

2014
TJOB TÜRKİYE
BİYOETİK DERGİSİ
TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 10 • Sayı: 4 • 2023 Kış Sayısı

Volume 10 • Issue 4 • Winter Issue 2023

Turkish Journal of Bioethics (TJOB) published by Turkish Bioethics Association
Türkiye Biyoetik Derneği tarafından basılan Türkiye Biyoetik Dergisi (TJOB)

e-ISSN: 2148 - 5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirimlerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik

DOAJ

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisinin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmalarını akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra, insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla, yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayınlayan dergi, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, olgu sunumu, eleştirel anlatı okumaları, mevzuat değerlendirmeleri ve öğrencinin sesi bölümlerinden oluşmaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm ÖNAL

Trakya Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
gullsumo@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdayi KÖKEN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye
arifhudaikoken@hotmail.com

Dr. Filiz BULUT

Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, Türkiye
filizbulut.2816@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay HALİDİ

Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan ERBAY
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik GÖRKEY
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Gürkan SERT
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR
Kocaeli Üniversitesi, İzmit, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Murat AKSU
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIKAN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rahime AYDIN ER
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat CİVANER
Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülten DİNÇ
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hanzade DOĞAN
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Elif GÜLTEKİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder GÜN
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa HAYIRLIDAĞ
Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İZGİ
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Sadik NAZİK
Türkiye Biyoetik Derneği, Antakya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Selda OKUYAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Sibel ÖNER YALÇIN Pamukkale
Üniversitesi, Denizli, Türkiye

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Levent ÖZGÖNÜL
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran SEVİMLİ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Bilge SÖZEN ŞAHNE
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Halil TEKİNER
Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

Doç. Dr. Mustafa Kemal TEMEL
İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Serap TORUN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif VATANOĞLU
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM
Ankara Üniversitesi (Emekli), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aşkın YAŞAR
Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof. Dr. Gülay YILDIRIM
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Vedat YILDIRIM
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ
Düzce Üniversitesi, Düzce, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

YAZIM KURALLARI

Metin Düzeni

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıkla yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki rakamlar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda roma rakamıyla sonnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan ve gönderilen makalenin amaç ve yönteminin açıklandığı, sonuçların derginin okuyucu kitlesi için önemini özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makale başlığı, kısa başlık, makale türü, yazar isimleri, yazarların akademik unvanı ve çalıştıkları kurum ve görevleri, yazışma yazarının adres, e-posta ve telefon bilgileri, mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümü, daha önce bir bilimsel toplantıda sunulduysa veya kongre kitabında basıldıysa bildirildiği kısımdan oluşur.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. **Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.**

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğeri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ VE YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF VE KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu

Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

1. Editoryal
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor
13. Haber
13. Monografi
15. Biyografi

16. Bibliyografi

17. Çeviri

18. Not

19. Düzeltme

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya da teknolojik önlemler uygulayamazsınız.

Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazar(lar)

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.

- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar (yazarlar, çevrimiçi sayfalar, kişisel görüşmeler, vb.) için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği belirtilmeli ve telif hakkı devir formu doldurulmalıdır.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilmeli ve nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenmektedir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri/kullanılan kaynakları editör tarafından istendiğinde sunulması için saklamak ile yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

ÜCRET POLİTİKASI

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖRDEN

1. **Editörden** **112**
Editorial
Gülay HALİDİ

ARAŞTIRMA MAKALESİ

2. **Bakım Verenlerin Bakımı: İhtimam Etiği Perspektifinden Bir İnceleme** **113**
Caring for Caregivers: A Review from the Perspective of Caring Ethics
Orhan ÖNDER, Birsu BARIN, Ali Emre BODUR, Berk ERDOĞAN, Bensu ÖZMEN, Ceren ACUN, Seyhan HIDIROĞLU
3. **Bir Cerrahi Kliniğin, Klinik Eğitim ve Sağlık Bakım Deneyimlerini Metaforlar Üzerinden Anlamak** **124**
Understanding Clinical Education and Health Care Experiences In A Surgical Clinic Through Metaphors
Merve SARAÇOĞLU, Sinem YILDIZ İNANICI, Mehmet Ali GÜLPINAR
4. **Acil Hekimlerinin Suçun Bildirimi ile İlgili Tutumları: Niteliksel Bir Çalışma** **137**
Attitudes of Emergency Physicians towards Crime Reporting: A Qualitative Study
Gürkan SERT, Esra GEMİCİ, Bedirhan SOLAK, Orçun MEHDER, Roni TEKEŞ, Tolga TUNALI, Seyhan HIDIROĞLU, Melda KARAVUŞ
5. **Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi** **147**
Quantitative Investigation of Departments, Academic Staff and Graduate Theses in the Field of History of Medicine and Ethics in Turkey
Oya ÖGENLER, Ahmet AKSU
6. **Bir Grup Diş Hekiminin “Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları” Hakkındaki Görüşleri** **157**
Opinions of a Group of Dentists on "Ethics Code of Turkish Dental Association"
Süleyman DİLEK, Şükrü KELEŞ, Selim KADIOĞLU
7. **Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin Belirlenmesi** **174**
An Evaluation regarding the Regulation Amending of the Regulation on Private Health Institutions with Outpatient Diagnosis and Treatment
Hamide ŞİŞMAN, Dudu ALPTEKİN, Refiye AKPOLAT

Editörden

Değerli Okurlar Merhaba,

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin onuncu cildinin dördüncü ve 2023 yılının son sayısında ilginize sunduğumuz farklı nitelikte ve çeşitlilikte altı araştırma makalesi yer almaktadır. Ayrıca bu sayıda, **Selim Kadioğlu**'nun ve **Şükrü Keleş**'in araştırma makalesi bulunduğundan editör kurulumuzda yer almadıklarının bilgisini de paylaşmak isteriz.

“Bakım Verenlerin Bakımı: İhtimam Etiği Perspektifinden Bir İnceleme” başlıklı **Orhan Önder, Birsu Barın, Ali Emre Bodur, Berk Erdoğan, Bensu Özmen, Ceren Acun, Seyhan Hıdıroğlu** tarafından hazırlanan kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki araştırma makalesi, tıp etiği bağlamında önemli bir konu başlığı olan ihtimam etiği çerçevesinde ele alınmakta; kanserle yaşayan bireylere bakım verenlerin bakımında desteklenmesi gereken noktalara işaret etmektedir.

Merve Saraçoğlu, Sinem Yıldız İnanıcı, Mehmet Ali Gülpınar imzalı, niteliksel bir araştırma olan “Bir Cerrahi Kliniğin, Klinik Eğitim ve Sağlık Bakım Deneyimlerini Metaforlar Üzerinden Anlamak” adlı makale, farklı sağlık mesleklerinin ve meslek üyeleri adaylarının aynı klinikteki deneyimlerine anlatsallığın farklı bir boyutu olan metaforlar üzerinden odaklanmaktadır.

“Acil Hekimlerinin Suçun Bildirimi ile İlgili Tutumları: Niteliksel Bir Çalışma” başlıklı **Gürkan Sert, Esra Gemici, Bedirhan Solak, Orçun Mehder, Roni Tekeş, Tolga Tunalı, Seyhan Hıdıroğlu, Melda Karavuş** tarafından hazırlanan araştırma makalesi, suça bağlı gerçekleşen sağlık sorunlarının yansıdığı önemli bir klinik olan acil servislerde çalışan hekimlerin suçun bildirimine ilişkin yaklaşımlarını irdelemekte ve meslek etiği bağlamında bir perspektif sunmaktadır.

Oya Ögenler, Ahmet Aksu imzalı, kesitsel-tanımlayıcı nitelikteki “Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi” başlıklı araştırma makalesi, Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı özelindeki durumu özetlemekte; bir yandan bu alana ilişkin farklı başlıklardaki güncel bilgiyi yansıtmakta diğer yandan bu alanın geçmişten günümüze olan izlerini sürmektedir.

Süleyman Dilek, Şükrü Keleş, Selim Kadioğlu tarafından kaleme alınan “Bir Grup Diş Hekiminin “Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları” Hakkındaki Görüşleri” adlı niteliksel araştırma makalesi, diş hekimlerinin mesleki yükümlülüklerini yerine getirmede kılavuz olma niteliği taşıyan mesleğe ilişkin hazırlanmış etik kuralları konu edinmekte ve bunu diş hekimleri perspektifinde gündeme getirmektedir.

Hamide Şişman, Dudu Alptekin, Refiye Akpolat imzalı, “Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki araştırma makalesi, ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan Hemşirelik Etik İkilem Testi ölçeği üzerinden, etik duyarlılık bağlamında etik sorunu tespit edebilme ve etik karabilme düzeylerini, etik ikilemin yaşanma potansiyeli yüksek olan yoğun bakım kliniklerinde yapılmış çalışmanın verileriyle gözler önüne sermektedir.

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin 2023 sayılarının tümünde, dergimize yüklenen makaleleri bilimsel ve etik arka planı yönünden titizlikle değerlendiren, irdeleyen, bu çerçevede desteğini bizden esirgemeyen **değerli hakemlerimize** içtenlikle çok teşekkür ederiz.

Yeni yılın esenlikle gelmesi temennisıyla...

Verimli ve keyifli okumalar dilerim...

Saygılarımla

Gülay Halidi

Bakım Verenlerin Bakımı: İhtimam Etiği Perspektifinden Bir İnceleme Caring for Caregivers: A Review from the Perspective of Caring Ethics

Orhan ÖNDER^a, Birsu BARIN^b, Ali Emre BODUR^c, Berk ERDOĞAN^d, Bensu ÖZMEN^e, Ceren ACUN^f,
Seyhan HİDİROĞLU^g

Özet

Amaç: Kanserle yaşayan bireylerin (KYB) bakımında, resmîyette görünür olmayan ve çoğunlukla herhangi bir profesyonel donanıma sahip olmayan, ama sürecin başından sonuna, hasta bireye eşlik eden bakım verenler kritik öneme sahiptir. Baş etmesi zor bir hastalık olan kanserle mücadele eden bireylerin bakımında, bakım verenler fiziksel, zihinsel ve sosyal birtakım zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu araştırma, KYB'lere bakım veren, yakınlarının karşılaştıkları zorlukları gündeme getirmeyi ve ihtimam etiği perspektifinden, bakım verenlerin bakımına yönelik öneriler sunmayı amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olup araştırmanın evreni Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) Onkoloji kliniğinde takip edilen, 15 Mart-5 Nisan tarihleri arasında kemoterapi ünitesine ve servis hizmetlerine başvuran KYB'lerin bakım veren yakınlarıdır. KYB'lere bakım verenlerin umutsuzluk derecelerini tespit etmek ve bunu etkileyen faktörleri ölçmek için, veri toplama aracı olarak; sosyodemografik sorular, bakım alan bireyin hastalık derecesine yönelik sorular ve Beck Umutsuzluk Ölçeği sorularından oluşan bir anket elden dağıtılmıştır. Anket bakım verene yönelik sosyodemografik sorular 8, KYB'nin hastalığının durumu ile ilgili sorular 7, Beck Umutsuzluk Ölçeği 20 olmak üzere 35 sorudan oluşmaktadır ve yaklaşık 10 dakikada tamamlanmaktadır. Elde edilen veriler önce Microsoft Excel aracılığıyla dijitalleştirilmiş, ardından IBM SPSS 27.0.1 sürümüyle analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Ki-kare, Fisher's Exact testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmış, istatistiksel anlamlılık değeri için $p < 0.05$ kabul edilmiştir. **Bulgular:** Ankete katılan 151 bakım verenin 83'ü (%55,3) kadın, 67'si (%44,7) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 40,09'dur. Bakım verenlerin %41,1'i umutsuzluk düzeyi ölçeğinde "minimal ya da yok", %39,7'si "hafif düzeyde", %13,2'si orta düzeyde ve %6'sı "aşırı düzeyde" skorunu almıştır. KYB'lere bakım verenlerin demografik özellikleri ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu ve bakım verme süresi ile umutsuzluk skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, eğitim seviyesi ile umutsuzluk skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p=0,019$). **Sonuç:** Bakım verenlerin, umutsuzluk düzeyleri göz önüne alındığında, önemli psikolojik yükler taşıdığına ve bu yükün, özellikle bakım verenin eğitim seviyesi ile hastanın sağlık durumu arasında belirgin ilişkiler gösterdiğine ulaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında, sosyodemografik özelliklerin bakım verenleri önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Bakım verenlerin duygusal yükleri, bakım alıcılarla olan ilişkileri ve bu sürecin hem bireysel hem toplumsal düzeyde getirdiği zorluklar ve sorumluluklar, ihtimam etiği kapsamında ele alınmıştır. Araştırma neticesinde bakım verenlerin karşılaştığı zorluklar ve ihtiyaçlarının daha geniş bir toplumsal ve etik perspektiften ele alınmasının gerekliliği ortaya konmuştur. Bakım verenlerin bakımına yönelik öneriler, duygusal destek; teorik eğitim ve bilgilendirme desteği; pratik ve uygulamalı destek; kaynak erişimi ve tahsis; tanıma ve doğrulama başlıkları altında sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren; kanserle yaşayan bireyler; umutsuzluk; ihtimam etiği

^a Öğretim Görevlisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ orhan.onder@marmara.edu.tr ORCID: 0000-0001-9083-3564

^b Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ birsubarin3@gmail.com ORCID: 0009-0005-3819-4060

^c Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ boduraliemre3@gmail.com ORCID: 0009-0002-6336-8796

^d Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ berk712.95@gmail.com ORCID: 0009-0006-2068-1984

^e Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ bensuozen18@gmail.com ORCID: 0009-0000-2211-0479

^f Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ ceren-acun@hotmail.com ORCID: 0009-0007-5982-8370

^g Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ seyhanerginh@gmail.com ORCID: 0000-0001-8656-4613

Gönderim Tarihi: 14 Aralık 2023 • Kabul Tarihi: 21 Aralık 2023

Abstract

Aim: In the care of people living with cancer (PLWC), caregivers who are not officially visible and often do not have any professional equipment or training, but accompany the patient from the beginning to the end of the process, are of critical importance. Caregivers, who care for individuals struggling with cancer, a challenging disease, face various physical, mental, and social challenges. This research aims to highlight the challenges faced by caregivers of PLWCs and to offer suggestions for the care of caregivers from a care ethics perspective. **Material and Method:** This research is descriptive and cross-sectional, and the target population of the study consists of caregivers of PLWCs who applied to the chemotherapy unit and inpatient services between March 15th, 2023 and April 5th, 2023 at Marmara University Pendik Training and Research Hospital (MÜPEAH) Oncology clinic. To determine the levels of hopelessness of caregivers of PLWCs and to measure the factors affecting this, a survey consisting of sociodemographic questions, questions related to the stage of disease of the cared individual, and Beck Hopelessness Scale questions was distributed by hand. The survey consists of 8 sociodemographic questions for the caregiver, 7 questions related to the condition of the PLWC's disease, and 20 Beck Hopelessness Scale questions, totaling 35 questions and takes approximately 10 minutes to complete. The obtained data were first digitized through Microsoft Excel and then analyzed with IBM SPSS 27.0.1. In the analysis of the data, Chi-square, Fisher's Exact test, and Pearson Correlation analysis were used, and $p < 0.05$ is accepted as the statistical significance value. **Findings:** Of the 151 caregivers who participated in the survey, 83 (55.3%) are female and 67 (44.7%) are male. The average age of the participants is 40.09. 41.1% of caregivers scored "minimal or none" on the hopelessness scale, 39.7% "mild", 13.2% "medium", and 6% "extreme". No significant relationship was found between the demographic characteristics of caregivers of PLWCs and the level of hopelessness. While no significant relationship was found between the age, gender, marital status, income status, and caregiving duration of caregivers and hopelessness scores, a significant relationship was found between the level of education and hopelessness scores ($p=0.019$). **Conclusion:** It was concluded that caregivers carry significant psychological burdens and that this burden shows significant relationships between the sociodemographic information of the caregiver and the health status of the patient, and sociodemographic determinants significantly affect the caregivers. The emotional burdens of caregivers, their relationships with care receivers, and the challenges and responsibilities brought by this process at both individual and societal levels were discussed within the scope of care ethics. As a result of the research, it has been revealed that the challenges and needs faced by caregivers ought to be addressed from a broader societal and ethical perspective. Suggestions for the care of caregivers are presented under the categories of emotional support; theoretical training and information support; practical and applied support; resource access and allocation; recognition and validation.

Keywords: Care ethics; caregiver; people living with cancer; hopelessness

GİRİŞ

Kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar bireylerde ciddi psikolojik sorunlara sebep olmakta, bireylerin yaşam kalitesini ve sosyal ilişkilerini kötü etkilemektedir (1). Günümüzde kanser prevelansının artması, tedavi yöntemlerinin gelişmesi nedeniyle kanserle yaşayan bireylerin (KYB) yaşam sürelerinin artması ve bu bireylerin hastanelerden evde bakıma yönlendirilmesi gibi durumlar bakım verenler üzerindeki bakım yükünü artırmıştır (2).

Bakım veren; bakım alan kişinin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik gereksinimleri olan işleri yaparken önemli ölçüde zaman ve enerji sarf eden, genellikle karşılık beklemeden ve ev ortamında bakım sağlayan kişiler (eş, anne-baba, komşu gibi) olarak ifade edilir (3).

Kanser, hastanın durumunun hızla kötüleşmesine ve bakım verenlerin zorlanmasına yol açabilir. KYB'lere bakım verenler, zamanının büyük bir kısmını buna ayırır, kısa süre içinde yoğun bakım gerçekleştirir (3). Bakım verenlerin, bakım alanların sağlığı için üstlendikleri kritik rolün yanı sıra bu bakım yükü kendi sağlıklarını da etkilemektedir. Bakım verenler sıklıkla anksiyete, depresyon, bakım yükü ile karşı karşıya kalmaktadır ve bu sıkıntılar hastanın durumuna göre artıp azalma eğilimi göstermektedir (2).

KYB'lerin aile bireylerine ve çevrelerine karşı davranışlarındaki değişiklikler, aile bireylerinin uzun tedavilerden dolayı günlük yaşam düzenlerinin bozulması, hastanın geleceği ile ilgili karamsar düşünceler; kanserin, hastaya olduğu kadar hastanın çevresindeki kişiler üzerindeki psikososyal etkisini göstermektedir (4). Kore'de yapılan bir araştırmada KYB'lere bakım veren aile bireylerinin %67'sinde yüksek, %35'inde çok yüksek depresyon skorları görülmüştür (5). Kanada'da yapılan bir araştırmada ise kanserin son aşamasına yaklaşan bireylere bakım veren yakınlarının hem bakım yüklerinde hem de depresyon düzeylerinde önemli bir artış görülmüştür (6).

KYB'lere bakım verenler, bakım yükü ve stres sebebiyle bir takım sağlık sorunları yaşamaktadır (3). Bakım verenlerin KYB'lerin bakımında oynadıkları eşsiz rol düşünüldüğünde Ulusal Kanserden Kurtulma Koalisyonu "kanserden kurtulanlar (cancer survivors)" tanımını şöyle revize etmiştir: "Bir birey, teşhis anından itibaren, yaşamının dengesi boyunca kanserden kurtulmuş olarak kabul edilir. Aile üyeleri, arkadaşlar ve bakıcılar da hayatta kalma deneyiminden etkilenir ve bu nedenle bu tanıma dahil edilir" (7).

Bakım verenler ve bakım alan kişiler arasındaki ilişkiyi ve daha geniş anlamda bakım emeğini anlamaya yönelik en aydınlatıcı yaklaşımlardan biri, 'İhtimam Etiği'¹ kapsamında sunulmuştur. 20. yüzyılın sonlarında Carol Gilligan ve Nel Noddings gibi feminist akademisyenlerin çalışmalarıyla şekillenen bu etik kuram, ahlaki muhakemede kişisel ve birbirine bağlı ilişkilerin önemini ön plana çıkarır (8,9). Geleneksel etik teoriler genellikle özerkliğe, haklara ve adalete öncelik verirken, İhtimam Etiği temel bir sosyal değer olarak ihtimamın önemini vurgular (10). Özünde bu bakış açısı, ahlaki eylemlerin başkalarına karşı sorumluluk ve dikkat duygularından kaynaklanması gerektiğini savunur (11). Bakım verme bağlamında bu, karşılıklı saygı, anlayış ve duyarlılığa vurgu yaparak hem bakım alana hem de bakım verene ihtimam gösterilmesi anlamına gelir.

Tedavisi mümkün olmayan, ilerleyici bir hastalığın seyrinde hastalar ve onlara bakım veren yakınları, bakım planlamasını ve yaşam kalitesini etkileyen birçok zor karar almak durumunda kalırlar (12). Bakım veren aile yakınları genellikle hastanın değerlerini en iyi bildiğinden ve onun çıkarlarını en iyi şekilde karşıladığından, sıklıkla tıbbi karar alma süreçlerine katılırlar (13–15).

İhtimam etiğinin, "sorumluluk alacağımız belirli kişilerin ihtiyaçlarına katılmak ve bu ihtiyaçları karşılama"nın "zorlayıcı" ahlaki önemi ile başladığı düşünüldüğünde kanser ve ihtimam etiği arasındaki ilişkiler gözler önüne serilir (16). Literatürde KYB'lere bakım verenlerin bakımının ihtimam etiği perspektifinden incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın literatürdeki bu eksiği doldurması beklenmektedir.

Bu araştırmanın amacı, KYB'lere bakım verenlerin karşılaştıkları zorlukları gündeme getirmek, İhtimam Etiği'nin temel kavramlarını KYB'lere bakım verenlerin bakımı ile ilişkilendirilerek açıklamak ve son olarak bireysel ve toplumsal açıdan ve sivil toplum kuruluşları ya da resmi kurumlar tarafından KYB'lere bakım verenlerin bakımına yönelik öneriler sunmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırmada, KYB'lere bakım verenlerin umutsuzluk derecelerini tespit etmek ve bunu etkileyen faktörleri ölçmek için sosyodemografik sorular, bakım alan bireyin hastalık derecesine yönelik sorular ve Beck Umutsuzluk Ölçeği sorularından oluşan bir anket veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmanın etik açısından uygunluğu Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.02.2023 tarih ve 09.2022.1630 nolu kararı ile onaylanmıştır. Ayrıca Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) Başhekimliği'nden araştırma izni alınmıştır.

¹ Care ethics ifadesi Türkçe'de "ilgi etiği", "özen etiği", "alaka etiği", "bakım etiği", "ihtimam etiği" ifadeleriyle karşılanmıştır. İngilizcesinde care kelimesi ile ne kast edildiğine ve bu kuramın isminin ne olması gerektiğine yönelik tartışmalar halen devam etmektedir. Bu makalede bakım emeğinin kastedildiği ve bakım kelimesinin daha uygun olduğu düşünülen yerlerde bakım kullanılmış olsa da, care ethics ifadesinin karşılığı olarak ihtimam etiği ifadesi tercih edilmiştir.

Onkoloji kliniğinde takip edilen ve 15 Mart 2023 - 5 Nisan 2023 tarihleri arasında kemoterapi ünitesine ve servis hizmetlerine başvuran yaklaşık 350 (verilen tarih aralığında takip edilen hasta sayısı değişiklik gösterdiği için yaklaşık değer verilmiştir) KYB'nin bekleme alanlarında bulunan bakım verenlerine elden dağıtılmış ve %55'i kadın, %45'i erkek olmak üzere 151 kişiye ulaşılmıştır. Ankette kimlik bilgileri istenmemiştir ve gönüllülük esasına bağlı kalınmıştır.

Anket, KYB'lere bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, gelir-gider durumu, hastaya yakınlığı gibi sosyodemografik bilgileri ve yanı sıra bakım verdiği bireyin cinsiyeti, hastalığın evresi, metastaz durumu, tedavileri ve kendi yaşamlarını idame ettirme durumunu sorgulamaktadır. Anket, geçerlilik çalışması Durak ve Palabıyıkoglu tarafından yapılan ve iç tutarlılık katsayısının yeterli olduğu gösterilen (Cronbach alfa=0.86) Beck Umutsuzluk Ölçeği ile sonlanmaktadır (17). Ölçek, soruların her biri ayrı ayrı puanlanarak elde edilen toplama göre yorumlanmaktadır. 0-3 arası minimal, 4-8 arası hafif, 9-14 arası orta ve 15 üstü puanlama aşırı düzeyde umutsuzluk olarak değerlendirilmektedir. Anket soruları sosyodemografik özellikte 8, KYB'nin hastalığının durumu ile ilgili 7, Beck Umutsuzluk Ölçeği 20 olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Yaklaşık 10 dakikada tamamlanmaktadır. Elde edilen veriler önce Microsoft Excel aracılığıyla dijitalleştirilmiş, ardından IBM SPSS 27.0.1 sürümüyle analiz edilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde Ki-kare, Fisher's Exact testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmış, istatistiksel anlamlılık değeri için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcılar minimum 18, maksimum 80 yaşında olup ortalama yaş 40,09'dur. Yaş sınıflandırmasında Petry'nin (2002) sınıflandırması esas alınmıştır (18). Buna göre 18-35 yaş arası genç yetişkin, 36-55 yaş arası orta yaşlı, 55 yaş üstü ise yaşlı olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi ise %78,1 ile lise üstü, %21,2 ile lise altı çıkmıştır (Tablo 1).

Tablo1. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
Çocuk (0-17)	0	0%
Genç Yetişkin (18-35)	51	33,8%
Orta Yaşlı (36-55)	64	42,4%
Yaşlı (55+)	14	9,2%
Cevapsız	22	14,6%
Cinsiyet		
Kadın	83	55,3%
Erkek	67	44,7%
Cevapsız	1	0%
Medeni Durum		
Evli	100	66,2%
Bekâr	50	33,1%
Cevapsız	1	0,7%
Çocuk Sayısı		
Yok	50	33,1%
1-2 Çocuk	71	47%
3 ve Üzeri	25	16,6%
Cevapsız	5	3,3%
Eğitim		
Lise altı	32	21,2%
Lise mezunu ve üzeri	118	78,1%
Cevapsız	1	0,7%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	75	49,7
Çalışmıyor	76	50,3
Cevapsız	0	0%
Gelir-Gider Durumu		
Gelirim giderimden az	31	20,5%
Gelirim giderime eşit	81	53,7%
Gelirim giderimden fazla	36	23,8%
Cevapsız	3	2%
Toplam	151	100

KYB'lere bakım verenlerin, bakım verme sürelerine bakıldığında, %47,7'sinin 0-6 ay süreyle, %33,1'inin 14 ay ve üzeri süreyle, %15,2'sinin ise 7-13 ay süreyle bakım verdiği görülmektedir (Tablo 2). Bakım verenlere sorulan "KYB'ye bakım verme konusunda size yardımcı birisi var mı?" sorusuna verilen cevapların %63,6'sı "evet", %36,4'ü "hayır" olmuştur. Bakım verenlerin %58,9'u bakım verdikleri hasta ile birlikte yaşamaktayken %40,4'i birlikte yaşamamaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım Verenlerin Bakım Süreci ile İlgili Bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
KYB ile Birlikte Yaşama Durumu		
Beraber Yaşıyorum	89	58,9%
Ayrı Yaşıyorum	61	40,4%
Cevapsız	1	0,7%
Bakım Verme Süresi		
0-6 Ay	72	47,7%
7-13 Ay	23	15,2%
14 Ay ve Üzeri	50	33,1%
Cevapsız	6	4%
Ek Yardım		
Bakım verirken yardım alıyorum.	96	63,6%
Hasta bakımını tek başıma üstleniyorum.	55	36,4%
Cevapsız	0	0%
Toplam	151	100

Katılımcıların bakım verdiği KYB'ler hakkında edinilen bilgilere göre; KYB'ler minimum 5 maksimum 85 yaşında olup ortalama yaş 60,3'tür. KYB'lerin %50,3'ü kadın, %47,7'si erkek olup %2'lik kısmından ise bilgi alınamamıştır.

KYB'lere bakım veren yakınlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışıp çalışmama durumu, gelir gider durumu, hastaya olan yakınlığı, bakım verdiği hastayla birlikte yaşayıp yaşamaması, bakım verme süresi, bakım vermede kendisine yardımcı birisinin olup olmaması; hastanın cinsiyeti, kanserin türü, kaçınıcı evrede olduğu, metastaz olup olmaması, hastanın günlük yaşamını idame ettirebilme durumu ile bakım veren kişinin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlere yapılan Beck Umutsuzluk Ölçeği sonucuna göre bakım verenlerin %41'inde umutsuzluk düzeyi "minimal ya da yok", %40'ında "hafif düzeyde", %13'ünde "orta düzeyde", %6'sında ise "aşırı düzeyde" çıkmıştır. Bakım verenlerin yaşı ile umutsuzluk düzeyleri arasında zayıf düzeyde pozitif ($r=0,105$) bir korelasyon olup anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,238$). KYB'nin yaşı ile bakım verenin umutsuzluk düzeyi arasında zayıf düzeyde pozitif ($r=0,001$) bir korelasyon olup anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,987$). Beck Depresyon Ölçeği skorları ile sırasıyla bakım verenin cinsiyeti, gelir durumu, medeni durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 3'te görüldüğü üzere bakım verenlerin eğitim düzeyi ile umutsuzluk skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, eğitim seviyesi arttıkça umutsuzluğun azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3. Eğitim Seviyesine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği Skorları

	Lise Altı		Lise Üstü		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Minimal Düzeyde Umutsuzluk ya da Umutsuzluk Yok	9	6%	53	35,3%	62	41,3%
Hafif Düzeyde Umutsuzluk	13	8,7%	47	31,3%	60	40%
Orta Düzeyde Umutsuzluk	9	6%	10	6,7%	19	12,7%
Aşırı Düzeyde Umutsuzluk	1	0,7%	8	5,3%	9	6%
Toplam	32	21,3%	118	78,7%	150	100%

Not: Chi-square = 9.9553 p=0,019

TARTIŞMA

Kanser; KYB'leri ve bakım verenleri bilişsel, duygusal, manevi ve sosyal açıdan etkilemekte ve hem hastalık hem de tedavi süreci, KYB'nin ve bakım verenin günlük yaşantısında, benlik algısında, aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerinde, cinsel hayatında ve maddi durumunda değişiklikler yaratmaktadır (19,20). Bu çalışmada sadece KYB'lere bakım verenlerin umutsuzlukları araştırılmış olsa da literatürde bakım verenlerin karşılaştığı depresyon ve anksiyete gibi diğer psikolojik zorlukları inceleyen araştırmalar tartışmaya dâhil edilmiş ve bunların; yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim seviyesi ve bakım verme süresi ile ilişkisi bakımından literatürdeki bulgular ve araştırmamızın bulguları karşılaştırılarak incelenmiştir.

Yaş

Literatür taramasında ulaşılan makalelerde, KYB'ye bakım verenin yaşının umutsuzluk, depresyon ve anksiyete skorlarıyla ilişkisi araştırılmıştır. Grov ve ark. bakım verenlerin yaşı ile anksiyete (HADS-A) ve depresyon (HADS-D) skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (21). Rhee ve ark. ise bakım verenlerin yaşı ile depresyon skorunu karşılaştırırken başka bir depresyon ölçeği (BDI) kullanmış ve tıpkı Grov ve ark. gibi her iki faktörün arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmiştir (5,21). Aynı şekilde Mystakidou ve ark. bakım verenlerin yaşı ile umutsuzluk skoru (BHS) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (2). Bu sonuçlar bizim de sonuçlarımızla paralellik gösterirken, Han ve ark. bizim sonuçlarımızın aksine bakım verenin yaşı ile umutsuzluk (BHS) ve depresyon (CES-D) skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Han ve ark. bulgularına göre bakım verenin yaşı arttıkça depresyon skoru da artmaktadır (22).

Cinsiyet

Mystakidou ve ark. çalışmasında bakım verenin cinsiyeti ile umutsuzluk (BHS) ve depresyon (BDI) skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak hastanın cinsiyeti ile bakım vereninin umutsuzluk (BHS) ve depresyon (BDI) skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (2). Bu sonuca göre hastanın erkek olması kadın olmasına oranla bakım verenin depresyon skorunu anlamlı ölçüde artırmaktadır. Bu sonucun aksine Han ve ark. bakım verenlerin depresyon skoruyla (CES-D) hastanın veya bakım verenin cinsiyeti arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (22). Nipp ve ark. ise bakım verenin kadın olmasının erkek olmasına oranla anksiyete skorunu (HADS-A) anlamlı ölçüde artırdığını göstermiştir (23). Bizim çalışmamızda, KBY'nin cinsiyeti ya da bakım verenin cinsiyeti ile umutsuzluk (BHS) skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Medeni durum

Shim ve ark. bakım verenin medeni durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir (24). Aynı şekilde Vrettos ve ark. bakım verenin medeni durumu ve depresyon skoru (EQ-5D) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (25). Bizim çalışmamızda da umutsuzluk (BHS) skoru ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmezken, bu çalışmaların aksine Nipp ve ark. çalışmasında bakım verenin hastanın eşi olduğu zaman anksiyete (HADS-A) skorunun anlamlı ölçüde arttığı gösterilmiştir (23).

Gelir durumu

Shim ve ark. bakım verenin gelir durumuyla bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (24). Aynı şekilde Papastavrou ve ark. bakım verenin gelir durumu ile depresyon skoru (CES-D) veya bakım verme yükü (The Caregiver's Burden Scale) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir (26).

Bu bulguların aksine Rhee ve ark. bakım verenin gelirinin azalması durumunda depresyon skorunun (BDI) arttığını göstermiştir (5). İlginç şekilde Gorji ve ark bakım verenlerin gelir seviyesinin artması hâlinde depresyon skorlarının (BDI) da artacağını ifade etmiştir (27). Bizim çalışmamızda ise bakım verenin gelir durumu ile umutsuzluk skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Eğitim seviyesi

Mystakidou ve ark. bakım verenin eğitim seviyesi ile depresyon (BDI) ve umutsuzluk skorları (BHS) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (2). Aynı şekilde Rhee ve ark. bakım verenin eğitim seviyesi ile depresyon skoru (BDI) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ifade etmiştir (5). Bu sonuçların aksine Vrettos ve ark. bakım verenin eğitim seviyesi ile depresyon skoru (EQ-5D) arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (25). Benzer şekilde Han ve ark, Papastavrou ve ark ve Gorji ve ark. yaptıkları araştırmalarda bakım verenin eğitim seviyesi ile depresyon skoru (sırasıyla CES-D, CES-D ve BDI) arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Han ve ark. ve Papastavrou ve ark. bulgularından farklı olarak Gorji ve ark. eğitim seviyesinin artması hâlinde depresyon skorunun da arttığını belirtmiştir (22,26,27). Bizim çalışmamızda da umutsuzluk (BHS) skoru ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup, eğitim seviyesi arttıkça umutsuzluğun azaldığı saptanmıştır (Tablo 3).

