dağ H, Er Güneri S, Kavlak O, Şirin A. Doğum yapan kadınların doğum sonu öğretim ihtiyaçları ve taburculuğa hazır oluşunun belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2014;4:26-38.
  58. Büyükkayacı Duman N. Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8:73-82.
  59. Turla A, Karaaslan B, Kocakaya M, Pekşen Y. Hastalara yeterince aydınlatma yapıp yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi. 2005;2:33-8.
  60. Yıldırım G, Bilgin İ, Tokgöz H. Cerrahi kliniklerdeki sağlık çalışanlarının aydınlatılmış onam hakkındaki görüşleriyle uygulamaları örtüşüyor mu?. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2014;36:451-8.
  61. Ergün YA. Hastanelerde hekim-hemşire ilişkilerinde yaşanan çatışma kaynaklarının belirlenmesi ve çözüm önerileri. (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1999.
  62. Akca C, Eriğüç G. Hastane çalışanlarının yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile yaşadıkları çatışma nedenlerine yönelik bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2006;9:126-53.