Bakım verme süresi

Hastalığın teşhisi üzerinden geçen zamana göre değerlendirildiğinde Rhee ve ark. bakım verenlerin depresyon skorlarının (BDI) hastalığın teşhisi üzerinden geçen zamanla doğru oranda arttığını belirtmiştir (5). Bu sonucun aksine Han ve ark. teşhis üzerinden geçen zaman ile bakım verenin depresyon skoru (CES-D) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (22). Bizim çalışmamızda da bakım verme süresi ile umutsuzluk skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

İhtimam Etiği Kavramları ve KYB'lere Bakım Verenlerin Bakımı

İlişkisel Yaklaşım: Gilligan, bireylerin ahlaki kararlarını, kendi bağlamında ve ilişkisel bir perspektiften değerlendirdiğini belirtir. KYB'lere bakım verenlerin bakımında da bu ilişkisel yaklaşımın önemli olduğunu söyleyebiliriz. Bakım verenler, hastalarıyla kurdukları derin ilişki içerisinde kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını da dengelemeye çalışırlar (28). Bu yaklaşım, bakım verenlerin de bu süreçte desteklenmesi gerektiğini ve onların da birer ilişkisel varlık olduğunu hatırlatır.

Empati ve Anlama: İhtimam etiğinin bir empati etiği olup olmadığı tartışmaları devam etse de, muhatabın duygularını, ihtiyaçlarını ve deneyimlerini anlamaya çalışma ihtimam etiği açısından önemlidir (29). KYB'lere bakım verenlerin, hastanın yaşadığı zorlukları ve duygusal sıkıntıları tam anlamıyla anlamaları, bu perspektiften bakıldığında kritik bir öneme sahiptir. Öte yandan, KYB'lere bakım verenlerin karşılaştığı zorlukları anlamak onların bakımına ve dolayısıyla da KYB'lerin bakımına olumlu bir etki oluşturacaktır.

Bakımın Önceliği: Gilligan'ın teorisine göre, ahlaki karar verme sürecinde bireylerin öncelikli olarak bakım ve sorumluluk duygularına başvurduğunu söyleyebiliriz. Bu, KYB'lere bakım verenlerin, hastalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarına önceleyebileceği anlamına gelir ancak bakım verenlerin de bakıma ihtiyacı vardır. Onların maddi ve manevi destek ihtiyacı bakım sürecinin kalitesini doğrudan etkiler.

Savunmasızlık ve Bağımlılık: Kittay, her bireyin hayatının bir döneminde savunmasız olduğunu ve bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtir (30,31). Bakım verenler, KYB'lerin bu savunmasızlığını anlamalı ve hastalarının bu dönemlerinde onlara destek olmalıdır. Bu, KYB'ler için olduğu kadar bakım verenler için de geçerlidir. Aynı şekilde, bakım verenlerin savunmasız ve bağımlı hissettiği durumlarda da onlara destek olunmalıdır.

İlişkisel Otonomi: Kittay, bireylerin bağımsızlık ve otonomilerinin tamamen bireysel olmadığına, aksine sosyal ve ilişkisel olduğuna vurgu yapar (32). Bu, KYB'lere bakım verenlerin, hastalarının bağımsızlık ihtiyaçlarını anlamaları ve desteklemeleri gerektiği anlamına gelir.

Bakımın Adaleti: Kittay, bakımın adil bir şekilde dağıtılmasının önemine dikkat çeker (33). Bakım verenlerin bakımına yönelik sunulan hizmetler, adil bir şekilde dağıtılmalıdır.

İlişkisel Özne: Held için bireyler izole varlıklar değil, ilişkiler içinde şekillenen varlıklardır. Bu, KYB'lere bakım verenlerin, hastalarını izole edilmiş bireyler olarak değil, aileleri, arkadaşları ve toplumlarıyla ilişkileri olan bireyler olarak görmeleri gerektiğini vurgular. Aynı şekilde, bakım verenler de izole değil ilişkiler içinde var olan bireylerdir.

Son olarak Tronto'nun başlangıçta dört aşama olarak tanıttığı (34) ve sonradan "birlikte bakım"ın eklenmesiyle, bakımın beş aşaması olarak bilinen kavramları (35) açısından KYB'lere bakım verenleri değerlendirecek olursak:

- **İlgilenme (Caring about):** Bu, birinin bakım gereksinimi olduğunu fark etme ve bu ihtiyaca cevap verme aşamasıdır. KYB'lere bakım verenlerin fiziksel ve duygusal ihtiyaçları tanımlanmalı ve bu ihtiyaçlara karşılık verilmelidir.
- **Bakım Üstlenme (Taking care of):** Bu aşama, ilgilenmenin bir sonraki adımıdır ve bakımın pratik yönlerini ele alır. Bu aşamada bakım verenlerin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken sorumluluklar üstlenmelidir.
- **Bakım Verme (Care-giving):** Bu, bakımın doğrudan verilmesi aşamasıdır. KYB'lere bakım verenlere fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve maddi destek sağlamalıdır.
- **Bakım Alma (Care-receiving):** Bakımın alındığı aşamadır. Tronto, bakımın etkili olup olmadığını değerlendirmenin önemli olduğunu vurgular. Bakım verenlerden, geri bildirim alınmalı ve bakım süreçleri bu geri bildirimlere göre ayarlanmalıdır.
- **Birlikte Bakım (Caring with):** Bu aşama, bakımın toplumsal ve politik bağlamda ele alınmasını vurgular. Bakım, bireyler arasında yalnızca kişisel bir ilişki olarak değil, aynı zamanda topluluklar ve toplumlar arasında bir ilişki olarak da görülmelidir. Bakımın adil bir şekilde dağıtılmasını ve tüm bireylerin bakım süreçlerine katılımını teşvik etmek esastır.

MÜPEAH'ta yürütülen çalışmanın ve tartışma bölümünde dahil edilen araştırmaların bulguları ile ihtimam etiğinin kavramları birlikte düşünülerek KYB'lere bakım verenlerin bakımına yönelik öneriler, duygusal destek; teorik eğitim ve bilgilendirme desteği; pratik ve uygulamalı destek; kaynak erişimi ve tahsisi; tanıma ve doğrulama başlıkları altında sunulmuştur.

Öneriler

Duygusal destek:

Özel Destek Grupları: Sosyal kuruluşlar ve STK'ler, ihtimam etiğine dayanan, bakım verenlerin deneyimlerini paylaştığı ve duygusal teselli aradığı destek grupları oluşturabilir.

Ruh Sağlığı Hizmetleri: Sağlık kurumları, rollerinin duygusal ağırlığının farkında olarak, bakım verenler için özel olarak hazırlanmış danışmanlık ve diğer ruh sağlığı hizmetleri sağlamalıdır.

Arkadaşlar ve Akrabalardan Düzenli Ziyaretler: Tronto'nun "ilgilenme" aşamasıyla örtüşen, bakım verenlerin kabul edildiğini ve önemsendiğini hissetmelerini sağlamak için basit bir telefon görüşmesi veya ziyaret düzenlenmelidir.

Teorik eğitim ve bilgilendirme desteği:

Çalıştaylar: STK'ler, bakım verenlere KYB'lerin bakımı hakkında bilgi veren, alışılmadık tıbbi görevlerle ilgili endişeleri ele alan oturumlar sağlayabilir.

Bütünleşik Bakım Planları: Sağlık kurumları, Noddings'in ilişkisel yaklaşımından esinlenerek, bir hastanın tedavi planını tasarlarırken, bakım verenler için uyarlanmış kılavuzlar ve kaynaklar sunmalıdır.

Temel Tıp Eğitimi: Bakım verenler için temel tıbbi beceri eğitimi sunan sağlık kurumları, onları rollerinde güçlendirebilir.

Pratik ve uygulamalı destek:

Geçici Bakım Hizmetleri: STK'ler veya sosyal kuruluşlar tarafından sunulan bu geçici bakım hizmetleri, Kittay'ın bakım emeğinin zorlu doğasına yaptığı vurguyu yansıtarak, birincil bakım verenlerin ara ara mola vermesi sağlanabilir.

Sorumluluk Paylaşımı: Arkadaşlar ve aile, bakım görevlerinin dağıtılmasına yardımcı olarak, Held'in ortak bakım yaklaşımının bir uygulamasını, birincil bakım verenin dinlenebilmesini ve dinleşebilmesini sağlayarak sunabilir.

Kaynak erişimi ve tahsisi:

Kaynak Merkezleri: Hem sağlık kurumları hem de STK'ler, tıbbi cihazlardan, bakım verme konusundaki literatüre kadar temel kaynaklara erişim sağlayan merkezler veya dijital platformlar kurabilir.

Mali Yardım: STK'ler, bakımın temel ihtiyaçları için mali destek veya ödenekler sunarak, genellikle uzun süreli bakım hizmetiyle ilişkilendirilen ekonomik baskıyı azaltabilir.

Tanıma ve tasdikleme:

Arkadaşlar ve Akrabalar Tarafından Takdir ve Teşekkür: Bakım verenlerin üstlendiği sevgi emeğinin farkına varmak son derece olumlu olabilir ve bu, rollerini doğrulamanın basit ama etkili bir yoludur.

Ödüller ve Takdirler: Sosyal kuruluşlar, bakım verenler için bir yarışma olarak değil, katkılarının daha geniş bir toplumsal kabulü olarak yıllık takdirler veya ödüller oluşturabilir.

SONUÇ

Bu araştırma, bakım verenlerin önemli psikolojik yükler taşıdığını ve bu yüklerin, bakım verenin sosyodemografik bilgileri ile hastanın sağlık durumu arasında belirgin ilişkiler gösterdiğini MÜPEAH'ta yürütülen çalışmada ve literatür taramasında elde edilen bulgular neticesinde etraflıca ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, İhtimam Etiği'nin temel kavramları ile KYB'lere bakım verenlerin bakımı ilişkilendirilmiş, bu kapsamda bakım verenlerin duygusal yükleri, bakım alıcılarla olan ilişkileri ve bu sürecin hem bireysel hem toplumsal düzeyde getirdiği zorluklar ve sorumluluklar ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

Son olarak, kanserli bireylere bakım verenlerin karşılaştığı zorlukları hafifletmek ve onlara daha etkili destek sağlamak için uygulanabilecek öneriler sunulmuştur. Bu öneriler, sivil toplum kuruluşları ve resmi kurumların, bu konuda daha etkin bir rol alarak bakım verenlerin ihtiyaçlarına cevap vermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Araştırma, bakım verenlerin karşılaştığı zorlukların ve ihtiyaçlarının daha geniş bir toplumsal ve etik perspektiften ele alınması gerektiğini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler.
2. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer Nurs.* 2007;30(5):412-8.
3. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WYS, Shelburne N, vd. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer.* 01 Temmuz 2016;122(13):1987-95.
4. Atan G, Özer Z, Turan GB. Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi. *J Contemp Med.* 25 Haziran 2020;10(2):266-74.
5. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, vd. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 Aralık 2008;26(36):5890-5.
6. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, vd. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ Can Med Assoc J.* 08 Haziran 2004;170(12):1795-801.
7. The NCCS Definition of a "Cancer Survivor" [Internet]. NCCS - National Coalition for Cancer Survivorship. 2014 [a.yer 31 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://canceradvocacy.org/defining-cancer-survivorship/>
8. Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2016. 216 s.
9. Noddings N. Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education [Internet]. 1984 [a.yer 31 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://philpapers.org/rec/NODCAF>
10. Çekem K. Etik İle Politikanın Kesişiminde "İhtimam". *Humanit - Uluslar Sos Bilim Derg.* 15 Ekim 2020;8(16):66-86.
11. Held V. The Ethics of Care: Personal, Political, and Global. Oxford, New York: Oxford University Press; 2005. 220 s.
12. Ullrich A, Theochari M, Bergelt C, Marx G, Woellert K, Bokemeyer C, vd. Ethical challenges in family caregivers of patients with advanced cancer – a qualitative study. *BMC Palliat Care.* 18 Mayıs 2020;19(1):70.
13. Bakitas M, Kryworuchko J, Matlock DD, Volandes AE. Palliative medicine and decision science: the critical need for a shared agenda to foster informed patient choice in serious illness. *J Palliat Med.* Ekim 2011;14(10):1109-16.
14. Mitnick S, Leffler C, Hood VL, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *J Gen Intern Med.* Mart 2010;25(3):255-60.
15. Laisaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WWT, vd. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns.* Nisan 2013;91(1):3-13.
16. Friedman M. Care Ethics and Moral Theory: Review Essay of Virginia Held, "The Ethics of Care". Held V, editör. *Philos Phenomenol Res.* 2008;77(2):539-55.
17. Durak A, Palabiyikoğlu R. BECK Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması*. *Kriz Derg.* 01 Haziran 1994;2(2):311-9.
18. Petry NM. A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist.* 2002;42(1):92-9.
19. Yılmaz M, Yazgi ZG. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 31 Ocak 2020;4(1):60-70.
20. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi., *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 01 Ağustos 2014;28(2):85-92.
21. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* Temmuz 2005;16(7):1185-91.
22. Han Y, Yuan J, Luo Z, Zhao J, Wu J, Liu R, vd. Determinants of hopelessness and depression among Chinese hospitalized esophageal cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology.* Kasım 2013;22(11):2529-36.
23. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Gallagher ER, Stagl JM, Park ER, vd. Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* Ağustos 2016;27(8):1607-12.
24. Kong SV, Guan NC. Burden in Family Caregivers of Cancer Patients: The Association with Depression, Religiosity and Religious Coping. *Asian Pac J Cancer Care.* 24 Ağustos 2019;4(4):171-82.
25. Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, Pappa E, Georgiadou E, Haritos D, vd. Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *ScientificWorldJournal.* 2012;2012:135283.
26. Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* Nisan 2009;13(2):128-36.
27. Heidari Gorji MA, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Res Notes.* 20 Haziran 2012;5:310.
28. Gary M. Relational approaches in bioethics: A guide to their differences. *Bioethics.* 2023;37(8):733-40.

29. Care ethics: An ethics of empathy? - Jolanda van Dijke, Inge van Nistelrooij, Pien Bos, Joachim Duyndam, 2019 [İnternet]. [a.yer 28 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733018761172>
30. Dodds S. Dependence, Care, and Vulnerability. İçinde: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S, editörler. Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy [İnternet]. Oxford University Press; 2013 [a.yer 28 Ekim 2023]. s. 0. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199316649.003.0008>
31. Kittay EF. Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency. New York: Routledge; 2013. 256 s.
32. Anderson E, Willett C, Meyers D. Feminist Perspectives on the Self. 28 Haziran 1999 [a.yer 28 Ekim 2023]; Erişim adresi: <https://plato.stanford.edu/ENTRIES/feminism-self/>
33. Kittay EF. When Caring Is Just and Justice Is Caring: Justice and Mental Retardation. Public Cult. 2001;13(3):557-79.
34. Tronto JC. An Ethic of Care. Gener J Am Soc Aging. 1998;22(3):15-20.
35. Tronto JC. Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. 3/13/13 edition. New York: NYU Press; 2013. 256 s.

Bir Cerrahi Kliniğin, Klinik Eğitim ve Sağlık Bakım Deneyimlerini Metaforlar Üzerinden Anlamak

Understanding Clinical Education and Health Care Experiences In A Surgical Clinic Through Metaphors

Merve SARAÇOĞLU^a, Sinem YILDIZ İNANICI^b, Mehmet Ali GÜLPINAR^c

Özet

Giriş: Klinik deneyimler kendi kurumsal, yerel ve toplumsal bağlamları içinde yaşanır ve anlam kazanırlar. Öğrenenler ve sağlık çalışanları bu deneyimlere ilişkin anlatılar üzerinden kendi profesyonel kimliklerini inşa ederler. Anlatılar, metafor kullanımıyla daha zengin, derin ve çok katmanlı bir nitelik kazanırlar. Bu nedenle sağlık alanında anlatsallık, son dönemde, farklı bir sağlık bakım, eğitim ve etik yaklaşım olarak önem kazanmıştır.

Amaç: Bir cerrahi ekibin, anlatılarında kullandıkları metaforlar üzerinden yaşadıkları klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerini bağlamlarıyla birlikte derinlemesine anlamaktır. **Yöntem:** Etnografik yöntemle tasarlanan anlatı desenli nitel bir araştırmadır. Çalışma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniğinde yapılmıştır. Katılımcı grubunu klinikte çalışan öğretim üyeleri, asistanlar, hemşireler ve intörlüler oluşturmuştur.

Cerrahi kliniğindeki deneyimlere altı ay boyunca katılımcı gözlemci olarak eşlik edilmiş ve nitel veriler katılımcı gözlem notları ve derinlemesine görüşmelerden elde edilmiştir. Veriler, üç araştırmacı tarafından "Çoklu/katmanlı bağlamsal okuma ve analiz çerçevesi" kullanılarak analiz edilmiştir. Bu çalışmada, üç katmanlı okumadan birine, metaforlar üzerinden gerçekleştirilen okuma/analiz bulgularına yer verilmiştir. **Bulgular:** Analizler sonucunda "cerrahi alan, habitus ve söylem", "klinik ortam, iklim ve kültür" ve "yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür" olmak üzere üç bağlam ortaya çıkmıştır. İlk bağlamlar altında, "Hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın, davranış, söylem" ve "Klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme"; ikinci bağlamda "Klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları", "Klinik eğitim ortamı" ve "Kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler"; üçüncü bağlamda ise "Cerrahi kliniğe ilişkin algular" ve "Hasta, hasta yakını: algular, yerel, toplumsal davranışlar" olmak üzere toplam yedi tema belirlenmiştir. Bu temalara ilişkin anlatılarda "aile", "baba şefkati", "köy ağası", "askeri hiyerarşi", "çizgiyi aşmama", "araba tamir etme", "baş döndürücü yoğunluk", "bayatını bırakma/götürme", "robotlaşma", okyanusta yüzmeyi öğrenme/boğulma" gibi çok sayıda metaforun yaşanan deneyimlere zenginlik ve derinlik kattığı görülmüştür.

Sonuç: Sağlık bakım ve eğitim süreçlerinde genel olarak anlatıları, daha özelden metaforik anlatıları odağa almak, bu süreçleri duygusal, değersel ve anlamsal boyutlarıyla derinlikli olarak anlamak açısından önemlidir. Bu çerçevede anlatsallık, sağlık bakımı, eğitimi ve etik alanlarına farklı bir yaklaşım ve perspektif sunabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Nitel araştırma; etnografi; anlatsallık; bağlamsal tema analizi; profesyonellik.

Abstract

Introduction: Clinical experiences are lived and gain meaning within their institutional, local, and social contexts. Learners and health professionals construct their professional identities through the narratives of these experiences. Narratives gain a richer, deeper, and multi-layered quality through the use of metaphor. For this reason, narrativity in the field of health has recently gained importance as a different health care, education, and ethical approach.

^a Doktora Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ mervesaracoglu1822@gmail.com ORCID: 0000-0002-2518-6230

^b Doçent Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ sinemyildiz@marmara.edu.tr ORCID: 0000-0001-8488-3231

^c Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ mgulpinar@marmara.edu.tr ORCID: 0000-0003-1765-3529

Gönderim Tarihi: 28 Kasım 2023 • Kabul Tarihi: 30 Aralık 2023

Aim: *This study aims to understand in depth the clinical education and health care processes experienced by a surgical team through the metaphors they use in their narratives, together with their contexts. **Method:** This study is qualitative research with a narrative design designed with an ethnographic method. The study was conducted in the surgical clinic of a university hospital in the Eastern Anatolia Region. The participant group consisted of faculty members, assistants, nurses, and interns working in the clinic. Experiences in the surgical clinic were accompanied as participant observers for 6 months and qualitative data were obtained from participant observation notes and in-depth interviews. The data were analyzed by three researchers using the "Multiple/layered contextual reading and analysis framework". In this study, the findings of one of the three-layered readings, the reading/analysis through metaphors, are presented. **Findings:** As a result of the analyses, three contexts emerged as "surgical field, habitus and discourse", "clinical environment, climate and culture" and "local, social and national environment, climate and culture". Under the first context, two themes emerged as "Perception of medicine/surgeon and dominant, behavior, discourse" and "Life in the clinic and learning to be a surgeon"; three themes emerged in the second context as "Clinical functioning, work style and results", "Clinical education environment" and "Emotional, social environment and relationships of the clinic"; and two themes emerged in the third context as "Perceptions of the surgical clinic" and "Patient, patient relatives: perceptions, local, social behaviors", and seven themes were identified in total. **Conclusion:** Focusing on narratives in general and metaphorical narratives in particular in health care and education processes is important for understanding these processes in depth with their emotional, value, and semantic dimensions. In this framework, narratology can offer a different approach and perspective to the fields of health care, education, and ethics.*

Keywords: *Qualitative research; ethnography; narrativity; contextual theme analysis; professionalism*

GİRİŞ

Bir sağlık çalışanının bireysel gelişim ve profesyonel kimlik gelişim süreçleri, kendi mesleki topluluğuna ve onun kültürüne, etik ve profesyonelliğe yönelik değerlerine dâhil olmak ve içselleştirmekle birlikte yürüyen süreçlerdir. Bu süreçte yaşanan klinik deneyimler kendine özgü karmaşık sosyokültürel bağlamlar içinde gerçekleşir. Bu bağlamlar kişilerin hem meslek içi hem de mesleklerarası yoğun bir şekilde etkileşime girdiği sosyalleşme alanlarıdır. Sosyo-kültürel öğrenme yaklaşımları, gelişimin belirli bağlam içerisinde düşünömsel deneyimler üzerinden gerçekleşen sosyo-kültürel etkileşimlerle oluştuğunu ve bu süreçte tüm paydaşların aktif birer katılımcı olarak kendilerini ve birbirlerini karşılıklı olarak dönüştürdüklerini vurgulamaktadır (1,2,3). Kliniğin sosyo-kültürel bağlamındaki bu etkileşimler, bireyin kendini gerçekleştirebilme kapasitesine ve mesleki gelişimine katkıda bulunduğu gibi bir sosyalleşme ortamı yaratarak, klinikte gözlem yoluyla normları, değerleri ve paylaşımları eleştirel bir şekilde okuma ve düşünüm becerisi kazanmasına imkân sağlar (3,4). Klinikte gerçekleşen sosyal etkileşimler, bunlar üzerinden bireyin kendi ile etkileşimi, yaşanan deneyimlere ilişkin anlatılar yoluyla anlamlar kazanır.

Anlatılar, yaşanan deneyimler üzerinden kişinin kendine ve başkalarına durumu temsil etmekte kullandığı anlamlandırma araçlarıdır. Gerçeklik ve kimlik/profesyonel kimlik anlatılar üzerinden yapılandırılır (5). Yaşam anlatılarıyla anlam kazanır. İnsanlar hikâyeler anlattıklarında, hikâyelerinde tasvir edilen deneyimleri yorumlar ve anlamlandırır. Deneyimleri anlatılar yoluyla yorumlama sürecinde, insanlar öznellik, duygusallık ve anlatisallığın mevcut çerçevelerini harekete geçirir. Anlatılar inşa edici bir süreç olarak sosyal ve bireysel boyutlarıyla sadece hayatı tasvir etmekle kalmaz, aynı zamanda düşünömsel bir süreçle şekillendirir ve anlam kazandırır (6).

Anlatısallık aynı zamanda, anlatısal etik, etiğe anlatısal yaklaşım, anlatısal boyut ve anlatısal anlayış kavramları üzerinden etiğe farklı bir yaklaşım ve yaşamın değersel, anlamsal ve duygusal boyutlarını öne alan bir kuram çerçevesi sunmaktadır. Soyut olanı, teoriyi öne alan felsefi ve bilimsel yaklaşımın yerine varoluşsal bir yaklaşımla deneyimi önceleyen anlatısal etikte, varoluşlarımızın, tekil deneyimlerimizin neliği ve niteliğini belirleyen değersel anlamlara ve ikilemlere odaklanılır. Bu yaklaşım, gerek birseysel ve toplumsal gerekse meslek yaşamından “anlam yitimi”nin söz konusu olduğu çağımızda özellikle önemlidir (7,8).

Anlatılar metaforlarla daha bir zenginlik kazanır. Metafor, bir deneyimin yaratıcı hayal gücü ile söylesel ve duygusal olarak dile getirilmesidir. Metaforlar doğası gereği kavramsaldır ve hem gündelik etkileşim dilinde hem de düşünsel eylemlerde yaygın olarak kullanılır. Belirli bir şiirsel/edebi forma sahiptir ve içerisinde derin anlam yoğunluğu, katmanları ve farklı açılımları barındırır. İnsana dair her şey bu metaforik yaratıcı gücün içerisinde gerçekleşir. Benzersiz, kendine özgü bir anlamı ifade etmek için güçlü bir araçtır. Dilde bir süsleme bir form olmanın ötesinde, insani durumların anlam inşasında ve zihinsel akıl yürütmede önemli bir unsurdur. Dolayısıyla anlatılar aracılığıyla öğrenme, profesyonel gelişim ve dönüşüm süreçlerinde bir anlam aracı olarak kullanılan metaforlar, bağlama gömülü olarak bulunur ve gündelik etkileşim ortamında sosyo-kültürel ve organizasyonel süreçleri anlamamıza yardımcı olur (9, 10).

Literatürde, metaforların, yaşanan deneyimlerin içerisinde bilgi ve anlam katmanlarını ortaya çıkardığı, öznel deneyimleri somut hale getirerek anlamayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir (10). Yine, kritik (zor) durumları somutlaştırarak daha anlaşılabilir ve yönetilebilir hale getirdiği, duygu yüklü deneyimlere anlam kattığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla sosyal ve kurumsal organizasyonların yapısını, deneyimlerini ve bu deneyimlerin içinde gerçekleştiği etkileşimsel bağlarını anlamak için metaforların güçlü bir araç olduğu belirtilmiştir (10,11,12).

Böyle bir çerçevede bu araştırmanın amacı; bir cerrahi ekibin anlatılarında kullandıkları metaforlar üzerinden yaşadıkları klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerini bağlamlarıyla birlikte derinlemesine anlamaktır. Bu doğrultuda araştırma problemleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Tıp ve uzmanlık öğrencileri de dahil ekip üyelerinin klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerine ilişkin anlatılarında kullandıkları metaforlar nelerdir?
2. Bu metaforları hangi bağlamlarda dile getirmişlerdir?
3. Bu metaforlar eğitim süreçleri dâhil yaşanan klinik deneyimlere ilişkin hangi durumlara, anlamlara, tutum ve davranış örüntülerine işaret etmektedir?

YÖNTEM

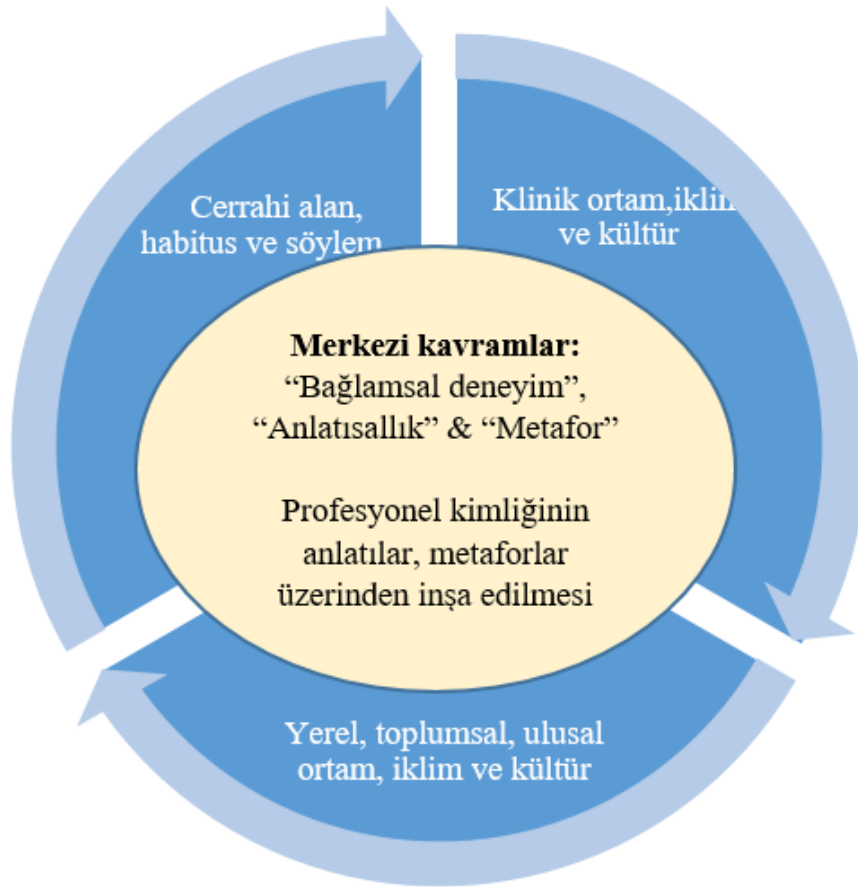
Bu çalışma anlatı deseninde etnografik yöntemle yapılmış nitel bir araştırmadır (13). Araştırma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir üniversite hastanesinin bir cerrahi kliniğinde yürütülmüştür. Katılımlı gözlemci olarak cerrahi kliniğinde altı ay klinik süreçlere eşlik edilmiştir. Katılımlı gözlem sürecinde ayaküstü kısa görüşmeler ve derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Gözlem notlarına ilişkin düşünömsel/anlatısal günlük tutulmuş, notlar hikâyeleştirilerek yazılmıştır. Katılımlı gözlem verileri cerrahi servis, poliklinik, ameliyathane, cerrahi yoğun bakım ve katılımcıların sosyal yaşam alanlarından elde edilmiştir. Bu çalışmanın nitel verileri, gözlem notlarına ilişkin düşünömsel/anlatısal günlük ve derinlemesine görüşmelerden oluşmaktadır. Araştırmanın katılımlı grubunu klinikte çalışan beş klinik eğitici, beş asistan, altı hemşire, 15 klinik dönem tıp öğrencisi (intörn) olmak üzere toplam 31 katılımlı oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına göre, ekipte yer alan ve çalışmaya katılmak isteyen herkes çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu araştırma ilk araştırmacının (MS) “Anlatıların Dili Üzerinden Kliniği ve Klinik Eğitimi Düşünmek: Anlatı Analizi” adlı Tıp Eğitimi doktora tezinin bir bileşenidir ve araştırma için etik kurul onayı araştırmanın yapıldığı kurumdan alınmıştır.

Verilerin Analizi:

Bu çalışmada nitel verilerin analiz çerçevesi üçüncü araştırmacı (MAG) tarafından geliştirilmiştir. Literatürlere dayalı olarak (13,14,15), bu çalışma sürecinde geliştirilen “Çoklu/katmanlı bağlamsal okuma ve analiz çerçevesi” üç aşamadan oluşmaktadır. Tanımlanan bu aşamalar dikkate alınarak nitel analiz şu şekilde yapılmıştır. Birinci aşamada iki araştırmacı (MS, SYİ) ilk okuma ve analiz için verileri öncelikle bağımsız bir şekilde analiz etmiş, anlatılarda ortaya çıkan metaforları, temaları ve anlatıların bağlamlarını belirlemişlerdir. Sonrasında iki araştırmacı bir araya gelerek bu çıktılar üzerinde ortaklaşmışlardır. İkinci aşamada, üç araştırmacı, ilk aşamada ortaya çıkan çıktılar üzerinden araştırmanın kavramsal/kuramsal çerçevesini ilk haliyle oluşturmuşlardır. Üçüncü aşamada, öncelikle, ileri analiz ve doğrulama için iki araştırmacı (MS, SYİ), oluşturulan kavramsal/kuramsal çerçeve üzerinden verilere tekrar dönerek hem kavramsal çerçeveyi hem de ilk analizde ortaya çıkan tema, alt tema ve bağlamları gözden geçirmiş ve olgunlaştırmışlardır. Daha sonra üç araştırmacı tarafından temalara ve araştırmanın kavramsal çerçevesine son şekli verilmiştir (Şekil 1).

BULGULAR

Şekil 1’de görüldüğü gibi anlatıların bağlamsal analizi ile üç ana bağlam ortaya çıktı. Bunlar, “cerrahi alan, habitus ve söylem”, “klinik ortam, iklim ve kültür” ile “yerel, toplumsal ulusal ortam, iklim ve kültür” idi.



Şekil 1. Araştırmanın kavramsal, kuramsal çerçevesi

Yine analizlerde ilk bağlam altında iki, ikincisinde üç ve üçüncüde iki ana tema belirlendi. Bu ana temalar, alt temaları, anlatılarda dile getirilen ilgili metaforlarla birlikte Tablo 1’de özetlendi.

Tablo 1. Bağlamlar, ana ve alt temalar ve ilgili metaforlar

Bağlam 1: Cerrahi alan, habitus ve söylem		
Ana tema 1:	Alt temalar	Metaforlar
Hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın, davranış, söylem	<ol style="list-style-type: none"><i>Bilgelik</i><i>Teknik bakış, tekniğe indirgeme</i><i>İktidar, hiyerarşi, iktidar dili</i>	Hekimlik “ <i>hikmetli olma durumu</i> ”, “ <i>efsunlu hal</i> ” “ <i>Bi perde arkasından bakmak gibi değil de bire bir patolojiyle temas etmek</i> ”, “ <i>perdeyi direkt ortadan kaldırmak</i> ” “ <i>Araba tamir etmek</i> ” “ <i>Bina yapmak gibi</i> ” (Asistan) “ <i>Sürekli bi yeri kopuyor bi yeri bozuluyor</i> ” “ <i>Bir şeyleri yapıştırıp bantlama çalışıyorsun sadece</i> ” “ <i>Cerrah biraz da vahşi olacak</i> ” (İntörn) “ <i>Küçük tepeleri ben yarattım havası</i> ” “ <i>Doktorlar, cerrahlar ve diğerleri</i> ” (Öğretim üyesi)
Ana tema 2: Klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme	<ol style="list-style-type: none"><i>Bireysel hayatın ortadan kalkması</i><i>Mecburiyetler</i><i>Motivasyon ve güç</i><i>Cerrahi/el beceri, hüneri</i>	“ <i>Bir nikah sözleşmesi gibi</i> ” “ <i>Aileyi geri plana atmak</i> ” “ <i>Hayatını götürüyor</i> ” “ <i>Hayatımı bıraktım</i> ” “ <i>Bir fedai gibi olma</i> ” (Asistan) “ <i>Ya bu deveyi güdersin</i> ” (Asistan) “ <i>Cerrahların bi mazoşist duygusu var</i> ” (Öğretim üyesi) Genel cerrahi “ <i>delilik</i> ”, “ <i>enerji</i> ” “ <i>Eli çok hızlı</i> ” “ <i>Sanki piyano çalıyormuş gibi</i> ” (Asistan)
Bağlam 2: Klinik ortam, iklim ve kültür		
Ana tema 1:	Alt temalar:	Metaforlar
Klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları	<ol style="list-style-type: none"><i>Hiyerarşik işleyiş</i><i>Klinik yoğunluk, hız ve mekanikleşme</i><i>Duygusal, insani olanın geride kalması</i>	“ <i>Askeriye gibi</i> ” “ <i>Askeri hiyerarşi</i> ” “ <i>Piramit düzeni</i> ” (İntörn) “ <i>Bitecek diyorum, beş yıl sonra hür general olacağız</i> ” (Asistan) “ <i>Ben kliniğin bir gemi olduğunu düşünüyorum, gemide “mürettebata da ihtiyaç var, kaptana da”</i> ” (Öğretim üyesi) “ <i>Kaotik bir servis</i> ” (Öğretim üyesi) “ <i>Cumhuriyet caddesi</i> ” “ <i>Makine gibi çalışıyoruz</i> ” “ <i>Motor gibi çalışmak zorundayız</i> ” (Hemşire) “ <i>Baş döndürücü bir yoğunluk</i> ” (Asistan) “ <i>Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır</i> ” (Asistan) “ <i>Yangından mal kaçırır gibi çalışıyoruz</i> ” (Öğretim üyesi) “ <i>Bi yerden sonra robotlaşıyorsunuz</i> ” “ <i>Robot gibi davranmadan yapamıyorsunuz</i> ” “ <i>Beyniniz sizden o kadar hızlı, önde gidiyor ki duyularınız geride, beynin hızına yetişemiyor</i> ” (Asistan) “ <i>İlk başta onu hallediyoruz ondan sonra insana dönüyoruz</i> ” (Hemşire) “ <i>Neşteri vururken yani böyle kağıdı kesmiş gibi</i> ” (İntörn)
Ana tema 2: Klinik eğitim ortamı	<ol style="list-style-type: none"><i>Asistan algısı, kimliği, rolü</i><i>Tıp Öğrencisinde (İntörnde) oluşan boşunluk ve değersizlik hissi</i><i>Klinik eğitim süreçleri, eğitici-öğrenci etkileşimi ve hastanın yeri</i>	Asistan, “ <i>Topun ağzındaki kişi</i> ” “ <i>Servis çömezi</i> ” “ <i>Her şeye koşuşturan, herkesin eksisini kapatan</i> ” “ <i>Bir melektir aslında</i> ” “ <i>Bazen hocalardan birinin bir sözü (ile) şevkle üç ay deposu yeni doldurulmuş araç gibi gidebiliyorsun</i> ” İntörn, “ <i>Ziyan olmuş bi dört hafta</i> ” “ <i>El ayak işleri</i> ”, “ <i>Ben doktorum filan böyle biraz yavan kalıyorsun</i> ” “ <i>Travmatik olan ostomi torbasydı</i> ” “ <i>Burda şu an kendimi parasız personel olarak görüyorum</i> ” “ <i>İkinci sınıf insan muamelesi görme</i> ” “ <i>Ameliyathanede iki saat boyunca öyle durup bir makinanın görevini yapıyorum</i> ” “ <i>Kompansitörlü bi mekanizma, başka bi varlığı yok</i> ” “ <i>Maraba takımı muamelesi</i> ” “ <i>Herhangi bi çalışanmışsın gibi davranılıyor kenara itilmiş gibi</i> ” (İntörn) “ <i>Farzet sen okyanusta yüzmeyi öğreniyorsun</i> ” “ <i>Bir okyanusun tam ortasına atacaksın</i> ” “ <i>Boğulur gibi olacak o zaman çabuk öğrenir</i> ” “ <i>Hızın eğitimi, hızlı olmanın gerektirdiği eğitim</i> ” “ <i>Deposunu yeni doldurulmuş araç</i> ” (Asistan) “ <i>Vaaz veren hoca</i> ” “ <i>Gözleri fal taşı gibi açılan öğrenci</i> ”, Hasta “ <i>Eğitim malzemesi</i> ”, “ <i>Eğitim için kullanılacak bir meta</i> ” (Öğretim üyesi) “ <i>Bu adam (Hoca) efsane</i> ” (İntörn)

Ana tema 3: Kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler	<ol style="list-style-type: none"><i>Anabilim dalı başkanının baskınlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama</i><i>Uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük, baş etme şekilleri ve sonuçları</i><i>Meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme</i>	<p>“Üst perde” “Baş model” “Başrol” “Ona baba gözüyle bakıyorum” “Bir baba şefkatiyle” (Asistan) “Aile babası” “Ailem” “Bir aile ortamı” (Hemşire) “Benim evimi kirletmişler, kimse bakmıyor benim evime”, “Bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor” (Öğretim üyesi) “Kasvetli bir ortam”, “Ölülerin arasında geziyormuşum gibi”, “Buz gibi tenler” (İntörn) “Bütün hastalar insanda birer iz bırakıyor” “Derin bir iz, yeri geliyor insanın yüreğini parçalıyor”, “Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır” “Uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun”(Asistan) “Bi yara olarak kalıyor” “Ukde olarak kalıyor” (Hemşire) “Ömrünün kısa olduğunu söylemek çok ağır bir duygu” “Ağırılık ağzımızdan çıkan sözlerde değil karşının gözlerinde kaybolan umutta” “Hayatın bir anlamda onun gözlerinde anlamsızlaşmasını direk görebiliyorsunuz” (Öğretim üyesi) “O çizgiyi aşmak istemem”, “Bir TPN eşittir bir hemşire” “Bizi fiyat olarak mı görüyorlar” “Bir serumla aynı kefeğe koyma” “Günah keçisi olma” “Çöp tenekesi kadar bile değerimiz yok” (Hemşire)</p>
Bağlam 3: Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür		
Ana tema 1: Cerrahi kliniğe ilişkin algılar	<ol style="list-style-type: none"><i>Kliniğin kurumundaki yeri ve önemi</i><i>Kliniğin ve başkanının bölgede oluşturduğu hava</i>	Metaforlar Klinik hastanenin “Hızır Acil Servis” “Arka bahçesi” “En tepede” “Kral odası, şark odası” “Hastanenin yükünü sırtlanan” “Bel kemiği” “Hastanenin makrofağı”, “Üniversitesinin göz bebeği” “Olmazsa olmazı” (Asistan, Hemşire, Öğretim üyesi) Klinik bu bölgenin “lordlar kamarası” (Asistan) Hoca, “Mevlâna mübarek, ne olursan ol gel diyor herkese”
Ana tema 2: Hasta, hasta yakını: algılar, yerel, toplumsal davranışlar	<ol style="list-style-type: none"><i>Hasta ve yakınlarının davranışları ve kültürel etki</i><i>Sağlık çalışanları arası farklılaşan algı ve tutum</i>	<p>“Her hasta yakını sanki bir köy ağasıymış gibi” (İntörn) “Hasta markete gelir gibi hastaneye geliyor”, “Yüzyıllık ağrısı, şikayetiyle acile geliyor” (Asistan) “Hastalar bize gelince kavga, doktora el pençe” (hemşire)</p>

Cerrahi alan, habitus ve söylem ile ilgili bulgular

Analizler sonucunda bu bağlamda ortaya çıkan ana temalar “hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın davranış, söylem” ve “klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme” idi. Bu iki temaya ait metaforların asistan anlatılarında yoğun bir şekilde dile geldiği görüldü. Asistanlar hekimlik mesleğini bir taraftan “bilgelik”, “hikmetli olma” ve “efsunlu hal” metaforlarıyla tanımlarken diğer taraftan cerrahlığı “araba tamir etmek gibi”, “perdeyi kaldırıp açıp bakmak gibi teknik, mekanik ve somut metaforlar üzerinden açıkladıkları görüldü.

İntörnlerin anlatılarında cerrahi branş, içinde ne olduğu belli olmayan “karmaşık bir kutuya” benzetilmiştir. Cerrahlar ise ancak bildiği ve görebildiği noktalarda “bir şeyleri yapıştıırıp bantlayan, yamalar yapan” kişiler olarak, yine teknik ve mekanik metaforlarla betimlenmiştir.

“... cerrahi genel anlamda bence bi kutu içinde böyle bi karışık bi şey var. Sürekli bi yeri kopuyor bi yeri bozuluyor, yani o kutunun hiçbir zaman hiçbir yerini bilemeyecezi, ama ana bildiğin noktalardan bir şeyleri yapıştırıp bantlamaya çalışıyon sadece o yani” (İntörn).

Öğretim üyelerinin alanlarına ilişkin anlatılarında ise baskın bir “iktidar ve hiyerarşi söylemi”nin söz konusu olduğu görüldü. Bu söylem anlatılarda “küçük tepeleri ben yarattım” ve “doktorlar, cerrahlar ve diğerleri” gibi metafor ve karşılaştırmalarla dile getirilmekteydi.

“Öğretim üyelerinin egosu çok şişkindir, her şeyi bildiklerini zannederler, ...yani cahillik egosu diyelim ona...cerrahlarda daha fazladır yani küçük tepeleri ben yarattım havası hep vardır. Aslında en cahil kesim de odur. Yani teknisyen rolü oynuyorlar, cerrahların çoğu” (Öğretim üyesi)

İkinci ana temaya (klinikte yaşam ve cerrah olmayı öğrenme) ait metaforlar, yine ağırlıklı olarak asistan anlatılarında ve genellikle kıdemli asistanlar tarafından dile getirilmiştir. Kıdemli asistanlar “hayatımı bıraktım burda”, “bir fedai gibi olmak” ve “hayatını götürüyor insanın” gibi hayat üzerinden metaforlarla “bireysel hayatın ortadan kalkması” durumuna ve zor şartlara temas etmişlerdi. Ayrıca kıdemli asistanlar, yeni başlayan asistanlarla diyaloglarında “kliniğin aması olmayan koşulları”na ait metaforik anlatıları yoğun olarak kullanmaktaydılar. “Ya bu deveyi güdersin...” gibi metaforlarla kliniğin ta baştan mecbur uyumlanacak koşulları ve kuralları betimlenmekteydi.

“Bu ‘bir nikah sözleşmesi’ gibidir, her şeyi baştan konuşmak gerek. ... yok sen benim ‘elimi sıcak sudan soğuk suya sürmeyecektin’ yok bulaşık makinesi alacaktın falan demek yok sonradan” (Asistan)

Asistanlar klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde motivasyonlarını, “delilik” ve “enerji” gibi metaforlarla ifade etmişlerdir. Cerrahi becerilerini ve tarzlarını beğendikleri akranları üzerinden cerrah olmayı ise “el hızlılığı”, “piyano çalabiliyormuş gibi” gibi metaforik anlatılarla dile getirdikleri görülmüştür. Öğretim üyeleri ise “mazoşistlik” metaforu üzerinden cerrahi branşın ameliyathane alanının çalışma alanı olarak diğer alanlara göre üstünlüğünü vurgulamışlardır.

“... ben bir saat poliklinik yapacağıma 24 saat ameliyat yapmayı tercih ederim, bu da cerrahların bi mazoşist duygusu herhalde” (Öğretim üyesi).

Klinik ortam, iklim ve kültür bağlamı ile ilgili bulgular

Katılımcı anlatılarında bu bağlamla ilgili “klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları”, “klinik eğitim ortamı” ve “kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler” olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Tüm katılımcıların anlatılarında en zengin metaforik anlatımların bu bağlamda dile getirildiği görülmüştür.

İlk ana tema olan “klinik işleyiş, iş yapma tarzı ve sonuçları” altında “hiyerarşik işleyiş” ve “klinik yoğunluk” ile bunun beraberinde getirdiği “mekanikleşme” ve “duygusal ve insani olanın geride kalması” gibi durum ve sonuçlara işaret eden alt temalar belirlenmiştir. İntörn anlatılarında en önemli durumun klinikteki “hiyerarşik işleyiş” olduğu görülmüştür. Örneğin intörn anlatılarında bu durum “askeriye gibi burası”, “askeri hiyerarşi gibi” ve “piramit düzeninin olduğu yer” gibi metaforlarla betimlenmiştir.

Asistanlar ve hemşirelerin anlatılarının özellikle “klinik yoğunluk, hız ve mekanikleşme” alt temasında belirgin olduğu görülmüştür. Asistan ve hemşire anlatılarında ön plana çıkan durum aşırı yoğunluk ve bunun beraberinde getirdiği hız ve makineleşme olmuştur. Bu durumu “bizim klinikte bir gün beş gün eder”, “baş döndürücü bir yoğunluk var” ve “makine gibi çalışıyoruz” gibi metaforlarla dile getirmişlerdir. Klinik iş süreçlerinin mekanikliğini, yığılmaları ve yoğunluğu eritmek için adım adım ve düşünmeden hızlı hızlı iş yapma tarzı şeklinde açıklamışlardır. Ayrıca hemşireler, klinik yoğunluğun neden olduğu zihin yorgunluklarını “beynimiz yanar, beynimiz yorulur” ve “nöronlarımız ölüyor artık” metaforlarıyla dile getirmişlerdir. Aşırı yoğunluğunun ve bu yoğun işi hızlıca ve mekanikçe eritmenin hastaların önüne geçtiğini, “ilk başta onu hallediyoruz ondan sonra insana dönüyoruz” ifadeleriyle anlatmışlardır.

Benzer şekilde, asistanlar da “duygusal ve insani olanın geride kalması” durumunu, “beyniniz sizden o kadar hızlı ve o kadar önde gidiyor ki duygularınız geride o beynin hızına yetişemiyor geride kalıyor” gibi bir metaforik anlatımla dile getirmişlerdir.

İkinci ana temanın (klinik eğitim ortamı) ilk alt teması olan “asistan algısı, kimliği ve rolü”ne ilişkin asistanlar, kendilerine yönelik algıları, örneğin, “asistan aslında üniversite hastanelerinde ‘topun ağzındaki kişi’dir” anlatısında olduğu gibi “topun ağzında olmak” metaforuyla dile getirmiş; güvencesiz olduklarını vurgulamışlar. Yine, “çömez asistan”lık ve bu asistanların algısını, “servis çömezi yani bir ‘melektir’ aslında, her şeye koşuşturmaya çalışıyor, herkesin eksikliğini aslında kapatmaya çalışan odur, kimsenin haberi yok bundan” ifadesiyle, her işe koşturma, görülmeme, değersizlik ve güçsüzlük üzerinden betimlemişlerdir. Benzer anlatılar intörnlere de gözlenmiştir. “İntörn tamamen ‘kompansitörlü bi mekanizma’, başka bi varlığı yok”, (ameliyathane için) iki saat boyunca “öyle durup bir makinanın görevini yapıyorum” ve “herhangi bi çalışmışsın gibi davranılıyor ‘kenara itilmiş’ gibi” metaforlarla kendilerini klinikte değersiz hissettiklerini ve “ziyan olmuş bi dört hafta” ifadesiyle stajın kendileri için anlamlı olmadığını ifade etmişlerdir.

“Okyanusta yüzme”, “okyanusun tam ortasına atılma”, “boğulur gibi olma” ve “hız eğitimi” gibi metaforlarla betimlenen ve yeterince destek ve yönlendirme alınmayan güvensiz klinik eğitim süreçlerinde “eğitici-öğrenci etkileşimi”nde örneğin eğitimcilerin, “bana tepki vermezseniz kendimi vaaz veriyor sanırım, ‘müminlere vaaz veren hoca’ gibi hissettirmeyin” ve “gözleri fal taşı gibi açılan’, aaa diyen bir öğrenciyi görünce çok heyecanlanıyorum” gibi metaforlarla etkileşimin ve öğrenen motivasyonunun önemine vurgu yaptıkları görülmüştür. Asistanlar, “bazen hocalardan birinin bir sözü seni buraya şevkle bağlayıp üç ay ‘deposu yeni doldurmuş araç gibi’ gidebiliyorsun” gibi bir ifade ile eğitimcilerin onlarla olumlu iletişimin önemine işaret etmişlerdir. İntörnlere eğitimcilerle ilgili anlatıları ise “efsane anlatıyor”, “bu adam efsane” ve “çok üst perde” gibi metaforlarla klinikte anabilim dalı başkanının etrafında oluşan “efsane” üzerine yoğunlaşmıştır.

Klinik eğitim süreçleri ve hastanın yeri ile ilgili kullandıkları metaforik ifadelerde öğretim üyeleri arasında farklı bakış açıları olduğu görülmüştür. Örneğin bir öğretim üyesi “(öğrencilere) hastaya dokunması, hastanın hayatına değmesi gerektiğini söylüyorum” ifadesiyle özen, anlama, temas etme ve empati vurgusu yaparken bir başka öğretim üyesinin “hastalar, öğrenci ve asistanların eğitimi için ‘kullanılacak bir meta’dır” diyerek “meta” metaforuyla hastayı eğitim materyaline indirgelediği gözlenmiştir.

Klinik ortam, iklim ve kültür bağlamına ait üçüncü ana tema “klinik ortamı ve ilişkiler”dir. “Anabilim dalı başkanının baskınlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama”, “uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük, baş etme şekilleri ve sonuçları” ve “meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme” alt temalar olarak belirlenmiş ve bu temalarla ilgili metaforların asistanların ve hemşirelerin anlatılarında yoğunlaştığı gözlenmiştir.

Asistanlar, anabilim dalı başkanı ile ilgili olarak “baş model” ve “başrol” ifadeleriyle onun baskın rol modellğini ifade etmişlerdir. Asistan ve hemşire anlatılarında öne çıkan bir diğer hakim motif “aile” ve “baba” gibi kültürel motifler olmuştur. Örneğin asistanlar, “Ona baba gözüyle bakıyorum” diyerek bir taraftan bu durumu olumlarken; “Hoca Mevlâna mübarek, ne olursan ol gel diyor herkese” anlatısı ile, aynı zamanda Hoca ile hasta ve yakınları arasında oluşan bu kültürel motifli ilişkilenmenin aynı zamanda klinik iş yüklerinin artmasının sebebi olduklarını belirtmişlerdir. Aynı şekilde hemşirelerin de “Aile babası gibi” ve “Bir baba şefkatiyle” gibi metaforlarla klinik anabilim dalı başkanıyla ilişkilenmelerini kültürel motifler üzerinden ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca hemşireler arası ilişkilenme tarzlarını da “Bir aile ortamı” ve “Ailem” gibi ifadelerle metaforlaştırmışlardır. Klinik anabilim dalı başkanının da “benim evimi kirletmişler, kimse bakmıyor benim evime” anlatısıyla kliniği sahiplenme, korumacılık üzerinden kendine yönelik “aile” ve “baba” metaforu sahiplendiği görülmüştür. Bu iki metafor üzerinden anabilim dalı baskın bu ilişkilenme ortamına en belirgin olumsuz yaklaşım ekipteki diğer öğretim üyelerinden gelmiştir.

“Bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor” metaforuyla bu durumu, kendilerinin yaşanan süreçlerde ikinci planda kalmalarının, aynı zamanda profesyonel olması gereken bir ilişkileneden ve ekip olmaktan uzak olmanın, ekibin bir üyesi olarak süreçlere yeterinde müdahil olamamalarının nedeni olarak dile getirmişlerdir.

“...eski alışkanlıklar hani can çıkar huy çıkmaz derler ya, eski alışkanlıklara geri dönmüş burda...bir kişi üzerinden dönüyor” (Öğretim üyesi)

Klinikte yaşanan “uç duygusal deneyimler, aşırı duygusal yük ve bunun etkileri” tüm katılımcıların anlatılarında yoğun metaforik betimlemelerle gözlenmiştir. “Buz gibi tenler” gibi soğuk ve ürkütücü metaforlarla betimlenen kliniğin bu uç deneyimlerinin hemşire ve asistanlarda derin izler bıraktığına yönelik, “Bi yara olarak kalıyor”, “Bi ukde olarak kalıyor”, “Bütün hastalar insanda birer iz bırakıyor” ve “İnsanın yüreğini parçalıyor” gibi çok sayıda anlatı bulunmaktadır. Öğretim üyesi anlatılarında benzer deneyimler, “Beklenen ömrünün çok kısa olduğunu söylemek çok ağır bir duygu, belki ağırlık ağzımızdan çıkan sözlerde değil karşının gözlerinde kaybolan umutta” ifadeleriyle dile gelmiştir. İntörn anlatılarında da cerrahi yoğun bakımla ilgili “Çok kasvetli bir ortam”, “ölülerin arasında geziyormuşum gibi” ve “buz gibi tenleri böyle” gibi ifadelerde yoğun bir şekilde ölümle karşılaşma duygusuna ilişkin deneyimler betimlenmiştir.

Katılımcılar bu uç deneyimlerle baş etme şekilleri “yeni bir sayfa açma”, “şalteri indirme, kaldırma” gibi çok sayıda metaforla betimlenmiştir. Söz konusu duygusal deneyimlerin en belirgin sonucu ise “duygusal duyarsızlaşma” olarak belirlenmiştir. Örneğin asistanların baş etme yollarının, “uyku bize her şeyi unutturuyor, yeni bir sayfa açıyorsun” ve “Hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır” gibi metaforlarda dile geldiği daha çok duygularından kaçış, duyguları örtme, öteleme yönünde olduğu görülmüştür. Hemşire anlatılarında da uç deneyimler için “travma” metaforu belirgin olarak kullanılmış ve bu tür durumlarla baş etme yolu olarak mesleğin bir gerekliliği vurgusu ile kabullenme davranışında oldukları görülmüştür. Bu durum için bir örnek ifade şöyledir:

“İster istemez psikolojik travmalar yaşadık, ancak hani insanın kendi olduğu zaman bu psikolojik travma bi beşe katlanıyor, daha da bi şiddetleniyor insanda, kendi babamın CPR ına şahit oldum burda, kostaların kırılmasına...babamın bi yandan elini tutuyordum bi şekilde tutmaya çalışıyordum. Tüm hastalara her müdahale ettiğimizde gözümüzün önüne geliyor, yani unutulmaz şeyler yaşıyoruz, sağlık personeli olmak belki de bunları gerektiriyor, yapacak bir şey yok, kabulleniyoruz” (Hemşire)

Son alt tema olan “meslek algıları, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme”ye ilişkin metaforlar hemşire anlatılarında yoğun bir şekilde dile gelmiştir. Klinik süreçlerde iletişimde sınır koymayla ilgili bir hemşire “O çizgiyi aşmak istemem” ifadesiyle doktorlar ile hemşireler arası kalın/geçişken olmayan sınırlara işaret ederken; diğerleri “serumla aynı kefeye konma”, “günah keçisi olma”, “fiyat olarak görme” ve “bi çöp tenekesi kadar bile kıymet görmeme” gibi metaforlarla doktorlar arasındaki değersizleştirme dilinin, güç odaklı hiyerarşik söylemin ve yaptıkları işin, bir uzmanlık alanından çok teknik/yardımcı bir işe indirgenmesi tutumunun altını çizmişlerdir. Ayrıca hemşireler, “Hastalar bize gelince kavga, doktorun yanına götürdüğümüzde el pençe duruyorlar, peki siz bilirsiniz diyorlar” anlatısında görüldüğü gibi “kavga” ve “el pençe durma” metaforik anlatım karşıtlığı üzerinden hasta ve yakınlarıyla etkileşimlerinde de mesleklerarası hiyerarşiye benzer bir dile maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler için olumsuz bir iklim ve kültür oluşturan bu söylemin, mesleklerarası etkileşimde diğer tarafta duran doktorlar arasında, bir öğretim üyesinin anlatısında olduğu gibi, nasıl içselleştirildiği, normalleştiği ve bunun farklı bir uzmanlık alanı olan hemşirelere yönelik körlük oluşturma potansiyeline sahip olabileceği görülmektedir.

“Ben kliniğin bir gemi olduğunu düşünüyorum, gemide mürettebata da ihtiyaç var kaptana da ihtiyaç var” (Öğretim üyesi).

Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür bağlamı ile ilgili bulgular

Bu bağlam altında katılımcı anlatılarının analizlerinden “cerrahi kliniğe ilişkin algılar” ve “hasta, hasta yakını: algılar, yerel ve toplumsal davranışlar” şeklinde iki ana tema belirlenmiştir. Özellikle ilk temayla ilgili tüm katılımcı grupların, kliniğin kurumdaki yerini ve önemini yerel motifler dahil çeşitli benzetmelerle betimledikleri ve kliniğin kurumsal konumundan memnun oldukları gözlenmiştir.

Örneğin asistanların anlatılarında cerrahi klinik “(kurumda) en tepede”, “kral odası, şark odası”, “üniversitenin göz bebeği, olmazsa olmazı” ve “bu bölgede burası lordlar kamarası” gibi metaforlar betimlenmişlerdir. Hemşireler de “Hastanenin bel kemiği” ve “tüm bu hastanenin yükünü sırtlanan klinik” gibi benzer metaforik ifadeler kullanmışlardır. Yine öğretim üyelerinde bu önem, örneğin “genel cerrahlar hastanenin makrofajıdır” benzetmesi ortaya konmuştur. “Mevlâna mübarek...” diye betimlenen kliniğin hocasının (anabilim dalı başkanı) kurumda olduğu kadar toplumda da “aile ve baba” metaforu üzerinden neredeyse tek belirleyici olduğu görülmüştür. Hemşire deneyimlerinde de benzer şekilde “aile” metaforu üzerinden anlatıların yoğun olduğu görülmüştür.

“Bi iş ortamı gibi değil de bi aile ortamı gibi çalışıyoruz... hocamız bizim burdaki aile babası gibi, gerçekten bize bir baba şefkatiyle yaklaşıyor”(Hemşire)

İkinci ana temada asistan, hemşire ve intörnlerin, hasta ve yakınlarına ilişkin yerel ve kültürel metaforlar üzerinden betimlemeleri yer almaktaydı. Bunların bir kısmı “hasta markete gelir gibi hastaneye geliyor” ve “yüzyıllık ağrısı, şikâyetiyle acile geliyor” gibi metaforlarla hastalara ilişkin olumlu olmayan algılara işaret etmektedir. Hasta yakınlarına yönelik algı da benzer nitelikte idi. Örneğin intörn anlatılarının birinde hasta yakını, “köy ağası” metaforu üzerinden “her hasta yakını sanki bir köy ağasıymış gibi” şeklinde betimlenmiştir. Yine hemşireler, “bize gelince kavga, doktora gelince el pençe” gibi metaforlar üzerinden toplumdaki doktorluk ve hemşirelik mesleği algılarındaki soruna ve güç odaklı tutum ve davranışlara işaret etmekteydiler.

“Hasta yakını pis bi konuşma yaptı, onu duyduktan sonra değil burayı mesleği bırakıp istifa edip gitmeyi düşündüm, hani bayanım adam susar utanır, diye ama daha kötüsünü söyleyince kalakaldım böyle” (Hemşire).

TARTIŞMA

Bu araştırmada, katılımcı anlatılarının bağlamsal analizi sonucunda üç ana bağlam, yedi ana tema ve 20 alt tema belirlenmiş; bu temalara ilişkin anlatılarda zengin metaforlar kullanıldığı görülmüştür. Hekimlik/cerrahlık algısı ve baskın söylem temasıyla ilgili bir taraftan bilgelik dili kullanılırken aynı zamanda hiyerarşi ve iktidar dili ile mesleğin daha çok teknik ve mekanik bir boyuta indirildiği ortaya çıkmıştır. Örneğin asistanlar, cerrahi branşı “araba tamir etmek”, “bina yapmak” gibi teknik ve mekanik boyut üzerinden tanımlamış ve bu durumu söylemlerinde normalleştirmişlerdir. Teknik olana indirgeme öğretim üyelerinde de gözlenmiştir. Aynı zamanda öğretim üyeleri, “doktorlar, cerrahlar ve diğerleri” anlatısında olduğu gibi mesleklerini iktidar dili ve hiyerarşik söylem üzerinden tanımlamışlardır. İntörnlere için cerrahi alan, “içinde ne olduğu belli olmayan karışık bir kutu”, “kopan, bozulan yerleri yapıştırma” olarak betimlenmiştir. Cerrah olmayı öğrenme de yine “el becerisi” üzerinden teknik olana indirgenmiş; klinikte yaşam ise “mecbur olunan, aması olmayan koşullar” bağlamında “bir nikah sözleşmesi” yapmak gibi değerlendirilmiş, “hayatımı bıraktım” gibi anlatılarla, bireysel hayatın ortadan kalktığı bir süreç olarak öyküleştirilmiştir. Hekimliğin mekanik, teknik, mühendislik ağırlıklı algılanışı diğer çalışmalarda da ortaya çıkmıştır. Örneğin, doktor algıları üzerine yapılan metafor analizine dayalı bir çalışmada hastaların, hekimler için “sağlık mühendisi”, plastik cerrahlar için “artist” metaforu kullandıkları görülmüştür (16). Bu durum, genel olarak doktorluk, daha özelden cerrahlıkla ilgili baskın söylemin daha çok mekanik, teknik bir söylem olduğu; insani yönünün zayıf olduğunu ve “bilgelik” dilinin ise daha çok söylemde kaldığı, hayata geçmediğini akla getirmektedir.

Çalışmada, metaforik anlatı en yoğun şekilde “klinik ortam iklim ve kültür” bağlamında dile getirilmiştir. Tüm katılımcıların anlatılarında, özellikle klinik yoğunluk, hiyerarşik işleyiş ve duygusal ortama ilgili alt temalarda zengin metafor grupları kullandığı görülmüştür. Hiyerarşik işleyiş, “askeri hiyerarşi”, ve “piramit düzen” gibi metaforlar üzerinden betimlenmiştir. Klinik yoğunluk ve hız “cumhuriyet caddesi”, “kaos”, “baş döndürücü yoğunluk” gibi metaforlar ile anlatılırken, bununla başa çıkma yolları ile hiyerarşik işleyişin ve klinik yoğunluğun sonuçları için “şalteri indirme/kaldırma”, “robotlaşma”, “duyguların ve insanın geride kalması” gibi çok sayıda metafor kullanılmıştır. Klinik işleyişin yoğun süreçleriyle ilgili en yoğun metaforlar asistan ve hemşire anlatılarında dile gelmiştir. Kendilerini makine ve robota benzeten asistan ve hemşireler, bu hızlı döngü? sirkülasyon ve yoğunluğun duygusal açıdan yıpratıcı olduğunu, süreci yönetmekte zorlandıklarını ve bu durumun nitelikli ve insani hasta bakımının önünde engel olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgularla benzerlik gösterecek şekilde, literatürde klinik süreçler ve etkileşimle ilgili “savaş”, “makine” ve “hiyerarşi” metaforlarının kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (18).

Bu çalışmada klinik eğitim ortamı “hızın eğitimi”, “okyanusta yüzmeye” ve “boğularak öğrenme” metaforları üzerinden daha çok olumlu, destekleyici, yönlendirici ve güvenli olmayan ortamlar olarak değerlendirilmiş; bu ortamlarda, asistanlar ve intörnlerdeki baskın hissin değersizlik, yararsızlık, görülmeme gibi olumlu olmayan hisler olduğu, hastaların ise yer yer birer “eğitim malzemesi” gibi algılandığı görülmüştür. Kendini “topun ağzındaki kişi” olarak gören, her işe koşuran “servis çömez” ve “melek” asistan, “parasız personel” olarak “el ayak işleri”ne koşturulduğunu düşünen intörn olumlayıcı olmayan klinik ortama işaret eden metaforlardan sadece birkaçıdır. Tüm bunlar intörnler ve asistanlar için uygun klinik eğitim ortamları oluşturulamadığına, hatta yer yer ortaya çıkan etik sorunlara işaret etmektedir. Örtük eğitim ve öğrenme bağlamında, böyle bir klinik eğitim ortamının profesyonelliğe yönelik öğrenmeler açısından ne kadar sorunlu olduğu ortadadır.

Çalışmada, kliniğin duygusal, sosyal ortamı ve ilişkiler bağlamında ortaya çıkan durumlar anabilim dalı başkanı baskınlığı, aile ilişkisi ve ekip olamama, aşırı duygusal yük ve mesleklerarası ilişkilerde hemşireler aleyhine hiyerarşik ve değersizleştirici ilişkiler olarak belirlenmiştir. İlişkilerde en belirgin örüntü “aile ilişkisi” ve “baba” metaforları ile anabilim dalı başkanı baskınlığı üzerinden ilerleyen, “başrol”, “baş model”, “aile ortamı”, aile babası” gibi metaforlarla betimlenen ilişki tarzı idi. Bu ilişki bir yanıyla ekip içinde yakın ve sahiplenici bir ilişki ortamı oluştururken aynı zamanda iktidar dilini “aile” metaforu üzerinden yeniden kurduğu söylenebilir. Bu durum, ekipteki diğer öğretim üyelerinin, “bir kişiyle, bir çiçekle bahar olmuyor” metaforu ile işaret ettiği önemli bir sonucu ortaya çıkarmaktadır: ekip olamama, süreçleri ekip olarak yürütmede zorluklar. Tüm klinik süreçlerde yerel, toplumsal ve kültürel etkileşimlerin sonucu olarak klinik çalışanlar arasında profesyonel tutum ve etik anlayışlar açısından farklı algılar ortaya çıkabilmektedir. Asistanlar ve hemşireler “aile” metaforu üzerinden ilerleyen bu yerel ve kültürel ilişkilene biçimini onaylarken bölüm başkanı dışındaki diğer öğretim üyeleri “bir çiçekle bahar gelmez” metaforuyla profesyonelliğe, etik tutum ve davranışlara yönelik sorunlara vurgu yapmışlardır.

Duygusal ortamda, uç duygusal deneyimler ve aşırı duygusal yük öne çıkmıştır. “Kasvetli ortam”, “buz gibi tenler” ile betimlenen bu ortamın, tüm katılımcılarda acıyla ilişkilene, derin etki, iz, empati, muhababını görme, açık olma, anlama, hissetme gibi duygu ve düşünceler doğurduğu görülmüştür. Katılımcıların bu aşırı duygusal yükü baş etme şekillerinin duygulardan kaçış, üstünü örtme, askıya alma, erteleme, uyutma, hissizlik, işi mekanik olana indirgeme, görmezden gelme, kabullenme gibi daha çok duygularla “kopukluk üzerinden giden mesafe” almalar şeklinde olduğu görülmüştür. Örneğin bir asistanda bu durum “hastaneye girince şarteli indir çıkınca kaldır” şekline ifade edilmiştir. Bir diğerinde “uykuya sığınma” ve ertesi gün re-setlenerek “yeni bir sayfa açma” olarak anlatıldırılmıştır. Travmatik kalıcı iz bırakan duygusal deneyimler hemşirelerde, örneğin “sağlık personeli olmak belki de bunları gerektiriyor” denerek mesleklerinin bir gerekliliği olarak görme ve “kabullenme” ile sonuçlanabilmiştir. Nordon ve Hari (2021), metaforların, acil veya kritik durumları sembolize ederek, duygularla baş etme ve onları daha yönetilebilir hale getirmede ve duygusal olarak yoğun deneyimleri anlamada güçlü ve güçlendirici bir araç olduğunu belirtmişlerdir (11).

Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, zor deneyimler üzerinden hastalara bakım vermeye ilişkin hemşire metaforları “mesleki farkındalık” ve “zor bir süreç/direnc” temalarında yoğunlaşmıştır (19). Toplum ruh sağlığı çalışanlarıyla yapılan bir diğer çalışmada “güç ve kontrol” metaforları üzerinden sağlık bakım süreçlerinin doğası gereği zorlayıcı ve karmaşık bir süreç olduğu ve hastanın iyiliğini amaçlayan bir müdahalenin yarattığı etik gerilimlerin zor durumlar yaşattığı belirtilmiştir (20).

Araştırmada, özellikle hemşire anlatılarında ön plana çıkan bir diğer tema hemşirelik mesleği aleyhine olan meslek algısı, mesleklerarası sınır, hiyerarşi ve değersizleştirme olmuştur. Hemşirelerin doktorlar arasındaki ve toplumdaki meslek algısı, mesleklerarası sınırın yeterince korunmaması, saygı gösterilmemesi ve doktorlarla ilişkideki hiyerarşi, “çizgiyi aşmama”, “günah keçisi olma”, “bir çöp tenekesi kadar değer görmeme” gibi metaforlarla dile getirilmiştir. Böyle bir duygusal, sosyal ortamın ve aşırı klinik yoğunluğun değersizlik hissi yanında eldeki işin eritilmesine odaklanmanın getirdiği “muhababını görmeme/körleşme” benzeri durumlar ortaya çıkardığı görülmüştür. Literatürde, hemşirelerle yapılan metaforik çalışmalarda, hemşirelerin ağır çalışma koşullarının etkisiyle yapılan hataların ilk sorumlusu olarak görüldüklerine; “günah keçisi”, “kum torbası” ve “robot” gibi metaforlar üzerinden hem hasta yakınları hem de diğer sağlık çalışanları tarafından olumsuz algılandıklarına yönelik benzer bulgular elde edilmiştir (21).

Yerel, toplumsal ve ulusal ortam, iklim ve kültür bağlamıyla ilgili iki tema cerrahi kliniğe ilişkin kurumdaki ve yereldeki algılar ile hasta ve yakınlarına ilişkin algı ve davranış örüntüleri olmuştur. Cerrahi kliniğin hastanenin “bel kemiği”, “makrofajı”, bölgenin “lordlar kamarası”, “şark odası”, bölüm başkanının ise “ne olursan ol gel” diyen Mevlana ile betimlendiği anlatılarda hasta ve yakınlarına ilişkin sağlık çalışanının algıları da “köy ağası” gibi yerel ve kültürel motiflerle dile getirilmiştir. Metaforların söylemi ve anlamının arkasında bir sosyal grubun hem kolektif hafızası hem de mevcut değer ve yargıları bulunduğu varsayımından yola çıkan bir çalışmada, metaforik ifadelerin sosyal, tarihi ve kültürel bağlamlar gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği ve aynı zamanda dil, düşünce ve insani değerler arasındaki ilişkiyi belirlediği vurgulanmıştır (22). Ayrıca sağlık süreçlerinde profesyonel düşünce ve eylemleri belirlemede anlatı ve metaforların profesyonel tutum ve sağlık okuryazarlığı açısından önemli olduğu ifade edilmiştir (23). Yine, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin etik anlayışlarının metafor analizleri üzerinden ortaya konduğu çalışmalarda da, tıp öğrencilerin etiği “toplumsal düzen sağlayıcı”, “teorik-pratik çatışma” ve “değerlerle ilişkili” boyutlar üzerinden ele aldıkları bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileri ise etik karar vermenin bireye özgü olabileceğine ama bireyin ahlak ve diğer değerlerinden etkilenebileceğine dikkat çekmişlerdir (24,25). Tüm bunlar, klinikte yaşanan deneyimlerin içinde yaşandığı yerel, toplumsal ve kültürel bağlamla, bunlara ilişkin değer ve söylemlerle çerçevesini ve anlam bulduğunu düşündürmektedir. Yerel, toplumsal kültürün en önemli taşıyıcılarından birisi de metaforlardır. Sağlık süreçleri kişilerarası ve meslekler arası yoğun etkileşim ortamlarıdır. Bu ortamlarda edebi bir tür üzerinden (öykü, anlatı, metafor, şiir gibi) duyguları ve düşünceleri örtük veya açık bir şekilde dile getirmek, sağlık alanındaki başta etik konuları olmak üzere çatışma ve ilişkileri anlama gibi birçok konuda meseleleri gündeme getirmenin bir yoludur. Özellikle sağlıkta şiddet konusunun yoğun yaşandığı günümüzde, bu türden edebi anlatımlarla sağlık ortamının zorlu koşulları toplumda sağlık çalışanı algısına olumlu bir katkı sağlayabilir (26).

SONUÇ

Sonuç olarak, klinik deneyimlerin karmaşık doğası ve yoğun duygusal, sosyo-kültürel etkileşimlerin bağlamı zengin metaforlarla yüklüdür. Bu metaforlar katılımcıların anlatılarına gömülüdür. Bu çalışmada bir anlama, yorumlama ve anlam verme aracı olarak metaforların kullanılmasının; öznel deneyimleri somutlaştırdığı, kritik (zor) durumların dile getirilmesinde dilsel ifade aracı olduğu, klinik eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde kurumsal işleyişi, sosyo-kültürel etkileşimleri ve duygusal deneyimleri ifade etmek ve anlamak için güçlü bir araç olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sağlık bakım ve eğitim süreçlerinde genel olarak anlatıları, daha özelden metaforik anlatıları odağa almak, bu süreçleri duygusal, değersel ve anlamsal boyutlarıyla derinlikli olarak anlamak açısından önemlidir. Bu çerçevede anlatsallık, sağlık bakımı, eğitimi ve etik alanlarına farklı bir yaklaşım ve perspektif sunabilecek potansiyele sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Gülpinar MA. (2016). İşbaşında/Klinikte Öğrenme, Klinik Kültür/İklim ve Olumlu Öğrenme İklimi Oluşturma. Türkiye Klinikleri, Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Eğitim Yöntem ve Teknikleri Özel Sayısı. 1(1), 48-58.
2. Egan T. Jaye C. (2009). Communities of Clinical Practice: The Social Organisation of Clinical Learning. Health. 13:107-25.
3. Gülpinar MA. (2021). Yeni Bir Anlam Çerçevesi/Paradigma Arayışı. Tıp Eğitimi Dünyası. 20(60):82-10.
4. Durning SJ, Artino AR. (2011). AMEE Guide no. 52: Situativity Theory: A Perspective on How Participants and The Environment Can Interact. Med Teach. 33: 188-199.
5. Bruner J. (1991). The Narrative Construction of Reality. Critical Inquiry, 18(1), 1-21.
6. Arthur P. Bochner AP. Riggs NA. (2014). Practicing Narrative Inquiry Chapter 11. Narrative Inquiry, Field Research and Interview Methods Part 3. Newgen.
7. Kavas MV. (2011). Anlatsallık ve Tıp Etiği Eğitimindeki Yeri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 64(2), 59-73.
8. Gülpinar MA. (2022). Varoluşsal Hâl Üzerinden Ahlaklığı Çerçeveleme Denemesi: Hâsel/Düşünümsel Etik. Ahlak Çalışmaları ve Ahlak Felsefesi Dergisi. 2 (1).
9. Lakoff G, Johnson M. (2022). Metaforlar Hayat, Anlam Ve Dil. Çeviri: Gökhan Yavuz, Minotor Kitap, 1. baskı, İstanbul.
10. Hogler R. Gross M A. Hartman J L, Cunliffe A L. (2008). Meaning in Organizational Communication Why Metaphor Is the Cake, not the Icing. Management Communication Quarterly. 21 (3) 393-412.
11. Nardon L, Hari A. (2021). Sensemaking Through Metaphors: The Role of Imaginative Metaphor Elicitation in Constructing New Understandings. International Journal of Qualitative Methods. 20: 1-10.
12. Jacobs CD, Heracleous LH. (2006). Constructing Shared Understanding The Role of Embodied Metaphors in Organization Development. Journal of Applied Behavioral Science. 42; 207.
13. Creswell JW. (2020). Eğitim Araştırmaları. Nicel ve Nitel Araştırmanın Planlanması, Yürütülmesi ve Değerlendirilmesi. (Çeviri editörü: Halil Ekşi). EDAM Yayınları. 3. baskı. İstanbul.
14. Ajjawi R, Higgs J. (2007). Using Hermeneutic Phenomenology To Investigate How Experienced Practitioners Learn To Communicate Clinical Reasoning. The Qualitative Report. 12 (4) 612-638. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1616>.
15. Srivastava P, Hopwood NA. (2009). Practical Iterative Framework For Qualitative Data Analysis. International Journal of Qualitative Methods. 8(1), 76-84. <https://doi.org/10.1177/160940690900800107>.
16. Yang Y, Jia X, Meirongzi X. (2021). A Cognitive Research on Doctor Metaphor and Doctor-Patient Relationship Metaphor. Research Square. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1083792/v1>.
17. Buckner Capone A. (2023). Why I Climb Mountains With Students: Using Metaphor as a Teaching Tool. Pedagogy in Health Promotion. doi:10.1177/23733799231179234.
18. Rees CE, Knight LV, Wilkinson CE. (2007). Doctors Being Up There And We Being Down Here: A Metaphorical Analysis of Talk About Student/Doctor-Patient Relationships. Social Science & Medicine 65. 725-737.
19. Akgül Gündoğdu N, Filiz,TAŞ, Selçuk Tosun A. (2022). Nursing Care Experiences With Syrian Refugees in Southern Turkey: A Metaphor Analysis. Journal of Nursing Research. 30(3), e208.
20. Lawn S, Delany T, Pulvirenti M, Smith A, McMillan J. (2016). Examining The Use Of Metaphors To Understand The Experience of Community Treatment Orders For Patients And Mental Health Workers. BMC Psychiatry. 16(1), 1-16.
21. Kale E, Çiçek Ü. (2015). Hemşirelerin Kendi Mesleklerine İlişkin Metafor Algıları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 3 (2). doi:10.5222/SHYD.2015.142. www.journalagent.com/shyd.
22. Xu Q. (2023). Comparing COVID-19 Metaphors in Chinese and English Social Media With Critical Metaphor Analysis. Front. Psychol. 14,1198265. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1198265.
23. Talley J. (2016). Moving From The Margins: The Role of Narrative and Metaphor In Health Literacy. Journal of Communication in Healthcare. 9(2), 109-119.
24. Keskin M, Ö Yıldız, ÖÖ, Aksakal E. (2019). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Etik Kavramına İlişkin Metaforik Algıları, İhlara Eğitim Araştırmaları Dergisi. 4(2), 300-313.
25. Dilek Turan F. (2022). Hemşirelikte Etik Dersini Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Kavramına İlişkin Algıları: Bir Metafor Çalışması. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 5(3), 403-412. DOI:10.38108/ouhcd.990016.
26. Erbay, H. (2017). Tıp Etiği, Öykü ve Yazmak Üzerine. Türkiye Biyoetik Dergisi, Vol. 4, No. 1, 29-35.

Acil Hekimlerinin Suçun Bildirimi ile İlgili Tutumları: Niteliksel Bir Çalışma

Attitudes of Emergency Physicians towards Crime Reporting: A Qualitative Study

Gürkan SERT^a, Esra GEMİCİ^b, Bedirhan SOLAK^c, Orçun MEHDER^d, Roni TEKEŞ^e, Tolga TUNALI^f, Seyhan HİDİROĞLU^g, Melda KARAVUŞ^h

Özet

Amaç: Bu çalışma, İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinin acil servisinde görev alan hekimlerin suç bildirimine ilgili tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Yöntem-Gereç: Araştırmada yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma niteliksel bir araştırmadır. Katılımcılar, bir kamu hastanesinde acil serviste çalışan hekimler arasından kartopu yöntemiyle seçilmiştir. Katılımcılar ile 30 ile 45 dk arasında süren derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde yarı-yapılandırılmış soru rehberi kullanılmıştır. Görüşmelerde katılımcıların izni ile ses kaydı alınmıştır. Görüşmelerden sonra ses kayıtları deşifre edilmiştir. Tematik analiz yöntemi kullanılarak, temalar ve alt temalar belirlenmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya, altısı erkek ve dördü kadın olmak üzere toplamda on hekim katılmıştır. Veriler, suçu bildirme eğilimi, hastanın bildirim yapılmasını istememesi durumunda tutumlar, çocuklara yönelik cinsel istismarda yaklaşım, hekimin hastanın sağlık durumunun incelemesi ve farklı branşlardan yardım olmak üzere beş ana tema altında düzenlenmiştir. Katılımcılar, suçla karşılaşmalarında suçu bildirme eğilimindedir ve hastaların suçun bildirmesini istemediği durumlarda dahi suçu bildirmektedir. Katılımcılar suçun bildirimini genellikle hastanın beyanına göre yapmaktadır. Katılımcılar çocuklara karşı işlenen suçlarda daha hassas davranmaktadır. Katılımcılar, suçla karşılaşmalarında hastanın hayatını ve sağlığını korumaya öncelik vermektedir. **Sonuç:** Katılımcılar, suç bildiriminde suçu bildirmeye daha ağırlık vermekte ve meslek sırrı konusunu hiç göz önünde bulundurmamaktadır. Katılımcılar suçu bildirmede, hastanın sağlığını inceleme, hayatını koruma gibi temel mesleki ilkelere duyarlı yaklaşımları gösterse de suç bildiriminin hastanın zarar görmesi bağlamında getirebileceği sorunlara değinmemiştir. Bu bağlamda hekimlerin suçun bildiriminin hastaya zarar verme risklerine karşı duyarlı yaklaşım göstermesi konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Hekimlerin yetersiz bilgiye sahip olduğu çocuğun cinsel istismarı suçlarında yasal düzenlemelerin içeriği, yasal çerçevede bu suçların nasıl düzenlendiği, fail ve mağdurlarının kimler olabileceği gibi konularda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Suç bildirimi; meslek sırrı; hekim tutumları; acil servis; çocuk istismarı; kadına yönelik şiddet

^a Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ drgurkansert@gmail.com ORCID: 0000-0002-0970-8406

^b Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

^c Intern Hekim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

^d Intern Hekim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

^e Intern Hekim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

^f Intern Hekim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.

^g Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0001-8656-4613

^h Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0003-2629-2374

Gönderim Tarihi: 14 Aralık 2023 • **Kabul Tarihi:** 21 Aralık 2023

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the attitudes of physicians working in the emergency department of a public university hospital in Istanbul regarding crime reporting. **Material and Method:** Face-to-face in-depth interview method was used in the research. The research is a qualitative research. Participants were selected by snowball method among physicians working in the emergency department of a public hospital. In-depth interviews were held with the participants, lasting between 30 and 45 minutes. A semi-structured question guide was used in the interviews. The interviews were audio recorded with the permission of the participants. After the interviews, the audio recordings were deciphered. Using the thematic analysis method, themes and subthemes were determined. **Results:** A total of ten physicians, six male and four female, participated in the research. The data are organized under five main themes: the tendency to report the crime, attitudes in case the patient does not want to be reported, approach to sexual abuse against children, the physician's prioritization of the patient's health condition, and help from different branches. Participants tend to report crime when they encounter it and report crime even in cases where patients do not want the crime to be reported. Participants generally report the crime according to the patient's statement. Participants are more sensitive about crimes committed against children. Participants prioritize protecting the patient's life and health when faced with crime. **Conclusion:** Participants give more importance to reporting the crime and do not take the issue of professional secrecy into consideration. Although the participants showed sensitive approaches to basic professional principles such as prioritizing the patient's health and protecting their life when reporting the crime, they did not mention the problems that reporting the crime may bring in the context of harm to the patient. In this context, it is important to inform physicians to be sensitive to the risks of harm to the patient when reporting a crime. Physicians need to be informed about the content of legal regulations regarding child sexual abuse crimes for which they have insufficient information, how these crimes are regulated within the legal framework, and who the perpetrators and victims may be.

Keywords: Crime reporting; confidentiality; physician attitudes; emergency service; child abuse; violence against women

GİRİŞ

Hekimler görevlerini yaparken işlenen bir suçun mağduru, faili ya da tanığı ile karşılaşabilirler. Örneğin çocuk istismarı, aile içi şiddet, yaralama, insan öldürme, gibi pek çok suçun mağduru ya da faili sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı duyabilir. Özellikle acil servisler suç sonucu yaralanma gibi durumlarda suça karışan kişilerin sağlık hizmetinden yararlanma ihtiyaçlarında önemli başvuru merkezleridir (1,2). Bu durumlarda hekimin yasalar çerçevesinde bildirimde bulunma yükümlülüğü vardır (3).

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) hekimlerin suçu bildirme yükümlülüğüne ilişkin iki önemli madde bulunmaktadır. Bunlar TCK'nın 279 ve 280'inci maddeleridir. TCK'nın 279'uncu maddesi "kamu görevlisinin suçu bildirmemesi" başlığını taşımaktadır. Bu maddeye göre kamu görevlilerinin görevleri ile bağlantılı olarak öğrendikleri, kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçu bildirmeyi ihmal etmeleri, suç oluşturmaktadır. Bu maddenin gerekçesinde kamudaki sağlık çalışanlarının, bu madde kapsamında sorumlu olduğu belirtildiğinden kamuda çalışan hekimlerin, bu maddeye göre bildirim yükümlülüğü olduğu kabul edilmektedir. Hekim, bu madde kapsamında bildiri yaparken başvuranın fail ya da mağdur olması, bildirim yapılmasına rıza gösterip göstermemesi durumları arasında fark gözetmeden, suçu yetkililere bildirmek zorundadır. Kamuda çalışan hekim, yalnızca kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren suçları bildirmekle yükümlüdür.

Kişilerin öğrendikleri suçları bu suçları takip edecek mercilere bildirmesi toplumun bu eylemler karşısında tepkisiz kalmamasını sağlayacak, kamu düzeninin korunmasına ve devletin adli görevlerini yerine getirmesine katkı sunacaktır. Görevlerinde devleti temsil eden kamu görevlilerinin öğrendikleri suçları yetkili makamlara bildirmeleri TCK'nın 279'uncu maddesinde kamusal görev olarak tanımlanmıştır. Devletin suçlar ile mücadele edebilmesi için suçlardan, faillerden veya mağdurlardan haberdar edilmesi gerekir.

Bu kapsamda kamu görevlilerinin suç bildirmemesi devletin kamu düzenini ve adaleti sağlamasını engelleyeceği için suç olarak tarif edilmiştir (3). Görevi sırasında suç ile ilgili bulgularla karşılaşan ya da suçun işlendiğini öğrenen hekimin suç bildirmemesi suç ile mücadele, adaletin sağlanması, devam eden suçun veya başkalarının zarar görmesinin önlenmesi açısından önemlidir. Buna karşın kanundaki hekimin suç bildirim yükümlülüğü, hekimin sır saklama ve hastaya zarar vermeme yükümlülükleri ile çelişebilmektedir (4). Bu kapsamda hekimler suç bildirirken bazı etik ikilemler ile de karşı karşıya kalabilir (5). Her suç için söz konusu olmasa da bazı suçlarda hastanın bildirimde bulunmak istememesi, suç bildiriminden sonra hastanın zarar görebilecek olması gibi konular hekimleri bildirim konusunda tereddütte bırakabilmektedir.

Hekimin suç bildirme yükümlülüğü açısından önem taşıyan bir diğer madde de TCK'nın 280'inci maddesidir. Bu maddenin özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarını kapsadığı savunulmaktadır. Bu çerçevede özel sektörde çalışan hekimler mesleklerini yürütürken karşılaştıkları her suç bildirmek zorundadır. Bu madde kapsamında bildirilecek suçun kamu adına kovuşturma ve soruşturmayı gerektirip gerektirmemesi ile ilgili herhangi bir sınırlama yoktur. Tedavi edilen kişinin mağdur ya da fail olması ya da bildirim yapılmasını isteyip istememesi de farka neden olmayacaktır. Araştırmanın bir kamu eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmış olması nedeni ile sağlık çalışanlarının suç bildirmesi ile ilgili bilgi ve bildirme tutumları 279. madde kapsamında belirlenmiştir. Araştırmada, 280. madde ile ilgili açıklamalara yer verilmemiştir.

Tıbbi kararların hızlıca alınması gereken koşullarda suç bildirmesi gibi önemli bir prosedürü de yerine getirmek durumunda kalabilen acil hekimlerinin suç bildirmesi ile ilgili mevzuat hakkında bilgi düzeyleri ve suçla karşılaştıkları durumlardaki tutumları kamu düzeninin sağlanması ve hastaların haklarının sağlanması açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmada bir kamu hastanesinde çalışan acil hekimlerinin suç bildirmesi ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları ile ilgili durum belirlenmeye çalışılmıştır. Acil servisler suç bildirmesi açısından önemli birimlerdir. Acil serviste görev yapan hekimlerin suç bildirmesi konusunda bilgi durumlarının ve yaklaşımlarının belirlenmesi etik ve yasal açıdan tartışma getiren hekimlerin konu ile ilgili eğitimleri ve hekimlere duyarlılık kazandırılması faaliyetleri açısından önemlidir. Araştırmada sağlık çalışanlarının bilgi seviyeleri ve bilgi eksiklikleri belirlenmeye çalışılmış belirlenen bilgi eksikleri çerçevesinde eğitimlerin içeriklerinin belirlenmesi yönünde önerilere yer verilmiştir. Araştırma kapsamında belirlenen tutumların nedenleri ile ilgili olasılıklar belirlenmiş ve yapılacak çalışmalara yönelik öngörüler sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Niteliksel tipte tasarlanan araştırma kapsamında Eylül-Ekim 2023 tarihinde İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinin acil servisinde görev alan 10 hekim ile (8 acil tıp asistan hekimi, 2 acil tıp uzmanı) derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar, görüşme öncesinde araştırma ve yapılacak görüşmenin içeriği konusunda bilgilendirilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan katılmayı kabul ettiğine dair onam alınmıştır. Veriler, katılımcıların rahat olduğu uygun bir ortamda mesailerine başlamadan önce veya mesailerinden sonra yüz yüze gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucu oluşturulan sosyodemografik özelliklere yönelik sorular ve on beş adet açık uçlu soruları içeren yarı-yapılandırılmış soru rehberi formu kullanılmıştır. Araştırmanın içeriği ile ilgili yasal çerçeve araştırmanın yürütücüsü olan hukukçu tarafından hazırlanmıştır.

Görüşmelerde katılımcıların izni ile ses kayıtları alınmıştır. Bu kayıtlar yalnızca araştırmacılar tarafından deşifre edilmiş ve yine araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir. Görüşmeler sırasında daha sağlıklı veriler elde edebilmek için belirli bir süre sınırlandırılması yapılmamıştır. Görüşmeler ortalama 40 dk sürmüştür. Verilerin 10. görüşmeden sonra doygunluğa ulaşması – yanıtların tekrar etmesi- nedeniyle görüşmecisi sayısı 10 ile sınırlı tutulmuştur.

Araştırmada tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan görüşmelerin aynı gün yazıya dökülmesinin ardından aynı gün ses kayıtları silinmiştir. Görüşmeleri yapan birbirinden bağımsız iki araştırmacı tarafından veriler ayrı ayrı değerlendirilip Atlas.ti programıyla kodlanmıştır. Tüm kodlamalar tamamlandıktan sonra araştırmadan elde edilen kodlara göre temalar ve alt temalar oluşturulmuştur.

Araştırmamızın etik kurul onayı ilgili üniversitenin Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 08/09/2023 tarihinde: 09.2023.1041 protokol numarası ile alınmıştır. Gerekli kurum izinleri de alınmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo 1 de sunulmuştur. Araştırmaya katılan 10 hekimin 6'sı erkek 4'ü kadındır. Katılımcıların yaşı 25 ile 46 arasında değişmektedir.

Tablo1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Deneyim süresi
K1	32	Kadın	Acil Asistanı	4 yıl
K2	25	Kadın	Acil Asistanı	1 ay
K3	26	Erkek	Acil Asistanı	2,5 yıl
K4	30	Kadın	Acil Asistanı	2,5 yıl
K5	38	Erkek	Acil Uzmanı	8 yıl
K6	25	Kadın	Acil Asistanı	1,5 ay
K7	34	Erkek	Acil Asistanı	3,5 yıl
K8	27	Erkek	Acil Asistanı	2 ay
K9	46	Erkek	Acil Uzmanı	12 yıl
K10	26	Erkek	Acil Asistanı	1,5 ay

Katılımcılar açıklamalarında suçu bildirme terimi yerine adli rapor bildirim terimini kullanmayı tercih etmiştir. Adli bildirim suç kapsamından daha geniş bir alanın bildirimini gerektirdiğinden araştırmamızda katılımcıların yalnızca suçu bildirmesi ile ilgili açıklamalarına yer verilmiştir.

Görüşmelerin analizinden sonra 5 ana tema altında oluşturulmuştur. Temalar Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Temalar ve Alt Temalar

1.Suçtu Bildirme Eğilimi	2. Hastanın Bildirimin Yapılmasını İstememesi Durumunda Tutumlar	3. Çocuklara Yönelik Cinsel İstismarda Yaklaşım	4. Hekimin Hastanın Sağlık Durumunu Öncelemesi	5. Diğer Branşlardan Destek
1.a. Katılımcının kendini ve hastayı koruma amacı				
1.b. Hekimin hasta beyanını esas alması				
1.c. Klinik Bulguların Beyanın Önüne Geçmesi				

Tema1. Suçu Bildirme Eğilimi

Katılımcılar suçla ilgili durumlarla karşılaştıklarında bunu bildirme eğilimindedir. Katılımcılar suçu veya suç şüphesini bildirmemenin, suç oluşturduğunun farkındadır. Katılımcıların geneli bunu dile getirmiştir. Suçu bildirme eğilimi ana temasında bildirim yapılıp yapılmamasında katılımcının kendini ve hastayı koruma amacı, bildirimde hastanın beyanının temel alınması ve bulguların hasta beyanından önce tutulması olarak 3 alt tema belirlenmiştir.

Alt Tema 1. Suçu Bildirmede Hekimin Kendini Koruma Kaygısı

Katılımcılar bildirim yapmanın kendilerini ve hastayı koruma açısından önemli olduğunu düşünmektedir. Suç şüphesi bulunan bir vakanın bildirim yapılıp yapılmaması durumunda hastanın başına daha olumsuz bir olayın gelmesi ya da malpraktis iddialarının bulunması durumlarında hekimler daha önemli yasal sorumluluklarla karşı karşıya kalabileceğini düşünmektedir (Tablo 3). Aldıkları bazı notların onları koruma açısından yeterli olup olmadığı hususunda kaygılar da taşımaktadırlar (Tablo 3.4).

Tablo 3. Katılımcı beyanları

1	"Sadece kendimi, ne derler, garanti altına almak için yapıyorum. Yarın öbür gün olayla alakalı bir şey sorulduğunda ben zaten bildirmiştim. ... Sadece kendimi savunmak için bunu yapıyorum." (K5, Erkek, Acil Tıp Uzmanı).
2	"Kendimizi korumak adına biz de asla o riske girmeyiz. ... Hatta biz o konularda biraz daha garantici davranıyoruz. Mesela her yüksekten düşmeyi, normalde ağaçtan düştüm geldim diyor ama şüpheli görüyorsa biz onu da adli tutuyoruz. Polis sorgulasın, şüphe etmiyorsa kendi aradan çıksın..." (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
3	"... Bir kere şöyle hani. Yani yazarım. Kendimi de korumam lazım. Yasal olarak yazarım." (K2, Kadın, Acil Tıp Asistanı).

Alt Tema 2. Hasta Beyanının Esas Alınması

Katılımcıların çoğu hastanın beyanını temel alarak adli bildirim gerçekleştirildiğini ve bu bildirimlerde suç unsuru bulunduğu, soruşturmanın ve ilgili işlemlerin yasal otoritelere bırakıldığını belirtmişlerdir (Tablo 4). Bir katılımcı da özellikle küçük kesiler gibi durumlarda hastanın beyanını temel alarak hareket ettiklerini bu konuda kuşku olsa bile önemsiz kesi nedeniyle prosedürel iş yüküne girişmenin makul olmadığını ifade etmiştir ("Ama mesela hasta geldi, küçük bir kesisi var bir yerinde. Elinde falan var. ... Şimdi orada yalan söylüyor falan gibi düşünüp çok böyle aşırı detaya girmiyoruz. Hani hayatı tehdit eden bir durum da yok. Hasta beyanına göre diye oraya yazıyoruz. ... Ya sen adli olabilirsin falan diye sürekli de böyle her hastaya adli rapor açmıyorsun. ... Hem bizim için hem polis için de gereksiz bir iş yükü oluşur." (K10, Erkek, Acil Tıp Asistanı). Bir diğer katılımcı da küçük kesinin bulunduğu bölgeyi göz önünde tutarak bildirim yapmıştır ancak bildirim konusunda tereddüt yaşamıştır ("Suisit şüpheli bir hasta boynunu jiletle kesmiş, ama hastayla konuştuğumda diyor ki hayır yanlışlıkla kestim diyor. Gerçekten derin olmayan bir yara. Gerçekten yüzeysel yani. Sütürüle edilebilir ama yüzeysel bir yara. Ondan sonra işte ben buna da bir rapor tuttum tabi ki") (K2, Kadın, Acil Tıp Asistanı).

Tablo 4. Katılımcı beyanları (hasta beyanının esas alınması)

1	"Çocuk diyor ki işte bana annem şiddet uyguladı, ben böyleyim. Yalan da olabilir, bilemezsin ama böyle bir beyanda bulunuyorsa sana, o beyan esastır. Sen onu da polise bildirirsin..." (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı).
2	"... Eğer hasta düştüğünü beyan ediyorsa benim için hastanın beyanı önemli." (K9, Erkek, Acil Tıp Uzmanı).
3	"... hastanın beyanına göre hareket ediyoruz."
4	"... bir şeyi doğrarken elimi kestim diyor. Şimdi orada hasta beyanına göre yazmak zorundayız yani." (K10, Erkek, Acil Tıp Asistanı).
5	"Bizzet bana zaten darp edildiğini söylediği zaman, ki darp ile uyumlu bulguları da varsa, bu zaten adli bir vakadır." (K4, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
6	"... Yalan da olabilir, bilemezsin ama böyle bir beyanda bulunuyorsa sana, o beyan esastır. Sen onu da polise bildirirsin, polis konuşur." (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı).

Alt Tema 3. Klinik Bulguların Beyanın Önüne Geçmesi

Katılımcılar, travma vakalarında tespit ettikleri klinik muayene bulguları ile hastanın beyanları arasındaki uyumsuzlukları göz önünde bulundurarak, adli bildirimleri oluşturma konusunda klinik şüpheyi temel aldıklarını beyan etmişlerdir (Tablo 5). Katılımcıların anlatımlarından çocuklar ile ilgili vakalarda bu konuda daha hassasiyet gösterdikleri anlaşılmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcı beyanları (Klinik Bulguların Beyanın Önüne Geçmesi)

1	"... Bir darp ile hastaneye başıyormuştum, merdivenden düştüm demişti ama ben lezyonlarını incelediğimde merdivenle düşmeyle pek bağdaştıramadım. ... Ona mesela hasta böyle bir şey bana bildirmemişti ama söylememesine rağmen ben kendim hastayı ilgili branşa sevk etmeden önce adli bildirimini yaptım, adli raporunu tuttum ilgili kolluk kuvvetine bilgi verdim." (K10, Erkek, Acil Tıp Asistanı).
2	"Yani hikayeye hastanın bize verdiği öykü uyuyor mu uyumuyor mu? ... Aynı seviyeden düşme de bu kadar büyük bir travma olmayacağı için bunda bir şüpheli durum var, kesinlikle bir şey araştırılabilir diye raporlarda bildirim yapılması gerekli." (K6, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
3	"Bir de mesela normalde evet elini meyve soyuyorken elini kesebilirsin ama bu insan ne bileyim bacağına bıçaklasın ki, yani her şey değişebilir."(K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
4	"Sadece izole ulna kırığı hesapladık. Düşme mekanizmasına göre daha çok şaft kırığı bekliyoruz onlarda. İzole ulnanın bu şekilde kırılmasının bir anlamı yok yani. Çok izole çarparsan belki kırabilirsin. Ama düşme mekanizması böyle dem üzerine, orada şaf kırığı çıkması lazım. Ama izole ulnayı. Mesela onların verdiği anamnezle netice arasında bir farklılık vardı. Onu da mesela bildirmiştik."(K7, Erkek, Acil Tıp Asistanı)
5	"...Hikaye uyumuyorsa ya da yüksek enerjiyle beklemediğimiz bir kırık varsa ama onların anlattığı şey de aynı şekilde değilse bu tarz şeylere dikkat ediyoruz. (K4, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
6	"...balkondayken el sallatıyordum, birinci katta çocuk düştü diye geliyor. ... Çünkü burada ebeveynin sorumsuzluğu var. Ondan sonra o çocuğu o şekilde tutup niyetli bir hareket yapıyor olsa bile yaptırmaması, dikkatli olması gerekiyordu. Dolayısıyla orada çocuğun başına gelebilecek travmaya bağlı çoğu olumsuz olayı zaten biz adli vaka olarak açıyoruz. (K5, Erkek, Acil Tıp Uzmanı)

Tema 2. Hastanın Bildirim Yapılmasını İstememesi Durumunda Tutumlar

Katılımcılar hastanın bildirimde bulunulmaması talepleri ile sık sık karşılaştıklarını, bunun yanında hastaların yanıltıcı bilgiler verdiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların neredeyse tamamı bu konular ile ilgili örneklere yer vermiştir ("Mesela hasta işte ben evde bıçağın üzerine düştüm, yok işte yolda geçerken bir yere dayandım ve bıçak girdi ya da kendi kendime bıçakladım gibi vakalar olduğu için biz vakaları adli olarak bildiriyoruz.") (K9, Erkek, Acil Tıp Uzmanı). Hastaların hangi neden ile olursa olsun bildirmeme taleplerinin bulunduğu durumlarda katılımcılar, yasaların verdiği zorunluluğu göz önünde tutarak bildirme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların geneli bildirim kendi yükümlülükleri olduğunu ve olayın suç içerip içermediği ya da şikâyet olup olmayacağı hususunun polis ve savcının konusu olduğunu belirtmekte ve bildirim ve suçun tespiti konularını birbirinden ayırmaktadır. Bu hususu da hastaya açıklamaya çalışmaktadır (Tablo 6).

Katılımcılar, bildirim yaparken hastaları bilgilendirme çabası göstermekte ve onları bildirim yasal gerekliliği hakkında uyarıya çalışmaktadır (Tablo 6). Hatta katılımcıların bazıları, hastanın baskı nedeniyle bildirimden çekindiğini fark ettikleri bazı olaylarda ayrıca çaba göstererek duyarlı çözümler üretmeye çalışmaktadır. ("Hasta geldi ama bildirim yapılmasını istemiyor, ben yine böyle hastalara birkaç defa mesela kadın gelmişti, eşinden çekiniyordu, tek başına muayene ediyorum, ona da durumları anlatıyorum, bazen arkaya müşahedeye alıyorum, işte kan tetkik falan isteyip böyle olayı uzatıyormuş gibi gösteriyorum ve polisle hastayı konuşturuyorum. Ama konuştuğunda eğer böyle bir şey istiyorsa eşinden saklayabildiğimiz kadarıyla böyle arkadan gizli bir şekilde sosyal hizmetleri arıyoruz, çağırıyoruz, gelip konuşuyorlar. Kadın hala talep ediyorsa kalmak istiyorsa kalıyor ama istemiyorsa da yapacak bir şey yok yani" K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)". Katılımcılar, kadına yönelik şiddet ile ilgili vakalarda duyarlı yaklaşımları olsa da çocuklara yönelik şiddet olaylarında daha belirgin bir duyarlılıkla hareket etmekte ve vakaların bildiriminde hiçbir tereddüt göstermemektedir.

Tablo 6. Katılımcı beyanları (hastanın bildirimini istememesi)

1.	"...Tatlı dille bildirmek zorundayız derim. ... Ha derim ki, ben bunu yazmak zorundayım. Hani siz isterseniz olursunuz, isterseniz olmazsınız." (K2, Kadın, Acil Tıp Asistanı).
2.	"Genelde hasta yakınlarının şu şekilde manipüle etmeye çalışıyorum, ben bildirim yapayım sen istiyorsan olaydan şikayetçi olma çünkü bıçaklanan sensin, ...Şikâyet hakkı olan da sensin.... Onun bildirimini yaparım, geri kalanını artık hastayla polis kendi arasında konuşurlar." (K5, Erkek, Acil Tıp Uzmanı)
3.	"... Bildirim yapılması istenmese bile yapmak zorundayız. Şüphemiz varsa yapmak zorundayız. Bizim görevimiz, insanları orada hâkim, savcı gibi yargulamak değil. Olanı yazmak zorundayız. Şüphe varsa, Darp cebir gibi. Yazacağız, kolu kuvvetinde bildirim yapacağız. Ondan sonrası polislerle alakalı." (K10, Erkek, Acil Tıp Asistanı)
4.	"Durumu bildiriyoruz ama şöyle bir olay var işte zaten, oradan sonrası şikayet, polise gittiği zaman adli vakamız şikayet edip etmemek hastaya kalmış bir şey haline geliyor. Mesela polise şunu demeyi seçebilir, ben kocamdan şikayetçi değilim." (K4, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
5.	"Tamdığım bir insan eşini dövmüştü. Hastanede çalıştığımız bir iş arkadaşımız eşiyile kavga etmişti. .. O bir kere demişti hani yazmayalım etmeyelim bilmem ne çok ısrar etmişti ama biz yine de yazmıştık. Ne gördüysem onu yazmakla yükümlüyüm zaten. Tabii olayın içeriği de beni ilgilendirmiyor..." (K8, Erkek, Acil Tıp Asistanı)

Tema 3. Çocuklara Yönelik Cinsel İstismarda Yaklaşım

Çocuklara yönelik cinsel istismarda suç bildiriminde ayrıca hassasiyet görülmüştür. Ancak katılımcıların cinsel ilişkiye girme yaşı konusunda bazı bilgi eksikliklerinin olduğu da katılımcılar tarafından ifade edilmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcı beyanları (Çocuk istismarında yaklaşım)

1.	"Ya şimdi cinsiyet ilişkisine girmelerine suç mu? Suç erkek on sekiz yaşın üzerinde olursa suç diyebiliyorum. İlişkiye girenlerden birisi on sekiz yaşın üzerindeyse, birisi on sekiz yaşın altındaysa suç diyebiliyorum ama ikisi de on sekiz yaşın altındaysa o konuyu bilmiyorum tam olarak. Yani bildirmem diye düşünüyorum. Çünkü ikisi de 18 yaşın altında cinsel yolda bulaşan bir hastalığına beni ilgilendirmiyor açıkçası o. ... İkisi de 18 yaşın altındaysa ya bilmiyorum ama biraz teknik soru bilmiyorum açıkçası da. Ama bildirmem diye düşünüyorum." (K8, Erkek, Acil Tıp Asistanı)
2.	"18 yaş altı kesinlikle bildiririm. Tabii ki rıza önemli bir faktör. İkisinin rızasının olması bir şey değiştirmiyor. Yani yasadaki tam karşılığı bilmiyorum ben suç diye biliyorum. Yanlış biliyorsam bile yine dediğim gibi polis karar verir. Her türlü şüphede bildirme yapıyor. Yanlış yapıyorsam da bilmiyorum artık. 18 yaş altı, bize mesela geliyor bazen; hatta 17 yaş ve 9 aylık falan Beta-HCG pozitif oluyor. Gebelik pozitif çıkıyor. Onu hemen adli bildirimini yapıyoruz sonra." (K7, Erkek, Acil Tıp Asistanı)
3.	"Gebe gelse kesinlikle adli tutarım. Yani 18 yaş altı gebe mutlaka tutarım ama hani sadece cinsel yolda bulaşan hastalık için adli tutar mıyım tutabilirim, tutmaya edebilirim." (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
4.	"18 yaş üstü, 18 yıl 3. ayında olan ve cinsel bir yolda bulaşan bir hastalık şüphesiyle başvuran bir kadın ya da erkek hastamı olsaydı ben onu sadece tedavi eder. Ondan sonra da gönderirdim. Ama yaş 18'in altına düştüğünde, isterse 1 ay önce olsun, istiyorsa 5 sene önce olsun, 13 yaşında olsun, 17 yıl 11. ayında olsun, reşit şeyin altında olduğu için bunun bildirilmesinde bence fayda var. (K5, Erkek, Acil Tıp Uzmanı)

Tema 4. Hekimin Hastanın Sağlığı ve hayatını önceleme

Katılımcılar suç ile karşılaştıklarında, hastanın hayatı durumuna öncelik vermektedir. Katılımcılar, hastanın sağlığını ve yaşamsal stabilitesini korumaya öncelik vermektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcı beyanları (Hastanın sağlığı ve yaşamını önceleme)

1.	"Hastanın hayatı durumunu değerlendiriyoruz. Yani hasta şu suçu işlemiş, bu suçu işlemiş, ondan yaklaşmış. ... Hani mesela hırsız geldi ya da suçlu biri geldi. Yaklaşımımız değişir mi? Çok değişmez yani" (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
2.	"Onun dışında belki hastanın kaçabilme ihtimali, çevresi için risk teşkil edecek bir durumu varsa onu belki biraz daha korunaklı bir yere alabiliriz. Belki bir özel oda gibi ya da daha köşede takip etmek, başına daha fazla polis görüntüleri koymak gibi" (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)
3.	"... Bizim için önemli olan daha çok hastanın vital stabilizasyonu, acil yaklaşımını değerlendir, geri kalanı zaten polise bildiriyorsun. ... Bizim için önemli olan hastanın hayatı durumu, yaklaşımı onu yapıyoruz, geri kalanını polise bildirim yapıyoruz. Dedim gibi bize çıkartmayım derse taburcu etmiyoruz." (K1, Kadın, Acil Tıp Asistanı)

Tema 5. Farklı Branşlardan Yardım

Katılımcılar, güvenlik sağlama veya hatalı uygulamalardan kaçınma amacıyla, diğer branş veya görevlilerden yardım talep etmektedirler (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcı Beyanları (Farklı branşlardan yardım)

1	<i>"Bu durumda da direkt adli diye yaklaşmaktan ya da direkt bildirim ya da suç diye yaklaşmaktansa biraz daha hikâyeyi alıp bu konuda uzmanlaşmış, Dermatoloji olabilir. ... Bir adli tıp uzmanı olabilir. Pediatrist olabilir. ... Kadın doğum uzmanı olabilir. Bunlarla danışıp bir şey yazmak daha uygun olur."</i> (K6)
2	<i>Bu eşine şiddet gören kadın hastaları için ek olarak bir de sosyal hizmetler konsultasyonu da yapıyoruz. ... Sosyal hizmetlerle beraber görüşüp gizlice onlara anlatır falan. Ben onun adlisini tutarım (K1)</i>
3	<i>Şüphelendiğimde sosyal hizmete danıştığım oluyor, çocuk hastaları özellikle. (K4).</i>

TARTIŞMA

Katılımcılar, suçun bildiriminde yasaların zorunluluk getirdiğinin farkındadır ve yasaların getirdiği zorunluluğa uymamanın getireceği yasal sorunlardan (malpraktis, suçun ortaya çıkması) korunmak üzere bu tutumda olduklarını beyan etmiştir. Katılımcıların bildirimde hastanın beyanını temel alma yönündeki yaklaşımı hastanın durumunu önemsediklerini, hastayı suç bildirimine başvuru konusunda pasif bırakmadıklarını, hastanın anlattıkları kapsamında süreci sürdürme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Katılımcılar, esas yükümlülüklerinin suçu ya da şüpheli bildirmek olduğunu, suçun olup olmadığının tespitinin polis ya da savcının görevi olduğunu söylediler de hastanın beyanı ile muayenede elde ettikleri bulgularda çelişki bulmaları halinde bulgulara göre bildirim yapmaları katılımcıların yetkililere doğru bilgi sunma kaygısını taşıdıklarını da göstermektedir. Dahası katılımcılar, bulgular konusunda tereddüt yaşadıkları durumlarda diğer branşlardan konsültasyon alarak doğru bilgi sunmaya ayrıca çaba harcamaktadır.

Hastalar çeşitli nedenler ile bildirim yapılmasını istemeyebilir; bu nedenler arasında üçüncü kişilerin öğrenmemesi isteği, yeni bir şiddet, baskı veya tehdit riski altında olma, iş kaybı, yaşam konforunun bozulmaması gibi faktörler bulunabilir. Örneğin ABD’de kadına yönelik şiddette mağdur kadınların suçun bildirim ile ilgili tutumları ile ilgili yapılan araştırmada kadınların istismarcının misilleme yapması korkusu, ailenin dağılması korkusu, hukuk sistemine güvensizlik, hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde mahremiyet ve özerkliğin tercih edilmesi gibi nedenlerle bildirim yapılmasını istemediği belirlenmiştir (6). Suç bildirimi kamu düzeni ve adalet açısından önemli olmakla birlikte hekimin sır saklama yükümlülüğü ve hastanın özel hayatına saygı bağlamında ikilemlere neden olabilirler (4). Bunun yanında hekimin bildirimde hastaya sağlayacağı yararın, olası zararın önüne geçememe durumları, zarar vermeme ilkesi açısından da ikilemlere yol açabilir. Katılımcılar, hastanın bildirim yapılmasını istemediği durumlarda bildirim zorunluluğuna önem vererek, bildirim yapma yönünde davranmaktadır. Katılımcıların hem hastaların bildirim yapılmaması için yanlış beyanlarda bulunduğunu fark ettiklerinde hem de bildirim yapılmasını istemediklerinde bildirimde bulunmayı tercih etmeleri, suçun bildiriminde hekim-hasta ilişkisinde gizliliği daha ikincil olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Araştırmada yer verilen kadına ve çocuğa yönelik şiddet mağdurları ile ilgili vaka örneklerinin de katılımcıları bu yönde açıklama yapmaya sevk ettiği düşünülebilir. Katılımcıların kadına ve çocuğa yönelik şiddetin bildirimindeki kararlılığı, dünyada ve ülkemizde kendini gösteren bu yöndeki şiddetin olumsuzluklarının sona erdirilmesine katkı sağlama amacıyla olduklarını düşündürmektedir. Ancak hırsızlık suçu ve diğer yaralama suçları ile ilgili verdiğimiz vaka örneklerinde de katılımcılar benzer yönde görüş belirtmiş ve burada kendilerinin esas görevinin bildirimde bulunmak olduğunu belirterek bildirimle ilgili ikilemlere değinmemişlerdir.

Kadına yönelik şiddet vakalarında katılımcılar, kadınların özellikle failden dolayı taşıdıkları korku nedeniyle bildirimde bulunulmasını istemediklerinin farkında olarak bildirim yapılmasını kolaylaştırmak için çözümler araması kadına yönelik şiddet ile ilgili duyarlı bir yaklaşıma sahip olduklarını akla getirmektedir. Ancak kadınların bildirim durumunda küçük düşme, ailenin dağılması, özgüven eksikliği, kamu tarafından alınan önlemlerin yetersizliği, güvenlik ve hayati tehlike gibi nedenlerle de bildirim yapılmasını istemeyecekleri hususlarına da duyarlı yaklaşımlar gösterilmesi önemlidir.

Katılımcıların bildirim konusunda hastalarla iş birliği yapmak üzere hastaları bildirim konusunda bilgilendirmesi katılımcıların hastaları bu konuda pasif bırakma eğiliminde olmadıklarını göstermektedir. Ancak bazı katılımcılar hastayı bildirim konusunda bilgilendirirken “ikna” ve “manipüle” etme kelimelerine de yer vermiştir.

Çocuklara yönelik şiddet vakalarında bildirim konusunda katılımcıların daha kesin ifadeler ile konuşması çocukların daha da korumaya muhtaç bir noktada bulunmaları ile ilgili olabilir (7). 2021’de Adana ilinde aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %25’inin durumu fark edememe, sosyal hizmetler ile ilgili kurumların yetersiz kalabilme olasılığı, çocuğun daha olumsuz koşullarda kalmaması gibi nedenlerle çocuk istismarı vakalarını bildirmedikleri rapor edilmiştir (8). Bu araştırmadaki katılımcıların tamamı bu yaklaşımlara değinmemiş çocuk istismarı vakalarını bildirdiklerini beyan etmiştir. Ancak katılımcıların özellikle çocukların cinsel istismarı konusunda net bilgilere sahip olmadığı yönündeki ifadeleri ve anlatımlarındaki bazı yaklaşımlar bu konuda önemli bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Özellikle çocukların cinsel istismarı vakalarında hekimlerin yasal çerçeve konusunda bilgilendirilmesi suçun bildirim konusunda yanlış yaklaşım göstermelerini engelleyecek yasalara uygun tutum göstermelerini kolaylaştıracaktır. “Ya şimdi cinsel ilişkiye girmelerine suç mu? Suç erkek on sekiz yaşın üzerinde olursa suç diyebiliyorum. İlişkiye girenlerden birisi on sekizin üzerindeyse, birisi on sekizin altındaysa suç diyebiliyorum ama ikisi de on sekizin altındaysa o konuyu bilmiyorum tam olarak. Yani bildirmem diye düşünüyorum.” Bu ifadeyi gözden geçirdiğimizde katılımcı yanlış olarak yalnızca erkeğin yaşının 18’i geçmiş olmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Aynı ifadeye yine yanlış olarak her iki kişinin 18 yaşın altında olduğu durumların suç oluşturmayacağı belirtilmiştir. Bu gibi bilgi eksikliklerinin bildirim yapıp yapılmamasında hekimlerin yanlış karar vermelerine neden olabileceğine dikkat çekecek bilgilendirici faaliyetlerde bulunmak önemlidir.

Suç bildirim süreclerinde hastanın sağlığı ve hayatına öncelik verilmesi husus önemli bir başlıktır. Katılımcılar bu konuda duyarlı yaklaşım gösterme çabasındadır. Bu konuda hastaya işlediği ya da mağduru olduğu suçtan bağımsız yaklaşım içinde olduklarını ifade etmiştir. Hastaya zarar vermeme ve hastanın beden bütünlüğüne saygı hakkı bağlamında önemli olan bu yaklaşım katılımcıların bu konudaki mesleki duyarlılıklarını göstermektedir.

SONUÇ

Katılımcılar, suç bildiriminde gündeme getirilen suçu bildiriminde meslek sırrı veya hastanın korunması tartışmalarında suçu bildirmeye daha ağırlık vermekte ve neredeyse meslek sırrı konusunu hiç göz önünde bulundurmamaktadır. Bu durum yasal düzenlemenin getirdiği sert kurallardan kaynaklanmaktadır. Katılımcılar suçu bildirmede, hastanın sağlığını önceleme, hayatını koruma gibi temel mesleki ilkelere duyarlı yaklaşımları göstermektedir. Ancak hekimler, suç bildiriminin meslek sırrı ve hastanın zarar görmemesi bağlamında getirebileceği sorunlara duyarlı yaklaşım gösterme konularına değinmemiştir. Bu bağlamda hekimlerin suçun bildiriminde hastaya zarar verme risklerine karşı duyarlı yaklaşım göstermesi konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Kadına yönelik şiddet suçları gibi suçlarda kadının bildirim yapılmasını istememe nedenleri, bildirim kadına verebileceği zararlar gibi konulara dikkat çekecek duyarlılık kazandırma eğitimleri, hekimlerin hastalara daha az zarar verecek bildirim yaklaşımları göstermelerine olanak sağlayacaktır.

Hekimlerin yetersiz bilgiye sahip olduğu çocuğun cinsel istismarı suçlarında yasal düzenlemelerin içeriği, yasal çerçevede bu suçların nasıl düzenlendiği, fail ve mağdurlarının kimler olabileceği gibi konularda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirmelerin yapılması, hekimlerin yasalara uygun hareket etmelerini sağlayacağı gibi çocuğun cinsel istismarı olaylarında failerin adli süreçlere sevk edilmesini kolaylaştıracaktır.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

İstanbul'daki bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilen çalışmamız farklı hastanelerin acil servislerindeki hekimlerin tutum ve davranışlarını yansıtmayabilir.

Çalışma sadece acil servis hekimlerinin perspektifine odaklanmıştır; diğer sağlık çalışanlarının, hukukçuların veya hastaların görüşleri bu çalışmada ele alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- 1) Malkeet Gupta, Troy E. Madsen, Troy E. Madsen, Mandatory Reporting Laws and the Emergency Physician, *Annals of Emergency Medicine*, Volume 49, no. 3: March 2007, 369-376.
- 2) Zeren, C., Karakuş, A., Çelikel, A., Çalışkan, K., Aydoğan, A., Karanfil, R., & Çelik, M. (2015). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 2(7).
- 3) Emin Artuk, Ahmet Gökçen, Ahmet Caner Yenidünya, Ceza Hukuku Özel Hükümler, Adalet Yayınevi 13. Baskı, Ankara, 2013.
- 4) Aşkın, U. (2021). Hekimin Sir Saklama Yükümlülüğü İle Suçu Bildirmeme Suçu Arasındaki İlişki . *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi* , 11 (2) , 1368-1394 . DOI: 10.32957/hacettepehdf.1011205
- 5) Kristin E. Schleiter, JD When Patient-Physician Confidentiality Conflicts with the Law, *American Medical Association Journal of Ethics* February 2009, Volume 11, Number 2: 146-148.
- 6) Michael A. Rodriguez, Andrea M. Craig, Donna R. Mooney; Heidi M. Bauer, Patient Attitudes About Mandatory Reporting of Domestic Violence Implications for Health Care Professionals, *WJM*, December 1 998-Vol 169, No. 6: 337-341.
- 7) Joel M. Geiderman, Catherine A. Marco, Mandatory and permissive reporting laws: obligations, challenges, moral dilemmas, and opportunities, *JACEP Open* 2020;1:38–45. Curt Richardson, Physician/Hospital Liability For Negligently Reporting Child Abuse, *The Journal of Legal Medicine*, 23:131–150.
- 8) Yavuzalp Solak & Banu Elcin Yoldascan & Ramazan Azim Okyay, Assessment of the knowledge, awareness, and attitudes of family physicians in Adana regarding child abuse and neglect, *Journal of Public Health: From Theory to Practice* (2021) 29:1135–1142.

Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Alanına Ait Anabilim Dallarının, Akademik Kadroların ve Lisansüstü Tezlerin Nicel İncelenmesi

Quantitative Investigation of Departments, Academic Staff and Graduate Theses in the Field of History of Medicine and Ethics in Turkey

Oya ÖGENLER^a, Ahmet AKSU^b

Özet

Giriş: Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik alanında yapılan tez çalışmalarının lisansüstü öğrencilerin eğitimi yanı sıra doğrudan veya dolaylı olarak sağlıkla ilgili konularda sorunların tespit edilmesi ve çözümlenmesine katkı sağladığı ileri sürülebilir. **Amaç:** bu çalışmada Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dallarının, alanda çalışan öğretim elemanlarının dağılımı ve tez çalışma konuları bakımında genel bir irdeleme yapmak, güncel durumun değerlendirilmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı türde olan bu çalışma 1-31 Ekim 2023 tarihleri arasında YÖK web sayfasındaki Tıp Tarihi ve Etik Anabilim dalları ve mevcut öğretim elamanları ve Ulusal Tez Merkezinde bu alanda yazılan tezler Anabilim Dalı’nın farklı isimlerine göre belirlendi. Excel programına veriler aktarılarak değerlendirildi. **Bulgular:** YÖK web sayfasında yer alan bilgilere göre ülkemizde 58 Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında 28 profesör, 20 doçent, 38 doktor öğretim üyesi, üç öğretim görevlisi 13 araştırma görevlisi bulunduğu; Ulusal Tez Merkezi web sitesindeki bilgilere göre ise alana ait 266 tez yayımlandığı, tezlerin 112’sinin tarih, 154’nün etik konuları üzerine olduğu; tezlerden 112’sinin yüksek lisans, 142’sinin doktora, 12’sinin ise tıpta uzmanlık derecesinde yapılan çalışmalardan üretildiği tespit edildi. **Tartışma ve Sonuç:** Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dallarının ve görev yapan öğretim elemanı dağılımının ülkemizdeki üniversitelerin genel dağılımına benzer olduğu düşünülmektedir. Alanda lisansüstü yapılan tez çalışmalarında etik ve tarih üzerine konularla ilgili seçimin benzer oranda olmasının, alanın kendine has özelliğine uygun olumlu bir bakış açısı olarak değerlendirildi. Son olarak çevrim içi ortamda bulunmayan Tıp Tarihi ve Etik alanında yapılan çalışmaların kısa zamanda dijitalleştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp tarihi; etik; üniversite; akademik tez; öğretim elemanı

Abstract

Introduction: Thesis studies in the field of History of Medicine and Ethics in Turkey contribute directly or indirectly to the identification and solution of health-related problems as well as the education of graduate students. **Objective:** This study aimed to provide a general overview of the Departments of History of Medicine and Ethics in Turkey, the distribution of faculty members working in the field, and the topics of thesis studies, as well as contribute to the evaluation of the current situation. **Method:** This cross-sectional descriptive study was conducted between October 1 and 31, 2023, by identifying the Departments of History of Medicine and Ethics and current faculty members on the YOK web page and the theses written in this field in the National Thesis Center according to the different names of the department. The data were transferred to the Excel program and evaluated. **Results:** According to the information on the YOK website, there are 28 professors, 20 associate professors, 38 doctoral faculty members, three lecturers and 13 research assistants in 58 Departments of History of Medicine and Ethics in our country.

^a Doçent Doktor, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye. ✉ oyaogener@gmail.com ORCID: 0000-0002-5118-6170

^b Yüksek Lisans Öğrencisi, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye. ORCID: 0009-0006-3551-4812

Gönderim Tarihi: 19 Kasım 2023 • Kabul Tarihi: 21 Aralık 2023

According to the information on the National Thesis Center website, 266 theses were published in the field. One hundred twelve of the theses were on history and 154 on ethics; 112 of the theses were master's degrees, 142 were doctoral degrees, and 12 were produced from studies conducted at the medical specialty degree. Discussion and Conclusion: The distribution of the Departments of History of Medicine and Ethics in Turkey and the distribution of faculty members is similar to the general distribution of universities in Turkey. The similar selection of topics on ethics and history in postgraduate thesis studies in the field was evaluated as a positive perspective in accordance with the unique characteristics of the field. Finally, it is important to digitize the studies in the field of History of Medicine and Ethics, which are not available online, in a short time.

Keywords: *History of medicine; ethic; university; academic thesis; instructor*

GİRİŞ

Tıp eğitimi açısından akademisyenlerin ve öğrencilerin tıp tarihi ve etik eğitimi hakkında neler düşündükleri merak edilen ve üzerinde tartışılan araştırma konularından birisidir. Literatürde bulunan çalışmalarda tıp tarihi ve etiği eğitimi alan öğrencilerin eğitimden nasıl etkilendiği, mesleki becerilerine nasıl yansıtıkları ve elde edilen verilere göre müfredatta neler olması gerektiği üzerinde irdelemeler yapılmaktadır. Dünya Tıp Birliğinin 1999 yılındaki 51. Genel Kurulu'nda "dünyadaki tüm tıp fakültelerine, programlarına zorunlu ders olarak "tıp etiği ve insan hakları eğitimi" eklemelerini önemle önermeye karar verilmiştir. Çalışma alanı tıbbi uygulamalardan kaynaklanan değer sorunları üzerine olan tıp etiğinin eğitiminde Dünya Tıp Birliği'nin politikaları üzerine yapılandırılan konuların yer alması önemlidir. Modern sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılan karmaşık ve çok boyutlu ikilemleri yetkin biçimde çözebilme beklentisi ile hekim adayının tıp eğitimi müfredatında yer alan Tıp Tarihi ve Etik konularındaki akademik başarısının mesleki beceriye katkısı açıktır (1-5). Etik eğitiminde kullanılan bilişsel öğrenme hedefine yönelik vaka örneklerinin çalışılması; davranış değişikliğine yönelik küçük gruplarla eğitim; görsel olarak filmlerin tartışılması gibi birçok yöntemin etik eğitimi alan hekim adayının üzerinde olumlu etkisi olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmaktadır (4,5). Tıp tarihi eğitimiyle ise hekim adayı tarihsel olarak tıbbi uygulamalarda, epistemolojik anlayışta ve ahlaki kanaatlerdeki değişiklikleri algılayabilecektir. Hekim adayı, tıp tarihi öğrenimi ile insanlık düşünce tarihini bütünleştirebilir; tarihteki bilimsel keşiflerin analizini yaparak bilim araştırmalarındaki metodolojiyi anlayabilir, tıp ile toplum arasındaki ilişki üzerinde farkındalığı artabilir (1,2,4,6). Dünya Tıp Birliğinin etik eğitimi zorunlu kılması ancak tıp tarihi eğitimine yönelik zorunluluğun olmaması ülkeler arasındaki tıp tarihi ve etik alanına özgü müfredat farklılığına neden olabilmektedir. Tarih ve etik eğitiminden beklenti her iki alanın amacına uygun şekilde farklıdır. Ancak ülkemizdekine benzer etik ve tarih boyutu birlikte verilen eğitimlerin hekimlik mesleğinin tarihsel-toplumsal-felsefi ahlaki boyutları hakkında bilgi ve bilinç kazandırma yoluyla hekim kimliğinin oluşmasına katkı sağlayacağı açıktır. Ek olarak Tıp Tarihi ve Etiği eğitimi mesleğin icrası sırasında davranış ve tutum açısından pratik amaca da hizmet etmektedir (3,5,6).

Türkiye'de Tıp Tarihi eğitiminin Cumhuriyet öncesinde Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin eğitim müfredatı içinde bulunması dikkati çekicidir. Tıp tarihi çalışmalarının bu dönemdeki doktorların tıp fakültesinde Türkçe eğitim istemesiyle başladığı ileri sürülmektedir. Tıp eğitiminde kullanılan kelimelerin Türkçe karşılıklarının araştırılması için eski metinlerden yararlanılmış, 1873 yılında Fransızca-Türkçe sözlük basımı yanı sıra tıp tarihiyle ilgili birçok metin basılmıştır. Türklerin tıp bilimine katkıları Osman Şevki Uludağ (1889-1964) ve Galip Ata (1879-1947) tarafından 20. yüzyıl başlarında yapılan tıp tarihi çalışmalarına odaklanmasıyla ortaya çıkarılmıştır. İlk Tıp Tarihi ve Deontoloji kürsüsünün kurulması, 1933 yılında Dr. Akil Muhtar Özden'in (1877-1949) tıp fakültelerini yeniden yapılandırması ve Süheyl Ünver'in (1898-1986) görevlendirilmesiyle gerçekleşmiştir. Ünver'in çabası sayesinde Türk Tıp Tarihi Kurumu (1940) kurulduktan sonra Türk Tıp Tarihi'nin ilk dergisi yayın hayatına başlamıştır. İkinci Tıp Tarihi Kürsüsü ise 1946 yılında Feridun Nafiz Uzluk'un (1902-1974) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör olmasıyla kurulmuştur.

Farklı yerlerde aynı konu üzerinde çalışan iki iyi arkadaş Ünver ve Uzluk zamanın koşullarına göre bilgilerini mektupla paylaşmış, Deontoloji ve Tıp Tarihi'nin Türkiye'deki ilklerini gerçekleştirmeyi başarmıştır (1,2).

Tıp Tarihi ve Etik Alanında çalışan bilim insanlarının görevinin sadece mesleğe yönelik etik eğitimi olmadığı açıktır, milli kültürü oluşturma, özerk, yüksek kalitede insan gücü yetiştirme, teknik ve yönetsel bilgi sağlama, ek olarak öğrenci eğitimi, bilim ve bilgi edinme gibi alt başlıklar dışında toplum içinde yaşanan sorunlara çözüm üretme ve toplumla işbirliği yapma zorunluluğu da bulunmaktadır (1,2,7). Ayrıca bilim etiğinin gereklerinden birisinin üniversite ortamında bilim insanının eğitici ve araştırmacı olarak öğrenciye model olduğu ileri sürülebilir (8).

Lisansüstü eğitimin önemi

Bu çalışmada nitel verilerin analiz çerçevesi üçüncü araştırmacı (MAG) tarafından geliştirilmiştir. Literatürlere dayalı olarak (13,14,15), bu çalışma sürecinde geliştirilen "Çoklu/katmanlı bağlamsal okuma ve analiz çerçevesi" üç aşamadan oluşmaktadır. Tanımlanan bu aşamalar dikkate alınarak nitel analiz şu şekilde yapılmıştır. Birinci aşamada iki araştırmacı (MS, SYİ) ilk okuma ve analiz için verileri öncelikle bağımsız bir şekilde analiz etmiş, anlatılarda ortaya çıkan metaforları, temaları ve anlatıların bağlamlarını belirlemişlerdir. Sonrasında iki araştırmacı bir araya gelerek bu çıktılar üzerinde ortaklaşmışlardır. İkinci aşamada, üç araştırmacı, ilk aşamada ortaya çıkan çıktılar üzerinden araştırmanın kavramsal/kuramsal çerçevesini ilk haliyle oluşturmuşlardır. Üçüncü aşamada, öncelikle, ileri analiz ve doğrulama için iki araştırmacı (MS, SYİ), oluşturulan kavramsal/kuramsal çerçeve üzerinden verilere tekrar dönerek hem kavramsal çerçeveyi hem de ilk analizde ortaya çıkan tema, alt tema ve bağlamları gözden geçirmiş ve olgunlaştırmışlardır. Daha sonra üç araştırmacı tarafından temalara ve araştırmanın kavramsal çerçevesine son şekli verilmiştir (Şekil 1).

Üniversitenin saygınlığı, öğrencilerini eğitmesi ve geleceğe hazırlayabilmesi yanı sıra sahip olduğu yüksek lisans, doktora veya sanatta yeterlilik gibi lisansüstü programlarını kapsayan eğitim faaliyetlerine bağlıdır (9). Lisansüstü eğitim, hem bilimsel alana hem de pratik uygulamaların yapıldığı, bireyin kariyer hedeflerini gerçekleştirdiği, sahaya yüksek kalitede insan gücü yetiştirme amacıyla gerçekleştirilen bir etkinliktir. Uzmanlık alanına özgü akademik deneyim, üniversite çevresi veya araştırma sahası içinde teorik ve uygulamalı dersler yanı sıra tez çalışması ile elde edilmektedir (9-12). Lisansüstü eğitim alan öğrencinin yetkinliği, uzmanlaşması için seçtiği alanda yüksek düzeyde bilgi ve teknik becerilerin gelişiminin desteklenmesi; yüksek nitelikli eğitim almasının sağlanması, hesap verebilirlik çerçevesinde profesyonel standartları başarması; bilim kariyeri ve meslek yaşamı için hedeflerine ulaşabilmesi ile mümkündür. Lisansüstü öğrencinin sahip olduğu entelektüel ve kültürel zenginliğinin artırılarak yaşam boyu öğrenmesinin teşvik edilmesi de önemlidir (9). Aynı zamanda yapılan araştırmalar, lisansüstü eğitimin, bireylerin kişisel ilişkilerini, akademik ve sosyal yaşamlarını önemli ölçüde değiştirdiğini ve uzmanlıklarını artırdığını, işgücü olarak üstünlük kurlmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir. Bu sayede lisansüstü eğitim, bireylerin kariyerlerinde ve kişisel gelişimlerinde önemli bir etki yaratmaktadır. Lisansüstü eğitimin en önemli gereklerinden birisi olan tez çalışması, konunun belirlenmesi, öneri verilmesi, izleme komitesinin belirlenmesi, sahada ya da laboratuvarında uygulama yapılması, verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yazımı gibi birbirini takip eden aşamaları bulunan zorlu süreçleri barındırmaktadır (9,13). Yüksek lisans ve doktora eğitimindeki bu zorlu süreç sayesinde üniversite ve toplumun ihtiyaçlarına cevap verilebilecek öğretim elemanı ve kalifiye eleman yetişmesi sağlanır.

Lisansüstü eğitimle bilgiye ulaşma, yorumlama ve değerlendirme kabiliyetini geliştirerek lisansa göre daha donanımlı olması beklenen öğrencinin tez araştırmasının alana özgü öncelikli konuları içererek özgün olmasına dikkat edilmelidir (14). Bahçeci ve Uşengül'e göre tez konusunun belirlenmesinde eğitim alınan alanla ilgili konu olması, güncel olması, teknolojik aletlerin kullanılması, indeksli dergide yayınlanma olasılığının bulunması ve araştırmacının düşüncelerini yansıtmaya belli başlı kriterler olarak belirlenmiştir (13).

Tez için seçilen konunun toplumsal gereksinimlere yanıt verecek duyarlılıkta olmasının, daha önce çalışılmayan konulardan seçilmesinin, geniş bir literatür taraması yapılmasının çalışmanın önemini artırdığı söylenebilir. Lisansüstü tez çalışması bilim insanı adayları için gerekli olan araştırma ve eğitim öğretim boyutunun birlikte olmasını sağlar (10-13). Tıp Tarihi ve Etik Alanındaki bilim insanı üniversitedeki alanın konularına yönelik sorgulayıcı araştırmalar gerçekleştirmektedir. Tıp Tarihi ve Etik Alanına özel soyut veya somut bir konu eğitimi önderliğinde eleştirel bir yaklaşımla irdelenmektedir (1,2,10-12). Türkiye’de 1970’li yıllardan sonra lisansüstü eğitim hem yüksek lisans hem doktora ile başlamıştır. Cumhuriyetimizin 100. yılında Türkiye’de faaliyet gösteren üniversitelerin tıp fakültelerinde Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, öğretim elemanı sayısı, araştırma görevlisi olarak görev yapan bilim insanı aday sayısı; lisansüstü tezlerin konu alanlarının dağılımı hakkında var olan durumu ortaya çıkarmak, lisansüstü eğitim ve öğretimin kendi koşulları içerisinde ve olduğu gibi yazarlar tarafından yorum katılmadan irdelenmesi adına özel zorlu sürecin betimlenmesi açısından önemlidir.

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı Türkiye’de Tıp Tarihi ve Etik Anabilim dalında görevli öğretim elemanlarının dağılımıyla, Ulusal Tez Merkezinde kayıtlı ve erişime açık, Tıp tarihi ve Etik alanı tarafından üretilen tüm tezlerin irdelenerek, alanın mevcut durumunu belirlemek, güncel durumun değerlendirilmesine katkı sağlamaktır.

YÖNTEM

Bu çalışmada kesitsel tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılarak doküman analizi yapıldı, anabilim dalı ve öğretim elemanı ve alanda lisansüstü eğitim ile üretilen tez sayıları araştırıldı. Çalışmada Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Ulusal Tez Merkezi elektronik veri tabanları kullanıldı (15,16).

İlk aşamada 1 - 31 Ekim 2023 tarihleri arasında YÖK web sayfasında yer alan istatistik bölümünde anabilim dalı seçim bölümünde “deontoloji”, “deontoloji ve tıp tarihi”, “tıp tarihi ve deontoloji”, “tıp tarihi ve etik” “tıbbi etik” seçilerek tarama yapıldı. Kayıtlı üniversiteler, anabilim dalları ve öğretim elemanı bilgilerine ulaşıldı.

İkinci aşamada çalışmaya Tıp Fakültelerindeki Tıp Tarihi ve Etik Alanı tarafından yapılan tezler dahil edildi. Ulusal Tez Merkezi veri tabanlarında yer alan yıl kısıtlaması yapılmadan Tıp Tarihi ve Etik Alanına ait tezlere ulaşmak için detaylı arama bölümüne alan adı olarak “Deontoloji”, “Deontoloji ve Tıp Tarihi”, “Tıp Tarihi ve Deontoloji”, “Tıp Tarihi ve Etik” “Biyoetik” ve “Tıbbi Etik” yazıldı. Anabilim Dallarında yayımlanmış olan 266 lisansüstü teze ulaşıldı. Excel programında veriler kaydedilerek, değerlendirildi (16).

Tez konuları etik ve tarih olmak üzere ikiye ayrıldı. Tıbbi dair kültürel gelişimi, hastalıkların, hekimlik/sağlık mesleğinin ya da tıp teknolojilerinin varoluş serüvenlerinden birini ya da birkaçını çalışma konusu olarak seçen ve seçtiği kategoride ilginç bulunduğu bir olaya, sürece ya da kişiye tarih çalışması yöntemi kullanarak odaklanan tezler tarih konusu üzerine, diğer tüm tezler ise etik konusu üzerine yazılmış olarak değerlendirildi.

Üçüncü aşamada elde edilen veriler anabilim dalları, öğretim elemanı sayıları, dağılımı ve lisansüstü eğitimin mevcut durumu literatürle karşılaştırılabilir olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Yüksek Öğretim Kurumunun web sayfasında yer alan 2023 eğitim öğretim yılında akademik birim sayılarına göre kayıtlı üniversite sayısı 208’dir (15). Üniversite türüne göre tıp fakültelerinin dağılımı irdelendiğinde 61 ilde 91 devlet, 37 vakıf toplam 128 tıp fakültesi bulunmaktadır (15). YÖK’ün web sitesinde yer alan faaliyet gösteren üniversitelerde Tıp tarihi ve Etik alanına ait farklı isimlerle toplam 58 Anabilim Dalı bulunmaktadır. Anabilim dallarında profesör 28, doçent 20, doktor öğretim üyesi 38, öğretim görevlisi 3, araştırma görevlisi ise 13 olup toplam 102 (41 kadın, 61 erkek) öğretim elemanı görev yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo1. Anabilim dallarının ve öğretim elemanlarının üniversitelere göre dağılımı

Üniversite Adı	Üniversite Türü	AD*	Profesör	Doçent	Dr. Öğr. Üyesi	Öğr. Gör.	Arş. Gör.	Genel Toplam
ACIBADEM M. ALİ AYDINLAR ÜNİ	VAKIF	TTE	1	1	0	0	0	2
AFYONKARAHİSAR SAĞ BİL ÜNİ	DEVLET	DTT	0	1	0	0	0	1
AKDENİZ ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	2	0	0	3
ALTINBAŞ ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	1	0	0	2
AMASYA ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
ANKARA MEDİPOL ÜNİ	VAKIF	TTE	0	0	1	0	0	1
ANKARA ÜNİ	DEVLET	TTE	3	0	1	0	1	5
BAHÇEŞEHİR ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
BAŞKENT ÜNİ	VAKIF	TTE	0	0	2	1	0	3
BEZM-İ ÂLEM VAKIF ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	1	2
BİRÜNİ ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
BURSA ULUDAĞ ÜNİ	DEVLET	TTE	1	1	1	0	0	3
ÇUKUROVA ÜNİ	DEVLET	TTE	1	1	0	0	0	2
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİ	VAKIF	TTD	0	0	1	0	0	1
DOKUZ EYLÜL ÜNİ	DEVLET	TTE	1	1	0	1	0	3
EGE ÜNİ	DEVLET	TTE	1	0	0	0	0	1
ERCİYES ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİ	DEVLET	TTE	0	2	0	0	2	4
FIRAT ÜNİ	DEVLET	DTT	0	0	1	0	0	1
GAZİ ÜNİ	DEVLET	TETT	1	1	0	0	0	2
HACETTEPE ÜNİ	DEVLET	TTE	1	0	2	0	2	5
HALIÇ ÜNİ	VAKIF	TTE	0	0	1	0	0	1
HARRAN ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
İNÖNÜ ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	0	0	0	1
İSTANBUL AREL ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	1	0	1	3
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	1	2
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİ	VAKIF	TTE	0	0	1	0	0	1
İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
İSTANBUL ÜNİ	DEVLET	DTT	2	0	1	0	0	3
İSTANBUL ÜNİ-CERRAHPAŞA	DEVLET	TTE	1	0	1	0	1	3
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİ	VAKIF	TTE	0	0	1	0	0	1
İSTİNYE ÜNİ	VAKIF	DTT	0	0	1	0	0	1
İZMİR EKONOMİ ÜNİ	VAKIF	TTE	0	1	0	0	0	1
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	0	0	1	1
KAFKAS ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
KARADENİZ TEKNİK ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	0	0	0	1
KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	2	0	0	2
KOCAELİ ÜNİ	DEVLET	TTE	2	1	0	0	1	4
KOÇ ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
KÜTAHYA SAĞ BİLÜNİ	DEVLET	DTT	0	1	0	0	0	1
LOKMAN HEKİM ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	0	0	0	1
MALTEPE ÜNİ	VAKIF	TTE	1	0	1	0	0	2
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİ	DEVLET	TE	0	0	1	0	0	1
MARMARA ÜNİ	DEVLET	TTE	1	0	1	1	0	3
MERSİN ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	1	0	0	2
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİ	DEVLET	TTE	1	0	1	0	0	2
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	0	0	0	1
PAMUKKALE ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	1	2
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
SAĞ BİL ÜNİ	DEVLET	TTD	0	0	3	0	1	4
SAĞ BİL ÜNİ	DEVLET	TTE	0	1	0	0	0	1
SİVAS CUMHURİYET ÜNİ	DEVLET	TTE	1	0	0	0	0	1
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
TOBB EKONOMİ VE TEKNOLOJİ ÜNİ	VAKIF	TTE	0	1	1	0	0	2
TRAKYA ÜNİ	DEVLET	TTE	0	0	1	0	0	1
UFUK ÜNİ	VAKIF	TT	0	1	0	0	0	1
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİ	DEVLET	DTT	0	0	1	0	0	1
TOPLAM			28	20	38	3	13	102

*TTE: Tıp Tarihi ve Etik; TT: Tıp Tarihi; DTT: Deontoloji ve Tıp Tarihi; TTD: Tıp Tarihi ve Deontoloji; TE: Tıbbi Etik, TETT: Tıp Etiği ve Tıp Tarihi

Ulusal Tez Merkezinde yer alan Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı tezleri irdelendiğinde 1985-2023 tarihleri arasında doktora derecesinde 142, tıpta uzmanlık derecesinde 12, yüksek lisans derecesinde ise 112 olmak üzere toplam 266 tez yer almaktadır. Lisansüstü öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı 175 kadın, 91 erkektir. Lisansüstü öğrencilerin çalışma konusu olarak 154'sinin etik alanı üzerinde 112'sinin tarih alanı üzerinde çalıştıkları tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 2. Tezlerin cinsiyet, konularına ve dereceye göre dağılımı

Derece	Etik konusuyla ilgili tezler		Tarih konusuyla ilgili tezler		Toplam
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	
Yüksek Lisans (16 Üniversite)	14	44	16	38	112
Doktora (14 Üniversite)	29	60	28	25	142
Tıpta Uzmanlık	1	6	3	2	12
Toplam	44	110	47	65	266

Ulusal Tez Merkezindeki Tıp Tarihi ve Etik alanında uzmanlık tezleri irdelendiğinde 1990-2005 yılları arasında 12 tez, üç üniversite yer almaktadır (Tablo3).

Tablo 3. Tıp Tarihi ve Etik alanında Tıpta uzmanlık tezlerinin yıllara ve üniversitelere göre dağılımı*

Yıl	Seçilen Konu	Üniversite
1990	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1.sınıf öğrencilerinin mesleki motivasyonları ve değer sistemleri	Ankara Üni
1992	Kurumsal etik komitelerinin sağlık hizmetlerinde yeri	İstanbul Üni
1997	Deontoloji açısından Türkiye'de tıbbi genetik	Ankara Üni
1999	Hekimbaşı Abdülhak Molla ve Türk tıbbının batılılaşmasına katkıları	İstanbul Üni
2001	Sağlık politikaları etiği ve klinik etik açısından tıpta adalet ilkesi	İstanbul Üni
2002	Yardımcı üreme teknikleri ve getirdiği etik sorunlar	İstanbul Üni
2002	Yoğun bakım ünitelerinde aydınlatılmış onam ile ilgili etik sorunlar	İstanbul Üni
2002	Hasta hakları ve etik	İstanbul Üni
2003	Örneklerle Türkiye Tıp Encümeni'nin bilimsel faaliyetleri (1946-1966)	İstanbul Üni
2003	Tıp etiğinde gerçeğin söylenmesi ve Türkiye'deki durum	Hacettepe Üni
2005	Tıp tarihi açısından Türkiye'de verem savaşı	Ankara Üni
2005	Hekim diplomat ve siyasetçi olarak Prof. Dr. Nihat Belger	İstanbul Üni

*1979 yılında Ankara Üniversitesi adına kayıtlı tezin başlığının konu dışı olmasından dolayı sehven yazıldığı düşünülmektedir.

TARTIŞMA

Türkiye'de Ulusal Tez Merkezi'nde elektronik veri ortamında Ekim 2023 verilerine göre Tıp Tarihi ve Etik alanında yayımlanan 266 tez çalışması saptandı. Türkiye'de Ulusal Tez Merkezinde kayıtlı tez sayısı yaklaşık sekiz yüz bindir.

Bu tür ulusal veri tabanlarının olması, araştırmacıya olanak tanınması özele inmeden mevcut bilgiye ulaşılması açısından değerlidir. Bu veri tabanına göre Tıp Tarihi ve Etik alanında lisansüstü tezlerin ulaşılabilir olması, bilimsel alana katkı açısından önemlidir. Ülkemizde YÖK veri tabanına göre 208 üniversite, 61 ilde 128 tıp fakültesi, 28 ilde ise 58 Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı bulunmaktadır. Mevcut tıp fakültelerinin üçte ikisi devlet üçte biri ise vakıfa ait olup, benzer oran Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalları için de geçerlidir. Tıp fakültelerinin üçte ikisinde Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalının bulunmaması önemlidir ayrıca yaklaşık yarısından fazlasının İstanbul ve Ankara'da bulunan üniversitelerde yer alması anabilim dallarının yoğunlaştığı yer konusunda dikkat çekicidir. Sargın'a göre Türkiye'de üniversitelerin dağılımının bölgeler arası gelişmişlik farkını azaltacağı öngörülmektedir.

Üniversitelerin orta büyüklükteki şehirlerde kurulmasıyla öğrenci ve öğretim elemanının şehre sosyokültürel ve ekonomik açıdan katkısı olacağı düşünülmektedir. Üniversite; araştırmaların yapıldığı, bilgilerin üretildiği ve donanımlı bireyler yetiştiren kurumlardır. Eğitim-öğretimde altyapı, öğretim üyesi sayısına orantılı olmayan kontenjan artışı sorun teşkil edebilmekte ve eğitim kalitesini düşürebilmektedir (9,17). Ancak tıp fakültelerinin dağılımının Sargın'ın ileri sürdüğü istendik düzeye uygun olmadığı ileri sürülebilir. Benzer şekilde orta büyüklükteki şehirlerde bulunan bazı tıp fakültelerinin kendi hastaneleri bulunmamakta, Sağlık Bakanlığı ile yapılan ortak protokolle öğrencileri hastanelere göndermektedirler (18). Ülke genelindeki tıp fakültelerinin akademik personel eksikliği önemlidir, birçok öğretim üyesi kadrosunda boşluk bulunmaktadır. Orta büyüklükteki şehirlerde bulunan tıp fakültelerinin çoğunda Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dallarının olmaması, öğrencilerin diğer tıp fakültelerdekine benzer eğitimi alması açısından eksiklik olarak değerlendirilebilir (18). Bununla birlikte lisans eğitim olanakları açısından, Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) ülke genelindeki tıp fakültesi eğitimlerinde müfredatın ortak hale gelmesi, geliştirilmesi ve yenilenmesi konusunda olumlu yönde katkı sağlamaktadır (19). Üniversitelerin nitelik olarak seviyelerinin artırılması istenen bir durumdur. Örneğin Siirt Üniversitesine bağlı Tıp Fakültesi 06 Temmuz 2018'de resmi olarak kurulmuş, 2019 yılında ilk öğrencilerini kabul etmiş, ancak morfoloji binasının inşası tamamlanmadığından öğrenciler Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde Eğitim-Öğretim görmeye başlamışlardır (20). Benzer şekilde Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Tıp fakültesi 2018 yılında kurulmuş bu bölüme yerleşen öğrenciler Erzurum Atatürk Üniversitesinde eğitimlerine devam etmektedirler (21).

Üniversitelerin kurulmasında bilgi ve teknolojiye ihtiyaç hissedilmesi kadar ülkenin sosyokültürel ve ekonomik yapısının önemi büyüktür. Üniversite kamuya, içinde bulunduğu topluma ve tüm insanlığa karşı sorumlu bir kurumdur. İhtiyacı olan kaynakları bulunduğu yerin çevresinden sağlamaktadır. Üniversitelerin temel akademik faaliyetleri araştırma yapılması, bilgi üretimi, bilginin yayılması ve bilginin topluma sunulmasıdır. Araştırma ve bilgi arasındaki güçlü ilişki doğa ve sosyal bilimlerde arasında ayırım gözetmeksizin üniversite ortamında varlığını hissettirir. Üniversitede lisans ve lisansüstü öğrenci kendi araştırmasını yüklenirken öğretim üyesini rol model olarak benimseyecektir (8,22). Eğitim ve araştırma ile birlikte kamuya hizmet, üniversitelerin dışa dönük aktiviteler ile üst düzey bilgiyi halka iletme çabası olarak değerlendirilebilir. Son dönemde ise üniversitelerden uluslararası bilgi hizmeti beklenmekte, genelinde insanlığı ilgilendiren konuların alana özel ise tıp etkinliği ve tıbbi araştırmaların uluslararası düzeyde tartışılması ve paylaşılması üniversitenin misyonuna eklenmektedir (5,22). Tıp Tarihi ve Etik alanında öğretim elemanı olarak araştırma görevlisinin yeterli sayıda olmaması, lisansüstü öğrencileri işgücü açısından üniversite ortamında yer almadıklarını işaret etmektedir. Lisansüstü eğitim olarak en az altı sene maddi kazanç olmadan eğitime devam etmek zorlu bir süreçtir. Ekonomik açıdan başka bir işyerinde çalışan gençlerin teorik ve uygulamalı dersler yanı sıra tez çalışması için üniversite çevresi veya araştırma sahası içinde yeterince bulunamaması önemlidir. Bu durumun gençlerin Tıp Tarihi ve Etik alanını kariyer planlarına dahil etmesinde engel olabileceği gibi alana özel farklı sorunları ortaya çıkarabileceği de ileri sürülebilir.

Türkiye'de Cumhuriyet öncesinde 19. yüzyılda ilk üniversiteler ve tıp fakültesi kurulmuş, Cumhuriyet döneminde ise farklı dönemlerde üniversitelerin sayısı artmış ve yapısal değişikliklere uğramıştır (22). YÖK'ün kurulmasıyla bir çatı altında toplanan üniversitelerde mevcut kayıtlı ön lisans, lisans, lisansüstü öğrenci sayısı yaklaşık yedi milyon olup, lisansüstü öğrenci oranı %7'dir. Ancak hala lisansüstü eğitim gören öğrenci sayısı istenen seviyeden uzaktır (15). Türkiye'de lisansüstü eğitimin tarihi üç döneme ayrılabilir. Birinci dönem 1970'lerden önce sadece doktora olarak, sınavsız, lisans bitirmiş öğrenciler arasından seçilen kişilere usta çırak ilişkisi şeklinde verilen bir eğitim olarak verilmiştir. İkinci dönemde ise 1970 ile 1982 arasında gerçekleşen lisansüstü eğitim, yüksek lisans ve doktora olarak belirlenmiş tez şartı getirilmiştir. Üçüncü olarak 1982'den sonra ve günümüzde devam eden dönemde ise lisansüstü eğitim "Lisansüstü Eğitim Yönetmeliği"ne göre enstitülerde vermeye başlamıştır. Enstitüler tarafından verilen lisansüstü eğitim, sosyal, sağlık, fen ve eğitim gibi farklı alanlarda gerçekleşmektedir.

Lisansüstü eğitim o alanda ihtiyaç duyulan bilim insanıyla birlikte tüm meslek dalları için nitelikli insan gücü yetiştirilmesini sağlamakta, yüksek lisans, doktora, sanatta yeterlilik yanı sıra tıpta uzmanlık eğitimlerini de kapsamaktadır. YÖK tarafından 2010 yılında yapılan düzenleme ile lisansüstü eğitim verilmesi için öğretim üyesinin belli sayıda olma şartı getirilmiştir. Lisansüstü eğitimde nicelik kadar niteliğin de önemi büyüktür. Ancak niteliğin yerine gelmesi için birçok eksiğin giderilmesi zorunludur (23).

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında öğretim elemanlarının üçte ikisinden fazlasının kadın olmasının literatüre göre sağlık alanında temel bilimlerin kadınlar tarafından daha fazla tercih edilmesine benzer olduğu düşünülmektedir (24).

Tıp Tarihi ve Etik alanında etik konuları üzerinde daha fazla çalışma yapıldığı dikkati çekmektedir. Tıp etiğine olan ilginin hem felsefi hem de uygulama alanına yönelik karmaşık ve etik ikilem barındıran güncel durumların ele alınmasının zorunluluğundan kaynaklandığı ileri sürülebilir. Bu konuyla ilgilenen etik uzmanları sağlık çalışanlarının etik sorunları çözebilecek araç arayışlarına karşılık yayınlar hazırlamaktadır. Buna istianeden Tıp Tarihi ve Etik alanı haricinde sağlıkla fiilen veya dolaylı olarak uğraşanlar gibi sosyal alanlar tarafından üretilen tıp etiği konusunu barındıran lisansüstü tezlerin Ulusal Tez Merkezi'nde bulunması dikkat çekicidir. Ancak Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında lisansüstü eğitim alanlar tarafından yazılan tezlerin diğerlerinden farkının tezlerde dil birlikteliğinin olması ayrıca sağlık hizmeti sunumunda ahlaki/etik yapılanma üzerinde söz sahibi olma olasılığından dolayı olduğu ileri sürülebilir. Tıp etiği ile ilgili son derece karmaşık olan konuları eleştirel incelemeye tabi tutabilmek önemlidir. Tıbbi uygulamalardaki eylemlerin etik açıdan yorumlanmasında Tıp Tarihi ve Etik alanında eğitim almış kişilerin görüşlerinin alınmasının hem kuramsal açıdan yapılan çalışmaya hem de sağlık çalışanına uygulama alanında katkı sağlayacağı açıktır. Ek olarak entelektüel tarih bilgisi, sosyoloji ve felsefe açısından çalışmada ileri sürülen hipotezi açıklayabilmek için konunun Tıp Tarihi ve Etik bakış açısının eklenerek irdelenmesi sorunların tanımlanmasına ve çözüm yolları için gerekli kavramsal alt yapının oluşmasına olanak sağlamaktadır (5,25,26).

Çalışmamızda tespit edilen Tıp Tarihi ve Etik alanında yapılan tezlerin yaklaşık üçte birinin tarih çalışması olması, lisansüstü eğitim açısından alanın iki boyutuyla birlikte değerlendirildiğini gösteren oldukça olumlu bir durumdur. Tıp tarihi hastalıkların, insan sağlığına yönelik mesleklerin ve tıp teknolojilerinin evrimini inceleyerek geçmişin bütünlüğünü anlamaya çalışırken tıbbi zihniyetin oluşumunu ortaya çıkartan multidisipliner çalışmayı gerektiren bir alandır. Çalışmamızdaki olumlu tespit günümüzde toplum, kültür tarihi ve alan tarihçiliği gibi daha geniş perspektiflere yönelik ilginin artması özelinde tıp tarihine yönelik çalışmaların daha fazla yapılacağına dair ipucu olabilir (25). Üniversite misyonuna uygun olarak yapılan tıp tarihi çalışmalarıyla lisansüstü eğitim alan öğrenci sayesinde Anadolu'da bulunan tıp tarihi zenginliği ortaya çıkarılabilecek, üretilen yayınlar ile elde edilen bilgi hem topluma aktarılabilecek hem de uluslararası alanda paylaşılabilmenin yolunu açacaktır.

Ulusal Tez Merkezi'nde yüksek lisans derecesinde 1985, doktora derecesinde ise 1988 yılından önce alana ait tez bulunmaması, anabilim dalları veya ait oldukları sağlık bilimleri enstitüsünde mezun olan öğrenci veya yapılan tezlere dair çevrim içi bilginin standart şekilde olmaması önemlidir. Açık erişim şeklinde ücretsiz, tam metin ve çevrim içi tezlere ulaşılması Dünya'da ancak 1990'ların ikinci yarısından sonra dijital tez kütüphanelerinin kurulmasıyla gerçekleşmiştir. Türkiye'de ilk tez kütüphanesi ODTÜ kütüphanesidir (2003) sonra Ankara Üniversitesi (2005), Anadolu Üniversite Kütüphaneleri Konsorsiyumu (ANKOS) sonrasında diğer üniversitelerde açık arşiv sayısı artmıştır. Bunun yanı sıra Türkiye'de TÜBİTAK Türkiye Bilimsel ve Teknik Dokümantasyon Merkezinin (TÜRDOK) tarafından akademik tezlerin denetlenmesi 1970'lerde başlamış, YÖK Uluslararası Bilgi Tarama ve Dokümantasyon Merkezi (1984) kurulmuş, üniversitelerde yapılan tezleri toplamıştır(1987). TÜBİTAK ULAKBİM'e devredilmesiyle (1996) YÖK Ulusal Tez Merkezi olarak yapılandırıldıktan sonra tezler elektronik ortamda (CD-ROM) (2006) kabul edilmiştir.

“Elektronik Tez Arşivi Projesi” (2007) ile tezlerin dijital ortama aktarılıp ve hizmetin çevrim içi sunulması amaçlanmıştır. “Tez Yayımlama İzin Belgesi” ile öğrencilerden izin alınarak sisteme yüklenen tezlerin üç yıllık kısıtlamadan sonra açık erişime geçmesi ve 2006 öncesindeki yazarlardan izin alınan tezlerin dijital ortama aktarılması sağlanmıştır. En son YÖK yasasında eklenen madde (2018) ile yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından gizlilik kararı alınmayan bütün tezlerin çevrim içi ulaşılmasına olanak verilmiştir (2018). Ancak tezler çevrim içi ortama gerekli standartlara uygun aktarılmadığı için ulusal ve uluslararası birçok arama motoru tarafından taranamamaktadır. Tonta ve Akbulut’un çalışmasında belirttiği üzere açık erişime sahip olmayan tezlere ulaşmak ancak yayımlandığı üniversitenin olanaklarına bağlıdır, “gri yayın” adını alan bu yayımlar görünmez bilimin en yararlısı, yararlı bilimin en görünmez türüdür. Kalitesinden dolayı tezlerin ulaşılabilirlik(görünürlük) sorunun çözülmesi önemlidir (27).

Tıp Tarihi ve Etik öğretim elemanlarının ve lisansüstü tezlere yönelik durum tespiti yapılan bu niceliksel araştırmada bu güne kadar Tıp Tarihi ve Etik alanına çalışmasıyla katkıda bulunan ama dijital ortama aktarılmayan bilgiler ve o bilgiyi üreten neslin yok olma tehlikesi ile karşı karşıya olduğuna dair bir kanaat oluşmuştur. Acıduman’ın 2018 yılında Prof. Dr. Feridun Nafız Uzluğ’un tarih araştırmalarında yöntem bilgisini aktardığı araştırma, alana hizmet eden bilim insanlarının çalışmalarının, Tıp Tarihi ve Etik alanında eğitim alan bütün öğrencilerin ve fiilen çalışmaya devam eden akademisyenlerin ulaşabileceği uzaklıkta olmasının önemini gözler önüne sermektedir (28). Bu nedenle elektronik ortama aktarmanın maliyetinin oldukça düşük olduğu göz önünde bulundurularak üniversitelerde bulunan tezlerin kopyalarının dijitalleştirilmesi ve açık erişime açılması için atölyeler oluşturulması önemlidir. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalları Başkanlarının katılımıyla gerçekleştirilen toplantıda Şefik Görkey’in önerdiği gibi telif hakları, intihal etik sorunlardan arındırılmış Tıp Tarihi ve Etik alanına özgü özellikle 1930’lardan sonra yapılan Tıp Tarihi çalışmaları başta olmak üzere yayımların, tezlerin dijitalleştirilmesiyle özel kütüphaneler kurulabileceği ileri sürülebilir (29).

SONUÇ

Güncel sorunlarla ilgili bilgi arayışına modern tıbbın gereklerine uygun ortak bir dille cevap verilebilmesi yapılan çalışmaların, genç insanlara ulaşımının sağlanması ile mümkün olabilir. Mevcut durum tespitini sağlayan bu kesitsel tanımlayıcı çalışma ile Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dallarının, alana özgü öğretim elemanlarının dağılımında Türkiye’deki diğer disiplinlerdekine benzeyen ve kendine has sorunların olduğu; Tıp Tarihi ve Etik alanına özgü etik ve tarih olmak üzere her iki boyutu ele alan çok değerli tez çalışmalarının olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak tüm disiplinler özelinde ise Tıp Tarihi ve Etik alanında yazılan açık erişime dahil edilmeyen tezlere ulaşılması, dijitalleştirilmesi ve çevrim içi hale getirilmesi için Ulusal Tez Merkeziyle birlikte ve haricinde özel çaba harcanması gerektiği açıktır. Bu çaba hem tıp tarihi ve etik alanında yapılan çalışmaların gün yüzüne çıkmasına hem lisansüstü eğitim alan öğrencilerin eğitimine katkı sağlayacaktır. Ek olarak Çalışmamıza benzer tanımlayıcı çalışmaların yapılması alana özel sorunların tespitine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1) Günergun, F. “Türkiye’de Tıp Tarihi: Geçmiş Yıllardaki Çalışmalar İle Son Araştırmaların İncelenmesi”. Tarih Okulu Dergisi, 2013;14:267-280.
- 2) Nuran Yıldırım ve Yeşim Işıl Ulman, “The past and present of medical history and ethics (deontology) teaching at Istanbul University,” 37. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı (10-15 Eylül 2000, Texas (ABD) 2000, s. 238-243.
- 3) Dünya Hekimler Birliği, Tıp Etiği Elkitabı, Çeviren Civaner M. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005.
- 4) Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T. How important is medical ethics and history of medicine teaching in the medical curriculum? An empirical approach towards students' views. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(1):Doc08. doi: 10.3205/zma000778. Epub 2012 Feb 15. PMID: 22403593; PMCID: PMC3296096.
- 5) Büken, N.Ö; Büken, E. Nedir şu tıp etiği dedikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002; 11:1, 17-20.
- 6) Li Y. The function of philosophy of science in the teaching of medical history. Zhonghua Yi Shi Za Zhi. 2014; 44:3, 142-5.
- 7) AS. Bilgili Üniversitelerde Bilimsel/Akademik Özerklik ve Özgürlük Hakkında Bir Değerlendirme Atatürk Üniversitesi Sosyal

- Bilimler Enstitüsü Dergisi Nisan 2016; 20:1, 1-15.
- 8) Berna Arda, Esin Kahya, Tamay Başağaç, Bilim Etiği ve Bilim Tarihi, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2004.
 - 9) İter İ. Akademik Başarı, Lisansüstü Eğitim Farkındalığı ve Lisansüstü Eğitim Niyeti Arasındaki İlişkiler Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2020; 53:1, 117-156.
 - 10) Murray R. Çev: Şakir Çınkır. Tez Nasıl Yazılır Çalışma becerileri nasıl geliştirilir. Anı Yayınları, Ankara. 2014.
 - 11) Eco U. Çev: Parlak B. Tez Nasıl Yazılır İstanbul, Can Yayınları, 2017.
 - 12) Gürak H. Araştırmacılara Öneriler Tez Hazırlama, "Etkin" Sunuş ve Eleştiri teknikleri üzerine. Erişim Tarihi 03.07.2023
Erişim Adresi: <http://econwpa.repec.org/eps/othr/papers/0411/0411004.pdf>
 - 13) Bahçeci F. Uşengül L. Yüksek lisans ve doktora öğrencilerinin tez konusu belirleme kriterlerinin incelenmesi. Turkish Journal of Educational Studies, 2018, 5.2: 85-96
 - 14) Karaman S, Bakırcı F. Türkiye’de Lisansüstü Eğitim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi. II, 2010: 94-114.
 - 15) YÖK (<https://istatistik.yok.gov.tr/>)
 - 16) Ulusal Tez Merkezi (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>)
 - 17) Sargın, S. Türkiye’de Üniversitelerin Gelişim Süreci Ve Bölgesel Dağılımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2007; 5: 133-150.
 - 18) Haber https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=42ba715e-3ffe-11ee-889b-1b907fcd8532
 - 19) Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf
 - 20) Siirt Üniversitesi Genel Bilgiler <https://tip.siirt.edu.tr/detay/genel-bilgiler/149092704.html> Erişim Tarihi=18.11.2023.
 - 21) Ağrı Üniversitesi Tarihçe <https://www.agri.edu.tr/detail.aspx?id=5931&bid=500&tid=6&dil=tr-TR>. Erişim Tarihi=18.11.2023.
 - 22) Antalya Ö. L. Tarihsel Süreç İçerisinde Üniversite Misyonlarının Oluşumu. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2008; 6: 25-40.
 - 23) Bozan, Mahmut. Lisansüstü Eğitimde Nitelik Arayışları. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 2012; 4:2,177-187.
 - 24) Nalbantoğlu D. Sağlıkta dönüşüm politikalarının kadın sağlık çalışanlarının çalışma biçimlerine etkisi. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Sağlıkta Kadın Emegi” Sempozyum Kitabı, 2011, 19-21.
 - 25) Kadioğlu S. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD Doktora Programı Ders Notları 2006-2009.
 - 26) Yıldırım, G. Kadioğlu, S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 29:2, 7-12.
 - 27) Tonta Y, Akbulut M Türkiye’de Lisansüstü Tezlere Açık Erişim, Türk Kütüphaneciliği, 2019;33:4, 219-248.
 - 28) Aciduman, A."Prof. Dr. Feridun Nafiz Uzluk’un Tıp Tarihi Yöntem bilgisi Üzerine düşünceleri." Selçuk Üniversitesi Selçuklu Araştırmaları Dergisi 2018; 9, 59-71
 - 29) Biyoetik Derneği Anabilim Dalı Başkanları toplantısı Prof. Dr. Şefik Görkey’in tezlerin dijital ortama geçirilmesi önerisi.

Bir Grup Diş Hekiminin "Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları" Hakkındaki Görüşleri

Opinions of a Group of Dentists on "Ethics Code of Turkish Dental Association"

Süleyman DİLEK^a, Şükrü KELEŞ^b, Selim KADIOĞLU^c

Özet

Tüm Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları 2012 yılında hazırlanmış, 2015 ve 2018 yıllarında güncellenmiştir. Bu kurallar bir yandan diş hekimlerinin mesleki değerlerini ifade ve ilan diğer yandan mesleğin icrasında etiğe uygun davranmaya rehberlik etmeye yöneliktir.

Bu nitel araştırmanın amacı, alanda meslek etiği kurallarının ne ölçüde tanındığını ve benimsendiğini tespit etmektir. Bu çerçevede farklı mesleki birikime ve farklı mesleki bakış açısına sahip 18 diş hekimi ile genel olarak etik ve meslek etiği özel olarak TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları hakkında yarı yapılandırılmış soruların kullanıldığı yüz yüze görüşmeler yapılmış, toplanan veriler tematik içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcılardan gelen cevapların içerdiği bilgiler ve görüşler değerlendirilerek üç bağlam, 10 ana tema ve 96 tema oluşturulmuştur. Birinci bağlam olan diş hekiminin etik ve meslek etiği algısı, dört ana tema altında 44 tema; ikinci bağlam olan diş hekimliği etiğinin kapsamı, dört ana tema altında 27 tema; üçüncü bağlam olan TDB Diş Hekimliği Meslek Etiği Kuralları metni, iki ana tema altında 25 tema, içermektedir.

Araştırma, etik konusunda eğitimle edinilmiş bilgi ve kavramsal netlik bulunmadığını; meslek yaşamında karşılaşılan etik sorunların hukuki-idari-sosyal-ekonomik sorunlardan tam olarak ayırt edilemediğini ve bunlarla baş etmede zorluk çekildiğini; TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları'nın yeterince tanınmadığını ve pratiğe daha fazla yansıtılacak şekilde gözden geçirilmesine yönelik bir beklenti bulunduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak genelde diş hekimliği camiası için farklı meslek etiği eğitimleri düzenlenmesi özelde TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları'nı tanıttak ve pratiğe yansımalarını arttıracak etkinlikler yapılması gereksinimi ve beklentisi bulunmaktadır. Çalışmanın bu gereksinimi ve beklentiyi karşılama noktasındaki Türk Dişhekimleri Birliği'nin meslek etiği konusundaki çalışmalarına katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etik, Etik Kurallar, Meslek Etiği, Diş Hekimliği, TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları.

Abstract

Ethics Code of Turkish Dental Association (TDA) was prepared in 2012 and updated in 2015 and 2018. These rules are aimed at expressing and declaring the professional values of dentists on the one hand and guiding ethical behavior in the practice of the profession on the other.

The purpose of this qualitative research is to determine to what extent professional ethics rules are recognized and adopted in the field. In this context, face-to-face interviews were conducted with 18 dentists with different professional background and different professional perspectives, using semi-structured questions regarding ethics and professional ethics in general and Ethics Code of TDA in particular. Then the collected data were evaluated with thematic content analysis.

^a Diş Hekimi, Tıp Tarihi ve Etik Bilim Uzmanı, Adana, Türkiye. ✉ suleymandilek@gmail.com ORCID: 0000-0002-7561-0693

^b Doçent Doktor, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye. ✉ kelesukru@gmail.com ORCID: 0000-0003-2867-4608

^c Profesör Doktor, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. ✉ selimkad@gmail.com ORCID: 0000-0002-5803-3708

Gönderim Tarihi: 06 Aralık 2023 • Kabul Tarihi: 12 Aralık 2023

Three contexts, 10 main themes and 96 themes were created by evaluating the informations and opinions contained in the answers from the participants. The first context, dentists' perception of ethics and professional ethics, 44 themes under four main themes; the second context, the scope of dental ethics, 27 themes under four main themes; the third context, Ethics Code of TDA, includes 25 themes under two main themes.

The research shows that, there is not education-based knowledge and conceptual clarity regarding ethics, ethical problems encountered in professional life cannot be fully distinguished from legal-administrative-social-economic problems and there is a difficulty to cope with them, the ethics code of TDA is not sufficiently recognized and needs to be revised to be more effective on practice.

As a result, there is a need and expectation of different professional ethics trainings for the dentistry community and also activities that will introduce the Ethics Code of TDA and increase its reflection in practice. It is hoped that the study will contribute to the Turkish Dental Association's work on professional ethics in meeting this need and expectation.

Keywords: *Ethics, Code of Ethics, Professional Ethics, Dentistry, Ethics Code of Turkish Dental Association*

GİRİŞ

Etik sözcüğünün gündelik dilde kullanım bağlamında genel ahlak, ahlak felsefesi ve meslek etiği gibi üç karşılığı bulunmaktadır (1-4). Bunların üçüncüsü, bir yandan belli bir mesleğe ya da meslekler grubuna özgü değerler dünyasını diğer yandan o mesleğin icrasında uyulacak kurallar dizisini ifade etmektedir (1-4).

Günümüzde birçok ülkede diş hekimlerinin mesleki davranışlarını-duruşlarını düzenleyen etik kurallar bulunmakta, bunlar meslek etiği kodu olarak da adlandırılmaktadır (5-8). Diş hekimliği alanında ilk meslek etiği kodunu Amerikan Diş Hekimleri Birliği (ADA) 1866 yılında oluşturmuştur (9). Dünya Diş Hekimleri Federasyonu (FDI), Avrupa Dişhekimleri Bölgesel Organizasyonu (ERO), Birleşik Krallık Genel Dental Konsülü (GDC) gibi yapılar da etik kod oluşturmuşlardır (6,7,10,11). Bu metinlerin bir kısmında ilke düzeyinde kalıp yapılması ve yapılmaması gerekenleri ana hatlarıyla anlatmakta, bazıları ise kural düzeyinde somut ve ayrıntılı düzenlemeler getirmekte, net ifadeler içermektedir (11-13). Kodların bir kısmında ana metin, rehberlik-danışmanlık-örnekleme ile bir kısmında ise yardımcı metinler ile desteklenmiştir (14).

Türkiye’de Türk Dişhekimleri Birliği’nin (TDB) meslek etik kodu oluşturma çabası oldukça yeni olup bu yolda gerçekleştirilen ilk etkinlik Haziran 1998’de toplanan I. Etik Kurultayı’dır. Kurultayda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün yerini alacak bir diş hekimliği tüzüğü geliştirmeye yönelik çalışmalar yürütülmüştür (15-19).

TDB Etik Kurulu 2011 yılının Ocak ayında yeniden yapılırken diş hekimi ve tıp etiği doktoru Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu kendisine gelen Etik Kurula katılma davetini “kurulun gündeminin sadece etik kod olması” koşuluyla kabul etmiştir (15,16,18). Yaptığı çalışmalarda, ülkemizde diş hekimliğinin kuruluşunun üzerinden 100 yıldan fazla zaman geçtiği halde hala bir etik kodunun bulunmamasını önemli bir eksiklik olarak dile getiren Kadioğlu’nun Dt. Süha Alpay, Dt. Mustafa Oral, Dt. Ziya Özel, Prof. Dr. Umur Sakallıoğlu ve Dr. Öğretim Üyesi Füsün Yaşar ile bir araya gelmesiyle TDB Etik Kurulu’nun çekirdek kadrosu oluşmuştur (15).

Kurulun TDB bünyesinde yürüttüğü etik kod hazırlamaya yönelik kapsamlı çalışmalar 2011 yılında başlamış, Aralık 2011’de Ankara’da yapılan II. Etik Kurultayı’nda sürdürülmüş, hazırlanan metin Türk Dişhekimleri Birliği’nin Kasım 2012’de yapılan 14. Genel Kurulu’nda kabul edilmiş ve Aralık 2012’de birliğin web sitesinde yayımlanmıştır (15,16). Kurallar 2015 yılında TDB Etik Komisyonu tarafından gözden geçirilmiş ve bazı maddelerinde yapılan değişiklikler TDB 15. Genel Kurulu’nda onaylanmıştır; 2018 yılında TDB 17. Genel Kurulu’nda da kodun kimi güncellemeler içeren versiyonu kabul edilmiştir (20).

Bu çalışma, TDB tarafından yayımlanan “Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları”nın, derinlemesine ve yarı yapılandırılmış görüşmeler üzerinden bir grup diş hekiminin değerlendirilmesine sunulması şeklinde yürütülmüş nitel bir araştırmaya dayanmaktadır.

Yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülen bu araştırmada diş hekimlerinin gözünden metnin yorumlanmasıyla ortaya çıkacak verinin ışığında genelde etik, etik değer, mesleki etik kurallar gibi soyut kavramların alandaki karşılıklarını belirlemek ve özelden TDB kodunun ne ölçüde işlevsel olduğuna dair bir değerlendirme yapmak amaçlanmıştır.

KİŞİLER ve YÖNTEM

Araştırmanın katılımcıları bilgileri ve deneyimleri ile etik kod hakkında ilginç aynı zamanda kapsamlı ve birbirinden farklı değerlendirme yapacağı öngörülen, üniversitelerde, resmi ve özel sağlık kurumlarında ya da muayenehanelerinde, aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18 diş hekimidir.

Katılımcılara yönelmek üzere demografik ile deneyim-bilgi şeklinde iki kategoriye ayrılmış toplam dokuz adet soru oluşturulmuştur. Bu sorular hakkında üç diş hekimi ile tıp tarihi ve etik doktorasına sahip üç öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

Çalışmanın bir sonraki aşamasında üç diş hekimi ile pilot çalışma yapılmış ve herhangi bir düzeltme gereksinimi doğmadığı için bu görüşmelerden elde edilen veriler de değerlendirmeye alınmıştır.

Katılımcılarla Aralık 2021 - Ocak 2022 tarihleri arasında, kendi muayenehanelerinde, kliniklerinde ya da bölge diş hekimleri odası çalışma ofisinde yüz yüze görüşülmüş, ses kaydı yapılan görüşmeler yarım ila iki buçuk saat arasında sürmüştür. Katılımcı cevaplarının tekrarlandığı görüldüğünde, çalışmada doygunluğa ulaşıldığı kabul edilmiş ve veri toplama sonlandırılmıştır.

Ses kayıtları görüşmelerin hemen ardından deşifre edilmiş, çalışmanın ham kütükleri oluşturulup arşivlenmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler tematik içerik analizi ile değerlendirilmiş ve araştırmanın analizi “genel kavrayış”, “anlamsal bütünün yeniden inşası” ve “derinlemesine kavrayış” olmak üzere üç temel boyut üzerinde yapılandırılmıştır (21-23).

Araştırma, meslek ve çalışma yaşamı farklılıkları bulunan, aynı kentte yaşayan, COVID-19 pandemisi koşullarından etkilenen, sosyopolitik nedenlerden ötürü kimi görüşlerini açıkça ifade etmekten çekinen 18 diş hekiminden elde edilen verilerle sınırlıdır.

Tıp tarihi ve etik yüksek lisans tezi olarak gerçekleştirilen bu çalışma, proje aşamasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 21.05.2021 tarihinde yapılan 111 sayılı toplantısında değerlendirilmiş ve 107 numaralı karar ile onay almıştır.

BULGULAR

Orijinal adı Katılımcıların demografik bilgileri ve çalışmada ortaya çıkan bulgulara dayalı olarak oluşturulan üç bağlamın içerikleri dört çizelge halinde aşağıda yer almaktadır. Bağlamların ilkinde, katılımcıların etik ve meslek etiği algıları, ikincisinde diş hekimliği etiğinin kapsamı bağlamlarındaki bilgileri-görüşleri, üçüncüsünde katılımcıların TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metni hakkındaki bilgileri-görüşleri bulunmaktadır.

Görüşmelerde katılımcılara yöneltilen “Kendinizden ve meslek yaşamınızdan kısaca bahseder misiniz?” şeklindeki ilk soru ile elde edilen demografik bilgiler Çizelge 1’de yer almaktadır.

Çizelge 1. Katılımcılara ait demografik bilgiler

Demografik Bilgiler	Katılımcı Sayısı
CİNSİYET	
Kadın	7
Erkek	11
YAŞ ARALIĞI	
24-35 Yaş	5
36-45 Yaş	5
46-55 Yaş	3
56-65 Yaş	4
65 Yaş Üstü	1
MESLEKİ KONUM	
Diş Hekimi	11
Uzman Diş Hekimi	4
Öğretim Üyesi Diş Hekimi	3
MESLEK YAŞI	
1-10 Yıl	3
11-20 Yıl	5
21-30 Yıl	4
30 Yıl Üstü	6
ÇALIŞILAN KURUM*	
Kişisel Muayenehane	9
Özel Ağız-Diş Sağlığı Polikliniği	10
Özel Hastane	1
Devlet Hastanesi	7
Üniversite Hastanesi	8
YAŞAM ve ÇALIŞMA YERİ TECRÜBESİ**	
Köy (nüfusu 2.000 kişiye kadar)	1
Kasaba (nüfusu 2.000 ile 20.000 arasında)	3
Şehir (nüfusu 20.000 ile 750.000 arasında)	4
Büyük şehir (nüfusu 750.000'den fazla)	18
KATILIMCININ ÖZEL NİTELİĞİ ***	
Poliklinik sahibi olan	2
Oda yöneticiliği yapan	7
Eşzamanlı olarak birden fazla kurumda çalışan	4
Yurtdışında çalışma deneyimi olan	1
Ailesinde en az bir diş hekimi daha olan	7
TDB DİŞHEKİMLİĞİ MESLEK ETİĞİ KURALLARI METNİ HAKKINDA ÖN BİLGİ	
Metnin varlığından haberdar değil	10
Metnin varlığından haberdar ama okumamış	4
Metni okumuş ve üzerinde düşünmüş	4
* Birden fazla kurumda çalışmış/çalışan katılımcılar bulunmaktadır ** Birden fazla yerleşim türünü tecrübe etmiş katılımcılar bulunmaktadır *** Birden çok niteliği olan katılımcılar bulunmaktadır NOT: Bünyesinde çalışılan-çalışılmış kurum, yaşanan-yaşanmış yer ve katılımcının özel mesleki niteliği hakkındaki sorularda birden fazla cevap kabul edilmiş, bu da cevap sayısının katılımcı sayısından fazla olmasına yol açmıştır.	

Katılımcılara etik ve meslek etiği algıları bağlamında “Etik ve meslek etiği kavramlarını nasıl açıklarsınız ve bu kavramlar hakkında neler söylemek istersiniz?” ve “Etik ve diş hekimliği meslek etiği konusundaki bilgilerinizi hangi kaynaklardan edindiniz?”, şeklinde iki soru sorulmuş ve cevaplarda ön plana çıkan söylemler Çizelge 2’de tematik olarak sıralanmıştır.

Çizelge 2. “Diş hekiminin etik ve meslek etiği algısı” bağlamındaki bulgular

I. BAĞLAM: DIŞ HEKİMİNİN ETİK ve MESLEK ETİĞİ ALGISI	
Ana Tema	Tema
Etik Algısı	<ul style="list-style-type: none">• Ahlaklılık• Dürüstlük• İyilik• Saygı• Adil olmak• Eş duyum (Empati)• Vicdani değerlendirme• Kötülükten kaçınma• Kişilerarası ilişkiler• Toplumsal ilişkiler• Davranış kurallarını benimseme• Evrensellik
Etik Donanımın Kaynağı	<ul style="list-style-type: none">• Aile• Rol modeli kişiler• İnanç• Toplum
Meslek Etiği Algısı	<ul style="list-style-type: none">• Yarar sağlama• Doğru eylem• Sır saklama• Özerkliğe saygı• Doğruyu söyleme• Zarar vermeme• Hasta memnuniyeti• Hasta mahremiyeti• Hasta hakları• Ayrımcılıktan kaçınma• Mesleki ilişki paydaşları ile iletişim• Mesleki kurallar• Mesleki kılavuz-rehber• Mesleki değerler• Mutluluk• Fedakarlık• Saygı duyma ve görme• Mesleki dayanışma• Görev• Bilimsellik
Meslek Etiği Donanımının Kaynağı	<ul style="list-style-type: none">• Hekim olan aile büyüğü• Tecrübeli meslektaş• Üniversite eğitimi. Rol modeli öğretim elemanları. Deontoloji – Etik dersleri. Diğer derslerde deontolojiye-etığe değinmeler• Toplum etkisi. Beğenisi. Beklentisi. Baskısı• Sürekli mesleki eğitim. Kişisel. Hizmet içi. Meslek örgütü – Uzmanlık derneği• TDB’nin Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metni• Meslek örgütünde görev almak• Meslek pratiği

Katılımcılara diş hekimliği etiğinin kapsamı bağlamında “Deneyimlerinize, gözlemlerinize ya da size anlatılanlara dayalı olarak diş hekimliği uygulamaları sırasında ortaya çıkan etik sorunlardan bahseder misiniz?” ve “Mesleki uygulamalar sırasında ortaya çıkan etik sorunların çözümünde nasıl bir yol izlenmesinin uygun olduğunu düşünüyorsunuz?” şeklinde iki soru yöneltilmiş ve cevaplarda ön plana çıkan söylemler Çizelge 3’de tematik olarak sıralanmıştır.

Çizelge 3. “Diş hekimliği etiğinin kapsamı” bağlamındaki bulgular

II. BAĞLAM: DIŞ HEKİMLİĞİ ETİĞİNİN KAPSAMI	
Ana Tema	Tema
Mesleki Sorumluluklar	<ul style="list-style-type: none">• Diş hekimin kendisine karşı<ul style="list-style-type: none">. Sürekli eğitim. Kişisel sağlık. Aile düzeni. Sürdürülebilirlik• Meslektaşlarına karşı<ul style="list-style-type: none">. Dayanışma. Saygılı olma. Örgütlenme• Çalışma yaşamı paydaşlarına karşı<ul style="list-style-type: none">. Çalışma arkadaşları<ul style="list-style-type: none">.. Geçici.. Sürekli. İstihdam ilişkisi içindekiler<ul style="list-style-type: none">.. Birlikte çalışma.. Dışarıdan yönetme. Ürün-hizmet sağlayıcılar<ul style="list-style-type: none">• Hasta ve yakınlarına karşı<ul style="list-style-type: none">. Yarar sağlama. Zarar vermeme. Risk-yarar analizi. Yarar-bedel dengesi• Mesleğin kendisine karşı<ul style="list-style-type: none">. Mesleki birliktelik. Mesleki gelişim. Mesleğin toplumsal saygınlığı<ul style="list-style-type: none">• Topluma karşı<ul style="list-style-type: none">. Toplumsal değer. Sosyal sorumluluk projeleri<ul style="list-style-type: none">• Meslek örgütüne ait. Mesleği geliştirme. Sorunlarla mücadele. Sürekli eğitim. Ödev bilinci kazandırma
Meslek Etiğine Uygun Olmayan Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Hatalı mesleki uygulama• Mesleki yetki aşımı• Zarar verme• Meslektaşına yönelik olumsuzluklar<ul style="list-style-type: none">. Kötüleme. Saygısız davranış. Haksızlık etme. Kötü iletişim<ul style="list-style-type: none">• Hastaya yönelik olumsuzluklar<ul style="list-style-type: none">. Hastaya yeterli zaman ayrılmaması. Hastanın bekletilmesi. Hastanın ertelenmesi. Mahremiyetine özen gösterilmemesi. Adil olunmaması• Kurum kurallarının ihlal edilmesi

II. BAĞLAM: DIŞ HEKİMLİĞİ ETİĞİNİN KAPSAMI	
Ana Tema	Tema
Mesleki Etik Sorunlar	<ul style="list-style-type: none">• Çıkar ilişkisi. Çıkar çatışması. Haksız çıkar. Bencillik. Talep oluşturma. Yanıltıcı bilgilendirme• İletişim problemleri. Hasta ve yakınları ile. Meslektaşlar arası• Güven ilişkisinin kaybı• Tecrübe eksikliği. Mesleki karar almada. Mesleki ilişki paydaşları ile etkileşimde• Destek alamama. Meslek örgütünden. Tecrübeli meslektaştan. Fakülteden• Mesleki yetersizlik. Dikkatsizlik. Özensizlik. Tecrübesizlik
Mesleki Etik Sorunlarla Mücadele	<ul style="list-style-type: none">• Tedavi etmekten kaçınma. Hiç başlamamak. Devam etmemek. Tedaviyi sonlandırmak• Tedavi seçimi. Hastanın talebini yerine getirme. Meslektaşına yönlendirme• Faydacılık (Öğretinin kılavuzluğu)• Etik konsültasyon• Sürekli eğitim• Meslek örgütü dayanışması. Güncellenebilir eğitim-seminer ve kurslar. Yardım-danışma masası. Meslek birliği yaptırımları. Bildirge - Duyurular. Teşhis - tedavi standart protokol rehberleri. Etik sorunlara yaklaşım algoritması• Vaka temelli yaklaşım• Hasta kaynaklı çözümsüzlük. Mücadeleye başlamama. Mücadeleyi bırakma

Katılımcılara Türk Dişhekimleri Birliği Meslek Etiği Kuralları metni bağlamında bilgilerini-görüşlerini tespit etmek amaçlı “TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metnini bu çalışma öncesinde okuma-gözden geçirme şansınız oldu mu?”, “Mesleki uygulamalar sırasında karşılaşılan etik, ahlaki ve hukuksal sorunları çözme konusunda TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metninin diş hekimlerine yardımcı olacağını düşünüyor musunuz?” ve “ TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metninin yeniden düzenlenmesine yönelik bir çalışma yapılacak olması halinde sizce nasıl bir yol izlenmelidir?” soruları yöneltilmiş olup cevaplarda ortaya çıkan, katılımcı bilgileri-görüşleri Çizelge 4’de tematik olarak sıralanmıştır.

Çizelge 4. “TDB Dışhekimliği Meslek Etiği Kuralları metni” bağlamındaki bulgular

III. BAĞLAM: TDB DİŞHEKİMLİĞİ MESLEK ETİĞİ KURALLARI METNİ	
Ana Tema	Tema
Metin Hakkında Saptamalar ve Görüşler	<p>(Kullanılan dil-üslup bakımından)</p> <ul style="list-style-type: none">• Dili açık ve anlaşılır• Mevzuat formatında <p>(İçerik bakımından)</p> <ul style="list-style-type: none">• Önemli bilgiler içermekte• İçerdiği bilgiler açıklayıcı karakterde• İçerdiği bilgiler çok genel ve soyut• Örnekler ve açıklamalar ile desteklenmeli <p>(İşlev bakımından)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mesleki uygulamalar açısından kılavuz niteliğinde• Mesleki sorumlulukları hatırlatmak açısından faydalı• Etik sorunların çözümünde işlevsel• Etik sorunların çözümünde sınırlı ölçüde yardımcı• Dış hekimleri kısıtlayan bir metin• Dış hekime fazla görev ve sorumluluk yüklemekte• Hasta ile yaşanabilecek sorunlara yeterince değinmiyor• Hasta seçebilme hakkından söz etmiyor
Metnin Gözden Geçirilmesi ya da Tekrar Hazırlanması Durumu İçin Öneriler	<p>(Gözden geçirme ihtiyacına dair)</p> <ul style="list-style-type: none">• Metnin mevcut hali uygun• Metin üzerinde küçük değişiklikler olabilir• Metne kimi eklemeler yapılabilir <p>(Metnin tekrar hazırlanmasına dair)</p> <ul style="list-style-type: none">• Paydaş görüşlerini dikkate almak <p>. Meslek Odalarına sormak</p> <p>. Meslektaşlara anket uygulamak</p> <p>. Sempozyum-çalıştay düzenlemek</p> <p>(Yeni hazırlanacak metnin içeriğine dair)</p> <ul style="list-style-type: none">• Görevler ve sorumluluklar hakkındaki kısımlar genişletilmeli• Metne farklı haklar, görevler ve sorumluluklar da eklenmeli <p>. Ekip üyelerine ait</p> <p>.. Klinik yardımcıları</p> <p>.. Dış teknisyenleri</p> <p>.. Sekreterler</p> <p>.. Bilgi işlem-otomasyon elemanları</p> <p>. Eğitim veren-alan dış hekimlerine ait</p> <p>.. Öğretim üyeleri</p> <p>.. Öğrenciler</p> <p>.. Asistanlar</p> <p>. Çalışmakta olduğu kurumla-kuruluşla ilgili</p> <p>.. Kamu</p> <p>.. Özel</p> <p>.. Üniversite</p> <p>. Kendisi ve ailesi ile ilgili</p> <p>.. Sürekli eğitim</p> <p>.. Kişisel sağlık</p> <p>.. Aile düzeni</p> <p>.. Sürdürülebilirlik</p> <ul style="list-style-type: none">• Örnek vakalar ve çözümleri yer almalı• Ana metin ek metinlerle desteklenmeli <p>. Hekimlik yemini</p> <p>. Etik vaka örnekleri</p> <p>. Genel yaklaşım ve sorun çözme rehberleri</p> <p>(Meslek etiği ile ilgili farklı etkinliklerle ve yayınlarla metnin desteklenmesi)</p> <ul style="list-style-type: none">• Meslek etiği ile ilgili sürekli eğitim etkinlikleri yürütülmeli <p>. Online ve yüz yüze eğitim modülleri</p> <p>. Vaka tartışmaları</p> <p>. Kongre- seminer</p> <ul style="list-style-type: none">• Meslek etiği ile ilgili basılı ve elektronik doküman üretilmeli <p>. Bülten</p> <p>. Broşür</p> <p>. Kılavuz</p> <p>. El kitabı</p> <ul style="list-style-type: none">• Etkinlikler ve yayınlar hakkında etkili-güçlü tanıtım yapılmalı

TARTIŞMA

Katılımcıların Etik ve Meslek Etiği Algısı Bağlamındaki Bilgileri-Görüşleri

Katılımcıların meslek etiğini genellikle etik değerlerin meslekteki uygulamalarda izdüşümü olarak ifade etmelerinden (Çizelge-2), etik kod kavramı ve etik kod örnekleri hakkındaki bilgilerinin netleşmediği izlenimi uyandırmaktadır. Katılımcıların mesleki kuraldan anladıklarının ise çoğunlukla etik kod değil yasal düzenlemeler olduğu çıkarımı yapılabilir. Araştırmamızda saptanan bu durum literatür ile uyumludur (24-29).

Toplumun olumlu-olumsuz yönlerdeki çoklu etkisinin hem etik hem de meslek etiği anlayışının biçimlenmesinde ağırlık taşıdığı neredeyse tüm katılımcılar tarafından ifade edilmiş, sürekli eğitim ve meslek örgütü unsurları ise çok az katılımcı tarafından dile getirilmiştir (Çizelge-2). Katılımcı ifadeleri formel bilgilendirilmenin yerini mesleki tecrübelerden-yaşanmışlıklardan çıkarılan derslerin aldığını göstermektedir. Bunun olası sebebi, ülkemizde profesyonelliğe ve sürekli eğitim bilincine dayalı meslek etiği eğitiminin etkin şekilde uygulanmamasıdır.

Katılımcıların Diş Hekimliği Etiğinin Bağlamındaki Bilgileri-Görüşleri

Çalışmada saptanan önemli bir unsur günün koşullarında diş hekiminin mesleki sorumluluk algısının zaman içerisinde değiştiği ve geliştiğidir. Çalışmaya katılan çoğu diş hekimi kendisine karşı olan sorumluluk temasında sürekli eğitim, kişisel sağlık, aile düzeni ve sürdürülebilirlik kavramlarına vurgu yapmaktadır (Çizelge-3).

Literatürde sık rastlandığı belirtilen “meslek etiği sorunu”, “meslek etiğine uygun olmayan davranış” ve “meslek etiğine ilişkin olmayan davranış” kavramlarının karıştırılması bu çalışmada da saptanmıştır (30-39).

Meslektaşlar ve hastalar ile yaşanan iletişim problemleri, hasta ile kurulan güven ilişkisinin zedelenmesi, meslekte tecrübesizlik-yetersizlik, çalışma hayatındaki çeşitli sorunlarda meslek örgütünden ve meslektaşlardan destek alamama, katılımcıların etik sorun olmadığı halde öyleymiş gibi değerlendirdiği durumlardır (Çizelge-3). Çalışmada ortaya çıkan etik dışı-etige uygun olmayan davranış biçimleri literatürde ele alınanlarla benzeşmektedir (40,41).

Katılımcıların etik sorunlarla mücadele konusundaki ifadeleri, çözümlene ve seçim süreçlerine yönelme değil düşünsel derinliği olmayan, pratik çözümler arama eğiliminde olduklarını göstermektedir (Çizelge-3). Katılımcıların sadece birinin etik soruna yaklaşım konusunda literatür bilgisi ile uyumlu bir anlatımda bulunması ve sadece bir diğerrinin etik sorunlara vaka temelli yaklaşımdan söz etmesi, kalan çoğunluğun ise konunun kuramsal boyutuna uzak olması genel olarak etik sorun kavramının oluşmuş-yerleşmiş bulunmadığını, etik sorunların fark edilmesinde ve çözülmesinde yetersiz kalındığını, etik eğitimine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Çizelge-3). Kuramsal etik bilgisi ve etik ikilemlerle baş etme konularında sorun yaşanması ve bu noktada eğitimin önemi literatürün teyit ettiği bir husustur (42).

Katılımcıların Türk Dişhekimleri Birliği Meslek Etiği Kuralları Metni Bağlamındaki Bilgileri-Görüşleri

Metin hakkında saptamalar ve görüşler

TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları metnine dair ifadelerden ortaya çıkan metin hakkında saptamalar ve görüşlere dair temalar metinde kullanılan dil-üslup, metnin içeriği, metnin işlevi şeklinde üç kategoriye ayrılmaktadır (Çizelge-4). Tartışma, bu üçlü ayırım üzerinden sürdürülecektir.

İlk kategori “metinde kullanılan dil-üslup” olup genel anlamda birçok katılımcı dilin açık ve anlaşılır olduğunu ifade etmişler, daha az katılımcı ise mevzuat formatında olduğuna dair bildirimde bulunmuşlardır (Çizelge-4). TDB metninin tıpkı Türk Tabipleri Birliği’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları gibi biçimsel açıdan mevzuat metinleri ile örtüştüğü fakat onlara oranla daha anlaşılır olduğu söylenebilir (43).

İkinci kategoride metin “içerik” bakımından ele alınmış ve katılımcıların çoğu metnin önemli bilgilere yer verdiği ve bunları açıklayıcı karakterde olduğunu; bir kısım katılımcı ise çok genel-soyut bilgiler bulundurduğunu ve örnekler-açıklamalar ile desteklenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Çizelge-4). Nitekim Amerika Dış Hekimleri Birliği (American Dental Association, ADA) etik kodunda örnek vakalar ve rehberlik düzenlemeleri; Birleşik Krallık Genel Dış Konsülü (General Dental Council, GDC) etik kodunda rehberlik düzenlemeleri; Amerikan Dışhekimliği Koleji (American College of Dentists, ACD) etik kodunda destekleyici el kitabı yer almaktadır (5,7,44). Bir ya da birkaç tamamlayıcı doküman eklenmesi halinde TDB etik kodunun daha da iyi anlaşılacağı düşünülebilir.

Üçüncü kategoride ise metin “işlev” bakımdan değerlendirilmiş ve bu noktada katılımcılar arasında ciddi görüş farklılıkları ortaya çıkmıştır. Çoğunluğun metni kılavuz niteliğinde, faydalı, etik sorunların çözümünde işlevsel şeklinde nitelendirmesine karşılık katılımcıların bir kısmı ise onu etik sorunların çözümünde sınırlı ölçüde yardımcı, dış hekimlerini kısıtlayıcı, fazla görev ve sorumluluk yükleyici bulduğunu belirtmiş, hasta ile yaşanabilecek sorunlara yeterince değinmediğini, hasta seçebilme hakkından söz etmediğini dile getirmiştir (Çizelge-4).

Metnin gözden geçirilmesi ya da tekrar hazırlanması durumu için öneriler

TDB Dışhekimliği Meslek Etiği Kuralları metninin gözden geçirilmesi ya da yeniden hazırlanmasına dair ifadelerden ortaya çıkan temalar gözden geçirme ihtiyacı, metnin tekrar hazırlanması, yeni hazırlanacak metnin içeriği ve meslek etiği ile ilgili farklı etkinliklerle ve yayınlarla metnin desteklenmesi şeklinde dört kategori altında toplanmakta olup tartışmada da bu kategorizasyon esas alınmıştır (Çizelge-4).

Gözden geçirme ihtiyacı kategorisinde metne yapılabilecek eklemeler çerçevesinde bir katılımcı, deontoloji ile ilgili birkaç hususa yer verilebileceğini, örneğin meslektaşlara karşı sorumlulukların daha kuvvetle vurgulanabileceğini söylemiştir (Çizelge-4). Oysa onun güçlendirilmesini istediği mesaj TDB Dışhekimliği Meslek Etiği Kuralları metninin “Dışhekiminin Meslektaşlarına Karşı Sorumlulukları” başlığı altında 22, 23 ve 26 numaralı maddelerine dağılmış olarak bulunmaktadır (20).

Bir başka katılımcı ise iki ilginç görüş dile getirmiş; bir yandan metinde dış hekiminin kendisine ve yanında çalışanlara dair sorumluluklarının belirtilmesini diğer yandan başına hekim andı ilave edilerek metnin manevi ağırlığının artırılmasını önermiştir (Çizelge-4). Bu bağlamda TDB’nin görevler ve sorumluluklar hakkındaki değerlendirmesinin metnin bütününde daha geniş bir perspektifte ve diğer ekip üyelerini de kapsayacak boyutta ifade etmesi gerektiği düşünülebilir. Nitekim ADA etik kodunda diğer çalışanlara dair “Dış hekimleri ağız sağlığı ekibinin liderleridir. ...” görüşü dile getirilmektedir (5). İngiliz dış hekimliği meslek etiği kodunda da ekip bilinci ve sorumluluklar, birçok ülkeye oranla daha net ve detaylı olarak belirtilmiştir (7).

Etik koda hekim andı eklenmesi yolundaki önerinin tıp ve dış hekimliği özelinde hayata geçmiş bir örneğine yapılan araştırma çerçevesinde rastlanmamıştır. Bununla birlikte Türk Hemşireler Derneği’nin (THD) “Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar” başlıklı etik kodunun sonunda uluslararası hemşirelik yemini yer almaktadır (45). TDB etik kodunda böyle bir düzenleme düşünülmesi halinde, Çukurova Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi’nde kullanılan Prof. Dr. Dt. İlder Uzel’in kaleme aldığı dış hekimliğine özgü bir takım motiflerle bezenmiş “Dış Hekimliği Andı” öncelikle değerlendirilebilecek bir örnektir (46).

Katılımcılardan gelen bir başka öneri metinde yer alan kuralların ihlali durumunda bir takım yaptırımlar uygulanmasıdır (Çizelge-4). TDB Dışhekimliği Meslek Etiği Kuralları metninde kuralların ihlaline dair bir hüküm bulunmamasıyla beraber amaç kısmındaki “Bu kuralların amacı, dışhekimlerinin uymak zorunda oldukları meslek etiği kurallarını belirlemektir.” ifadesi sorumluluk iması taşımaktadır (20). Öte yandan TDB disiplin yönetmeliğinin 5. maddesi açıkça değilse de dolaylı olarak etik koda uymamanın disiplin suçu olduğunu belirtmektedir (47). Mesleki etik kodların, evrensel olmakla birlikte ait oldukları toplumların gereksinimlerine-koşullarına-olanaklarına-önceliklerine göre kimi nüanslar içerdikleri söylenebilir. Öte yandan zaman içerisinde dünya genelinde ve ülkelerde meydana gelen önemli olaylar, etik kodlarda bir takım değişikliklere yol

açmaktadır (48). ADA etik kodunun, diş hekimlerinin yasal çerçevede yaşadıkları sorunlara cevap oluşturacak şekilde revizyonlar geçirerek biçimlenmesi bu durumun çarpıcı bir örneğidir (5,49–51).

İkinci kategoride metnin tekrar hazırlanmasına dair ifadeler yer almakta ve katılımcıların çoğu metnin tekrar hazırlanması esnasında paydaş görüşlerinin dikkate alınmasını, meslek odalarına görüş sorulmasını, meslektaşlara anket yapılmasını ve sempozyum-çalıştay düzenlenmesini önermektedir (Çizelge-4).

TDB Meslek Etiği Kuralları'nın mevcut halini aldığı 2018 yılından sonra ortaya çıkan COVID-19 pandemisi sürecinde kamu çalışanı diş hekimleri fiyasyon görevini üstlenerek salgın yönetiminde rol oynamış; telefonla veya ev ziyaretiyle bulaşma şüphesi bulunan kişilere, ulaşip onlara test uygulamış ve bilgilendirme yapmış, onların ihtiyaçlarını ve ilaçlarını temin etmiş, onlardan temaslı kişi bilgilerini almıştır (52-54). Öte yandan diş hekimlerinin pandemi şartlarında ağız ve diş sağlığı hizmetleri verebilmesi için özel yöntemler geliştirilmiş, ileri tedbirler alınmış, diş hekimliğinde acil ve ertelenebilir vakalara dair tanımlar yeniden düzenlenmiştir (55). Bu çerçevede değişen hizmet sunum modeli beraberinde diş hekimliği uygulamaları ile de bağlantılı başka etik sorunlar oluşmuş bulunması muhtemeldir. Bu husustan hareketle diş hekimliği meslek etiği kurallarının revize edilmesi söz konusu olduğunda olağandışı durumlara ilgili bazı düzenlemelerin eklenmesinin yerinde olacağı düşünülebilir. Nitekim ADA'nın pandemi döneminden yola çıkarak 2023 yılı mart ayında etik kodun 3.A.1 maddesinde yer alan acil-olağandışı halk sağlığı durumlarında elektif ve acil olmayan prosedürlere dair düzenleme yapması bu yaklaşıma bir örnek oluşturmaktadır (5).

Katılımcılardan birçoğunun önerisi olan metnin yeniden hazırlanmasına destek amaçlı olarak anket yapılması, doğrudan kodun nasıl olması gerektiğine dair sorular sorulmayıp alandaki sorunların neler olduğunun sorgulanması şeklinde gerçekleşirse etkili olacağı düşünülebilir (Çizelge-4). Bu şekilde bir çalışma İran'da Khorshidian ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır (56).

Etik kod hazırlanmasında alandan sorunların değerlendirilmesine dayalı olan Khorshidian örneğine alternatif bir yaklaşım, Birleşik Krallık'ta geçerli olan etik kodun ağız diş sağlığı alanındaki paydaşların ortak mesleki platformu tarafından yapılandırılması modelidir. Genel Dişhekimliği Konseyi adını taşıyan bu platform diş hekimlerinin, diş hemşirelerinin, diş hijyenistlerinin, diş teknisyenlerinin ve diş terapistlerinin çalışma usullerini ve esaslarını bütüncü bir anlayışla düzenlemektedir (57).

Üçüncü kategorideki katılımcı görüşleri ve önerileri noktasında, bir katılımcı kodda yer alan görevlerin ve sorumlulukların genişletilmesi çerçevesinde, mesleki uygulamaların gerektirdiği donanıma sahip olma, meslek örgütü etkinliklerine ve özellikle eğitimlerine katılma gibi zorunlulukların getirilmesinin uygun olacağını belirtmiştir (Çizelge-4). Ülkemizde böylesi bir zorunluluk bulunmamakla birlikte mesleki gelişim konusunda TDB'nin Sürekli Dişhekimliği Eğitimi Yönergesi 1998 yılından beri yürürlüktedir (58,59).

Sürekli mesleki eğitim uygulamaları birçok ülkede bulunmaktadır, örneğin bazı Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri eyaletlerinde sürekli diş hekimliği eğitimi (SDE) puanları-kredileri mesleği icra yetkisini sürdürme için zorunlu hale getirilmiştir (60,61). Literatürde bu türden eğitim zorunluluklarının diş hekimliği profesyonelliği bağlamında önemli bir yerinin olduğuna ancak güncel koşullar çerçevesinde tekrar gözden geçirilmeleri gerektiğine dair görüşler bulunmaktadır (62).

Kodun, mesleğini sadece fiilen icra eden diş hekimleri için değil farklı kesimler için de geçerli olması bağlamında diş hekimliği eğitimcileri ve öğrencileri özellikle önem taşımaktadır (Çizelge-4). Fakülte öğrencilerinin meslektaş adaylarıdır ve etik bilinçle donanmaları gerekmektedir (63,64). Eğitim veren diş hekimleri, bu hususu dikkate almalı ve üzerinde detaylıca düşünmelidir (63,64). Etik kod metinlerinde diş hekimliği eğitimi verenlerin ve alanların haklarının, görevlerinin ve sorumluluklarının belirtilmesi, eğitim süreçlerinde iletişimin-etkileşimin daha sorunsuz ve verimli olmasını da sağlayacaktır (65-77). Günümüzde diş hekimliği alanındaki kimi fakülteler ve sivil toplum kuruluşları oluşturdukları etik kodlarda, öğrencilere yönelik etik eğitimini de yer vermişlerdir (8,78).

Etik kodda haklarına, görevlerine ve sorumluluklarına yer verilmesi gereken bir diğer kesim, klinikte diş hekimiyle birlikte çalışan kişilerdir (Çizelge-4). Bu kişilerin bir kısmı klinik işlemlerde diş hekimine destek verirken diğerleri muayenehanenin sekreteryaya ve hizmet süreçlerini yürütmektedir. Katılımcıların dile getirdiği bu hususlar bağlamında gündeme gelen profesyonellik, ekip ve ekip liderliği kavramları, GDC etik kodunda yer almakta ve haklarında ayrıntılı düzenlemeler bulunmaktadır (7).

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili laboratuvarlarda ve diş depolarında çalışanlar, ilaç ve malzeme firmalarının temsilcileri de diş hekimi ile yakın ilişki halinde bulunmaktadır (79). Bu hususa değinen katılımcıların ifade ettiği üzere anılan kişilere karşı sorumlulukların da kodda yer almasının, diş hekimlerine mesleki uygulamalarda farkındalık artışı kazandıracağı düşünülebilir (Çizelge-4).

Katılımcıların metne eklenmesini önererek dile getirdiği bir başka sorumluluk türü ise diş hekiminin çalıştığı kuruma karşı taşıdığıdır (Çizelge-4). Bazı katılımcılar kamu kurumunda çalışan diş hekimlerinin, hasta yoğunluğu karşısında gereksiz bekletme, erteleme, sevk etme ve özensiz tedavi gibi yollara başvurduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge-4). Bir katılımcı ilgili yasal düzenleme gereği kamu kurumu dışında çalışmaması gereken bir kamu görevlisi diş hekiminin, buna uymamasını etik dışı davranış örneği olarak göstermiş, bir diğeri benzer bir soruna değinerek mazeretsiz işe gelmeyen diş hekiminin sadece hastaları değil o kurumda çalışan diğer meslektaşlarını da zora soktuğunu vurgulamıştır (Çizelge-4). Diş hekimlerinin bünyesinde çalıştıkları kurumlarda bir takım yükümlülükler üstlenmiş bulunduğu ve bunları yerine getirmemeleri durumunda sorumluluklarının ortaya çıktığı, etik kodda da yer verilmesi düşünülebilecek önemli bir husustur (60, 80, 81).

Katılımcıların özellikle üzerinde durdukları bir başka husus ise diş hekiminin kendisine ve başta ailesi olmak üzere yakın çevresindekilere karşı görevleridir (Çizelge-4). Onlara göre meslek etiği kurallarına uymak ile bu görevleri yerine getirmek zaman zaman çatışmaktadır. Diş hekimin kendisine ve ailesine karşı görevleri-yükümlülükleri-sorumlulukları bulunduğu hususuna meslek etiği kodunda yer verilmesi üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Birçok katılımcı etik sorunların anlaşılmasına ve çözümüne katkı sağlamak üzere metin içerisinde veya ekinde örnek vaka sunumlarının yer almasının uygun olacağını belirtmiştir (Çizelge-4). Nitekim içeriğinde danışmanlık ve rehberlik adı altında ek açıklamalar bulunan diş hekimliği meslek etiği kodu örnekleri vardır (5-7). Mesleki etik sorunlar ve vaka çözümlenmeleri ise etik kod metinlerinin içinde yer almamakla birlikte, kodların tamamlayıcısı olan ek metinlerde ve yardımcı kitaplarda bulunmaktadır (44).

Çalışmada yeni hazırlanacak metnin içeriğine dair dördüncü ve son kategoride meslek etiği ile ilgili sürekli eğitim etkinliklerinin yürütülmesi, meslek etiği ile ilgili basılı ve elektronik doküman üretilmesi, etkinlikler ve yayınlar hakkında etkili-güçlü tanıtım yapılması hususlarında görüşler-önerileri yer almaktadır (Çizelge-4).

Farklı ülkelerin diş hekimleri, meslek etiği kodlarını bir yandan topluma yönelik taahhüt ve teminat diğer yandan meslektaşları için rehber olarak hazırlamışlardır. Bu metinler değişen koşullarına göre güncellenmiş, geliştirilmiş, ek metinlerle desteklenmiştir. Çoğu ülkede bu sorumluluğu birlik-örgüt yerine getirmiş kimi ülkelerde ise dernek, vakıf veya üniversiteler devreye girmiştir (44).

Mevcut kodların camia tarafından tanınması, benimsenmesi amacıyla çeşitli etkinlikler düzenlenmekte; bunlar yüz yüze ve çevrimiçi eğitimler, kurslar, kredi tamamlama ve sertifika programları şeklinde olabilmektedir (82). Bu eğitimler genelde pratik mesleki bilgiyi ve beceriyi geliştirmeye yönelik olmakla birlikte güncel etik bilgisinin yenilenmesini, örnek vaka sunumlarını ve değerlendirmelerini de içerebilmektedir (83). Literatürde yer alan bu hususlara katılımcıların çoğu da değinmiştir (Çizelge-4).

TDB, özellikle COVID-19 pandemisi sonrası önemi artan TDB Akademi üzerinden çevrimiçi eğitim platformunu hayata geçirmiş bulunmaktadır (84). Bu eğitim platformunun içinde henüz mesleki etik bilgisi veren bir sunum-modül bulunmamaktadır (85). Buna karşılık gelişmiş birçok ülkede temel mesleki etik değerlerin ve klinik yaşam içerisinde diş hekimlerinin karşılaşacağı etik sorunların ele alınması diğer tüm eğitim içeriklerinin önüne geçmiştir (14,86). Belki de bu hassasiyetin ülkemizde sergilenememesinin etkisiyle

çalışmanın katılımcıları daha etkin bilgi aktarımı ve öğrenme platformu ihtiyacını ön plana çıkarmıştır (Çizelge-4). Birçok ülkede diş hekiminin pratik meslek yaşamını desteklemek üzere faydalanabileceği, etik tema içeren çevrimiçi platformlar, e-kitaplar, örnek etik vaka öyküleri içeren videolar bulunmaktadır (5,6,8,87-89).

Çalışmada TDB Meslek Etiği Kuralları metninin diş hekimlerine ulaştırılması ve onlarda etik bilincinin artırılmasına yönelik etkinliklerin daha yoğun bir şekilde yapılması gerektiği düşüncesi birçok katılımcı tarafından ifade edilmiştir (Çizelge-4). Bu çerçevede kod metninin ve hazırlanacak diğer materyalin TDB'nin sosyal medya hesapları üzerinden ve internet sitesinden genel erişime açılması, basılı ya da elektronik dergi olarak meslek camiasına sirküle edilmesi, e-posta ve telefon mesajı şeklinde tek tek meslektaşlara iletilmesi yerinde olacaktır. Kamuoyuna mal olan biyoetikle veya meslek etiğiyle ilgili-bağlantılı konuların meslek örgütü platformlarında yetkililerce tartışılması ve çıkarılan sonuçların-görüşlerin meslek camiasına ve topluma duyurulmasının da diş hekimliği etiği alanında farkındalık artışı yaratacağı düşünülebilir.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

1. Katılımcılar genel olarak etiği ahlak üzerinden anlatmaya-tanımlamaya çalışmaktadır. Dolayısıyla etik ve ahlak kavramları arasında tam bir ayırım yapamamaları; kimi zaman etik değerler üzerinden ahlaklılığa kimi zaman da ahlak üzerinden etik değerlere dair söylemlerde bulunmaları söz konusu olmaktadır.
2. Katılımcıların etik bilgisini genel olarak aile, rol modeli alınan kişiler, inanç ve toplum üzerinden edindiği görülmektedir. İlk ve orta öğrenimde etik eğitimi alan katılımcı bulunmamaktadır. Kuramsal temelsizlik, katılımcıların etik bilgisi üzerinde hakimiyet kurmasını ve derinlemesine düşünmesini zorlaştırmaktadır.
3. Katılımcıların çoğu meslek etiği donanımlarına dair fakülte eğitimlerine işaret etmişler ve farklı disiplinlerde eğitim veren hocalarının temel anlamda meslek etiğini öğrenmelerinde büyük rol oynadıklarını belirtmişlerdir. Fakülteedeki etik-deontoloji derslerini ise kuralların aktarımı şeklinde algıladıkları, mesleki kuraldan anladıklarının da etik kod değil yasal düzenlemeler olduğu görülmektedir.
4. Katılımcılar mesleki değer sorunu, meslek etiğine uygun olmayan davranış ve meslek etiği ile ilgisi olmayan davranış kavramlarını karıştırmaktadırlar. Mesleki uygulamalarında yaşanan sorunlarla ilgili bu karışıklık onların kimi zaman gözden kaçmasına, kimi zaman da çözümsüz kalmasına yol açabilmektedir.
5. Katılımcıların çoğu, metinde kullanılan dilin-üslubun açık ve anlaşılır olduğunu, metnin açıklayıcı karakterde ve önemli bilgiler içerir olduğunu, kuralların mesleki uygulamalar açısından kılavuz niteliğinde ve mesleki sorumlulukları hatırlatmak açısından faydalı olduğunu; dolayısıyla etik kodun işlevsel olduğunu ifade etmişlerdir. Öte yandan mesleki uygulamalar sırasında karşılaşılabilecekleri somut etik sorunlar karşısında metnin net ve kesin kararlar vermelerine ve bunları hayata geçirebilmelerine destek olmasını beklediklerini de belirtmişlerdir.
6. TDB Dişhekimleri Meslek Etiği Kuralları'nın, mesleğin temel esaslarını ve işlevini dile getirdiği, bunlar üzerinden mesleki davranışları ve ahlaki yükümlülükleri belirlediği, diş hekimlerinin kendi kendilerini kurala bağlaması çerçevesinde hazırlanmış topluma yönelik bir taahhütler dizisi olduğu katılımcılar tarafından tam olarak anlaşılammıştır.
7. Katılımcılar etik kodda haklarına, görevlerine ve sorumluluklarına yer verilmesi gereken bazı kesimler olduğu görüşündedirler. Bunlar klinikte diş hekimiyle birlikte çalışan diş hekimi yardımcısı, sekreter, hizmetli gibi kişiler ve ayrıca kliniğe dışarıdan destek veren diş protez laboratuvarı çalışanları, diş deposu çalışanları, ilaç ve malzeme firması temsilcileridir.
8. Meslek Etiği Kuralları metninde diş hekimliği eğitmenlerinin ve öğrencilerinin haklarının, görevlerinin ve sorumluluklarının belirtilmesi beklentisi de çalışmada saptanan ve değerlendirilmesi gereken önemli bir husustur.

Öneriler

1. Meslek Etiği Kuralları metni COVID-19, dijitalleşme, küreselleşme, paydaş ilişkileri gibi günün koşullarına ve değişen meslek-toplum ihtiyaçlarına göre güncellenebilir.
2. Metnin gözden geçirme ve yeniden hazırlanma süreçlerinde farklı formasyon sahiplerinin ve kesim temsilcilerinin bir araya geldiği toplantılar yapılması; onların dile getirdiği değişik ihtiyaçların, görüşlerin, önerilerin gündeme alınması yerinde olacaktır.
3. Diş hekimlerinin kavramsal ve pratik etik bilgisi düzeylerinin yükselmesi için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları gözden geçirilmelidir. TDB Akademi'nin üzerinden modüler etik eğitimleri planlanması, meslek etiği toplantıları düzenlenmesi, farklı bilimsel etkinliklerin açılış konuşmalarında meslek etiğinin gündeme getirilmesi, etiğin ve etik kodun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.
4. Meslek Etiği Kuralları ana metni, diş hekimlerinin meslek pratiğinde karşılaştıkları somut durumlar hakkında TDB, uzmanlık dernekleri ve fakülteler tarafından üretilmiş ek metinlerle desteklenebilir.
5. Kamuoyuna mal olan biyoetik veya meslek etiğiyle ilgili-bağlantılı konuların etik kod esas alınarak meslek örgütü platformlarında yetkililerce tartışılması ve üretilen sonuçların-görüşlerin-önerilerin meslek camiasına ve topluma farklı kanallardan iletilmesi yerinde olacaktır.

Bilgi: Bu çalışma 2023 yılında Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak sunulmuştur.

*Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Oğuz NY, Tepe H, Örnek Büken N, Kırmısoy Kucur D. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü*. Ankara:Türkiye Felsefe Kurumu, 2005: 82-84.
2. Kadioğlu S. Etik Etik Dedikleri. III. Koloproktoloji-Stomaterapi Sempozyumu. Adana-Türkiye, 12-14 Nisan 2007.
3. Kadioğlu S. Tıp ve Genel Ahlak. Arda B. *Tıp Etiği Araştırmaları*. Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları, 1999: 80-84.
4. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 29: 7-12.
5. American Dental Association. Principles of Ethics Code, of Professional Conduct (2023). Erişim: (<https://www.ada.org/about/principles/code-of-ethics>). Erişim Tarihi: 15.11.2023.
6. World Dental Federation. FDI World Dental Federation: Dental ethics manual-2 (2018). Erişim: (https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-dental_ethics_manual_2.pdf). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
7. General Dental Council. General Dental Council Standards for The Dental Team (2013). Erişim: (<https://www.gdc-uk.org>). Erişim Tarihi: 20.12.2022.
8. American College of Dentists. Core Values & Aspirational Code of Ethics (1996). Erişim: (<https://www.acd.org>). Erişim Tarihi: 20.12.2022.
9. American Dental Association. ADA History. Erişim: (<https://www.ada.org/about/history-of-the-ada>). Erişim Tarihi: 20.12.2022.
10. Council of European Dentists. Code of Ethics for Dentists in The European Union (2017). Erişim: (<https://cedentists.eu/ced-code-of-ethics.html>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
11. Bundeszahnärztekammer. Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (2019). Erişim: (<https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/recht/mbo.pdf>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
12. Conselho Regional de Odontológica. Código de Ética Odontológica (2012). Erişim: (<https://site.crosp.org.br/uploads/etica/6ac4d2e1ab8cf02b189238519d74fd45.pdf>). Erişim Tarihi: 20.12.2022.
13. Okuyaz S, Kadioğlu FG. Sağlık Mesleklerinde Etik Kodlar Benzerlikleri ve Farklılıkları. Işıl Ülman Y, Başağaç Gül T, Kadioğlu FG, Yıldırım G, Edisan Z. *Tıp Etiğinden Biyoetiğe*. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği, 2009: 232-240.
14. American College of Dentists. Dental Ethics. Erişim: (<https://www.dentalethics.org>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
15. Kadioğlu FG. (TDB. 2. Etik Kurultayı Konuşması, 2011). Erişim: (https://www.tdb.org.tr/userfiles/files/10.12.2011.II.Etik_Kurultayi_Desifre.pdf). Erişim Tarihi:10.12.2022.
16. Saraç Y, Kadioğlu FG. Türk Dişhekimleri Birliği Etik Kodu'nun Revizyon Gereksinimi. Türkiye Biyoetik Derneği IX. Ulusal Kongresi Biyoetik: Dünü, Bugünü, Yarını. Mersin-Türkiye, 9-12 Mayıs 2018.
17. Kadioğlu FG. Türk Dişhekimleri Birliği Etik Kodu'na Tarihsel Bakış. İkinci Uluslararası Katılımlı Ulusal Diş Hekimliği Tarihi Kongresi. İstanbul-Türkiye, 11 Aralık 2012.

18. Kadioğlu FG. Türk Dişhekimleri Birliği Etik Kurulu'nun Diş Hekimliği Mesleğine Katkıları. Türkiye Biyoetik Derneği IX. Sempozyumu: Biyoetik ve Etik Kurullar. Ankara-Türkiye, 03-06 Haziran 2016.
19. Öncel Ö. Diş Hekimliğinde Etik. Demirhan Erdemir A, Oğuz NY, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik*. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2001: 652-670.
20. Türk Dişhekimleri Birliği. Türk Dişhekimleri Birliği Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları (2018). Erişim: (https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=210). Erişim Tarihi: 20.12.2022.
21. Kümbetoğlu B. *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık, 2021.
22. Lindseth A, Norberg A. A Phenomenological Hermeneutical Method For Researching Lived Experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18 (2): 145-153.
23. Krueger RA, Casey MA. A practical guide for applied research. *Forum: Qualitative Social Research* 2000; 3 (4): 28.
24. Kadioğlu FG, Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Demirhan Erdemir A, Oğuz NY, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2001: 44-64.
25. Elçioğlu Ö, Kırımlıoğlu N. Tıp Etiği İlkeleri. Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş. *Çağdaş Tıp Etiği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2003: 26-31
26. Arslan M. *İş ve Meslek Ahlakı*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2012.
27. Gülpınar G. Meslek ve Meslek Etiği. Yalın YN, Keleş Ş. *Sağlık Programları Meslek Etiği*. Ankara: Ankara Nobel Kitabevleri, 2019: 56-57.
28. Sökmen A. *Meslek Etiği: Örgütsel ve Yönetimsel Etik-Kurumsal Sosyal Sorumluluk*. Ankara: Detay Yayıncılık, 2016.
29. Kahya E. Bilim Etiğine Kısa Bir Bakış. *Erdem Dergisi* 2005; (44): 119-134.
30. Cajee N. Disruptures in the Dental Ethos: The Birth, Life, & Neoliberal Retirement of Norms in Advertising & Corporatization. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2021; 49 (1): 77-88.
31. Kelleher M. Ethical Issues, Dilemmas and Controversies in "Cosmetic" or Aesthetic Dentistry. A Personal Opinion. *British Dental Journal* 2012; 212 (8): 365-367.
32. Ozar DT. Professionalism: Challenges for Dentistry in the Future. *Journal of Forensic Odonto-Stomatology* 2012; 30 Suppl 1: 72-84.
33. Porter SAT, Grey WL. Ethical Dilemmas Confronting Dentists in Queensland, Australia. *Australian Dental Journal* 2002; 47 (3): 241-248.
34. Kadioğlu FG. Diş Hekimliğinde Etik Sorunlar. *Ankara Dişhekimleri Odası Etik Bülteni*, 1999; (3): 1.
35. Uzel İ. Diş Hekimliğinde Etik Sorunlar. *Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi*, 1992; (18): 24-26.
36. Kadioğlu FG. Tıbbi Etik Açısından Dişhekiminin "Karar" Sorunu. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarihi Dergisi* 1994; 2 (2): 89-91.
37. Kadioğlu FG. *Diş Hekimliği Karar Verme Süreçlerinde Etik* (2015). Erişim: (http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/daset_15_bahar/etik_karar_verme.pdf). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
38. Namal A. Etik İlkelerine Yaklaşımda Yöntem Kullanımı Üzerine. Hatemi H, Doğan H. *Medikal Etik-9: Tıpta Gelişen Araştırmalar ve Yöntemlere Etik Yaklaşım*. İstanbul; Yüce Yayın, 2010: 33-42
39. Kadioğlu FG. Diş Hekimliği Etiği. Çağlayan G. *Periodontoloji ve İmplantoloji Cilt 2*. İstanbul: Quintessence Publishing, 2018: 1209-1213.
40. Thomas LA, Tibble H, Too LS, Hopcraft MS, Bismark MM. Complaints About Dental Practitioners: An Analysis of 6 Years of Complaints About Dentists, Dental Prosthetists, Oral Health Therapists, Dental Therapists and Dental Hygienists in Australia. *Australian Dental Journal* 2018; 63 (3): 285-293.
41. Uzel İ, Kadioğlu FG. Dişhekimliğinde Meslek Kusurları (Malpraktis). *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 1995; 3 (2): 2-3.
42. Schochow M, Christel A, Lautenschläger C, Steger F. Zahnmedizinische Kenntnisse in der Praxis - eine Befragung von Zahnärzten aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. *Gesundheitswesen*, 2016; 78 (12): 168-173.
43. Türk Tabipleri Birliği. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (2012). Erişim: (https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=0ec78cec-9474-11e7-914a-a458ccf77150). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
44. American College of Dentists. Ethics Handbook for Dentist. Erişim: (<https://www.dentaethics.org/code/>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
45. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar (2009). Erişim: (<https://www.thder.org.tr/hemshireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
46. Uzel İ. Diş Hekimliği Andı. Erişim: (https://dentistry.cu.edu.tr/storage/ogrenci_isleri/2021-2022/YeminToreni2022.pdf1). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
47. Türk Dişhekimleri Birliği. Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8106&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) Erişim Tarihi: 15.12.2022.
48. Vianna JAR, Rocha LE. Comparação do código de ética médica do Brasil e de 11 países. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2006; 52 (6): 435-440.
49. Mayol I M, Victoria M, Sánchez R, Gonzalvo-Cirac MC. Deontological Codes for Dentists. *Cuadernos de Bioética* 2013; 24 (3): 367-376.
50. American Dental Association. ADA Association Reports. Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. *The Journal of the American Dental Association* 1988; 117 (5): 657-661.
51. American Dental Association. ADA Association Reports. Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. *The Journal of the American Dental Association* 1990; 120 (5): 585-592.
52. Yılmaz Çelik S, Kadioğlu FG. Hekim Hakları Açısından Filyasyon: Diş Hekimliği Özelinde Bir Değerlendirme. Uluslararası Tarihsel, Yasal, Etik ve Medya Boyutlarıyla Salgın Hastalıklar Kongresi. Diyarbakır-Türkiye, 13-15 Ekim 2022.
53. Kadioğlu FG. *Diş Hekimliği ve COVID-19 Pandemisi: Etik Düzlemde Bir Değerlendirme*. Demirhan Erdemir A. COVID-19 Pandemisi ve Etik. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2021: 36-44.

54. Ak G, İşler S, Peker K, Onur OD, Açıkgoz MM. COVID-19 Pandemisinin Diş Hekimliği Hizmetlerine Etkileri ve Etik. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 2022; 5 (1): 55-61.
55. TC Sağlık Bakanlığı. Diş Hekimliği Uygulamalarında Acil ve Zorunlu Hizmet Güncellemesi. Erişim: (<https://yeniuyuzyl.edu.tr/DisHekimligi/files/Covid-19/Di%C5%9F%20Hekimli%C4%9Fi%20Acil%20Tedavi%20Listesi>). Erişim Tarihi:10.12.2022.
56. Khorshidian A, Larjani B, Ahmad-Akhoundi M, Parsapour A, Ebadi A, Shojaei AA. Design and Development of Dentistry Ethical Codes: Proposed for National İmplementation in İran. *Frontiers in Dentistry* 2019; 16 (4): 303-318.
57. Professional Standards Authority. Professional Standards Authority. Erişim:(<https://www.professionalstandards.org.uk>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
58. TC Sağlık Bakanlığı. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39749&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
59. Türk Dişhekimleri Birliği. Sürekli Dişhekimliği Eğitimi (2020). Erişim:(https://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=250). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
60. European Union. Summary of European CPD Regulations by Country (2010). Erişim: (<https://dentcpd.org>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
61. American Dental Association. Initial License per State and Territory, License by Credential, CE and Renewal Requirements, Specialization License, and COVID-19 Updates. Erişim: (<https://www.ada.org/resources/licensure/dental-licensure-by-state-map>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
62. Schleyer TKL, Dodell D. Continuing Dental Education Requirements for Relicensure in the United States. *The Journal of the American Dental Association* 2005; 136 (10): 1450-1456.
63. Nash DA. Ethics, Empathy, and the Education of Dentists. *Journal of Dental Education* 2010; 74 (6): 567-578.
64. Maehle AH. *Doctors, Honour and the Law*. New York: Palgrave Macmillan 2009: 1-36.
65. Ardenghi DMH. Dentists' Ethical Practical Knowledge: A Critical Issue for Dental Education. *European Journal of Dental Education* 2009; 13 (2): 69-72.
66. Nash DA. On ethics in the profession of dentistry and dental education. *European Journal of Dental Education* 2007; 11 (2): 64-74.
67. Ozar DT, Sokol DJ, Patthoff DE. *Dental ethics at chairside: Professional obligations and practical applications*. America: Georgetown University Press, 2018.
68. Hacettepe Üniversitesi. Diş Hekimliği Fakültesi Ders Programları (2022). Erişim:(<https://bilis.hacettepe.edu.tr/oibs/bologna/index.aspx?lang=tr&curOp=showPac&curUnit=312&curSunit=312#>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
69. Lantz MS, Bebeau MJ, Zarkowski P. The Status of Ethics Teaching and Learning in US Dental Schools. *Journal of Dental Education* 2011; 75 (10): 1295-1309.
70. Jackson RM. *Medical Ethics and Ethical Dilemmas : Personal , Cultural , Religious , and Ethical Values* (2006). Erişim: (<http://m2s-conf.uh.edu/honors/Programs-Minors/honors-and-the-schools/houston-teachers-institute/curriculum-units/pdfs/2006/health-care-law/jackson-06-law.pdf>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
71. World Health Organization. Module for Teaching Medical Ethics to Undergraduates (2009). Erişim:(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/205534>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
72. Singer PA, Robb A, Cohen R, Norman G, Turnbull J. Performance-Based Assessment of Clinical Ethics Using an Objective Structured Clinical Examination. *Academic Medicine* 1996; 71 (5): 495-498.
73. Uzel İ. Türk Diş Hekimliği Eğitimindeki Etik İhlalleriyle İlgili Tepkiler. Uzel İ, Örnek Büken N, Kadioğlu S, Şahinoğlu S, Aksoy Ş. *Yaman Örs Armağanı*. Adana: Türkiye Biyoetik Derneği Yayınları 2005: 382-390
74. Arda B. Tıbbi Etik Eğitiminin Eleştirel Bir Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 1994; 2 (2): 80-82.
75. Görkey Ş, Sert G. Towards A Specific Approach to Education in Dental Ethics: A Proposal for Organising The Topics of Biomedical Ethics for Dental Education. *J Med Ethics* 2012; 38 (1): 60-63.
76. Namal A. *Diş Hekimliği Etiği Açısından Meslektaşlık* (2014). Erişim:(https://www.academia.edu/43098913/Di%C5%9F_Hekimligi_Eti%C4%9Fi_A%C4%9Fısından_Meslekta%C5%9Flık). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
77. Kuloğlu Y. *Geleceğin Sağlık Çalışanlarında Düşünme Stilleri ile Meslek Etiği Alguları Arasındaki İlişki (Kırklareli Üniversitesi öğrencileri örneği)*. Danışman Deniz RB. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi. Kırklareli 2021.
78. American Student Dental Association. Erişim: (<https://www.asdanet.org>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
79. Sert G. Diş Hekimlerinin Diş Teknisyenleriyle Çalışmaları ve Bundan Doğabilecek Sorumlulukları. *Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi* 2003; (77): 45-47.
80. TC Sosyal Güvenlik Kurumu. SGK Diş Tedavileri. Erişim:(<https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/95d5ea10-34ae-4826-b700-94770bbde1c1/Dis-Tedavileri-2022-06-28-03-19-09>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
81. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=412578&MevzuatTur=2&MevzuatTertip=3>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
82. Brusino T. *Basic Ethics in Dentistry. Academy of Dental Learning & OSHA Training* (2012). Erişim: (<https://www.dentallearning.org/course/Ethics/Ethics.pdf>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.
83. General Dental Council.Focus on Standards. Erişim: (<https://standards.gdc-uk.org>). Erişim Tarihi: 15.12.2022.
84. Türk Dişhekimleri Birliği. TDB-Akademi. Erişim: (<https://tdbakademi.org/index.php>).Erişim Tarihi: 10.12.2022.
85. Türk Dişhekimleri Birliği.TDB Akademi e-Platform. Erişim:(<https://eplatform.tdbakademi.org/pages/homepage>). Erişim Tarihi: 10.12.2022.

86. General Dental Council. Recommended CPD Topics. Erişim: (<https://www.gdc-uk.org/education-cpd/cpd/enhanced-cpd-scheme-2018/recommended-cpd-topics>). Erişim Tarihi: 16.12.2022.
87. British Medical Association. Medical Ethics Today the BMA's Handbook of Ethics and Law. Erişim:(<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/books-from-the-bma/ethics-books-available-from-the-bma>) 2004. Erişim Tarihi: 16.12.2022.
88. Dünya Hekimler Birliği. Tıp Etiği Elkitabı. Erişim: (https://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi.pdf). Erişim Tarihi: 16.12.2022.
89. American Medical Association. Code of Medical Ethics of the American Medical Association (2015). Erişim: (www.ama-assn.org/go/ceja). Erişim Tarihi: 16.12.2022.

Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeylerinin Belirlenmesi

Determining the Ethical Decision Making Levels of Nurses Working in Intensive Care Units

Hamide ŞİŞMAN^a, Dudu ALPTEKİN^b, Refiye AKPOLAT^c

Özet

Giriş: Tüm insanlar için sağlık hayati bir önem taşıırken, sağlık hizmetine kolay ve adil erişim temel insan hakkıdır. Hemşireler sağlık bakım profesyoneli olarak hasta bakımını planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve geliştirmekten sorumludurlar. Bu sorumluluklarını yerine getirirken farklı etik sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Bu etik sorunlar karşısında hemşirelerin bakış açıları ve çözüm stratejileri etik duyarlılık düzeyleri ile paraleldir. Etik problemler karşısında hemşirelerin bu problemleri tanıması ve doğru kararlar verebilmesi için etik duyarlılık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir. **Amaç:** Araştırmanın amacı, merkezimizdeki yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik karar verebilme düzeylerini belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 159 hemşire ile yürütülmüştür. Çalışma verileri Hemşire Tanıtım Formu ve Etik Duyarlılık testini içeren anket formu ile toplanmış olup, istatistiksel analizi SPSS 25 paket programı ile yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya 8 (%7,2)'i erkek hemşire olmak üzere toplam 159 hemşire dahil edilmiş olup, yaş ortalamaları 26 (18-44) bulunmuştur. Hemşirelerin 49 (%44)'ü evli olup, 71 (%64)'i lisans mezunudur. Yoğun bakımda çalışma süreleri değerlendirildiğinde en fazla oranda 54 (%48,6) hemşirenin 1-5 yıl arası çalıştığı, onu 23 (%20,7) hemşirenin 0-1 yıl süre ile takip ettiği görülmüştür. Hemşirelik mesleğini sevip sevmedikleri sorgulandığında 88 kişi (%79,3) mesleği sevdiğini, 129 (%79) kişi etik eğitimi aldığını ve 112 kişi (%70,4) ise çok sık etik ikileme kaldığını bildirmiştir. İksel Düşünme (İD) ve Pratik Düşünme (PD) durumlarının sorgulandığı Etik ikileme Testi sonuçlarına göre İD toplam puanı 34 (3-42); PD toplam puanı 13 (4-21) bulunmuştur. Hemşirelerin aşinalık puan ortalaması 10 (4-17) bulunmuş olup, katılımcıların daha önce benzer bir ikileme aşına oldukları sonucuna ulaşılmıştır. **Sonuç:** Çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin etik ikileme kalma oranları yüksek olup, etik kararlar alırken çevresel faktörlerden etkilenme düzeyleri düşük bulunmuştur. Hemşirelerin etik ilkeleri dikkate alma düzeylerini gösteren İD puanları düşük olmakla birlikte, etik sorunlar karşısında karar vermeyi kolaylaştıran aşinalık puan ortalamaları istendik düzeyde bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Etik ikileme; hemşire; yoğun bakım

Abstract

Introduction: While health is vital for all people, easy and fair access to healthcare is a fundamental human right. As healthcare professionals, nurses are responsible for planning, implementing, evaluating, and improving patient care. They may encounter different ethical problems while fulfilling these responsibilities. Nurses' perspectives and solution strategies in the face of these ethical problems are parallel to their ethical sensitivity levels. In the face of ethical problems, nurses must have high levels of ethical sensitivity to recognize these problems and make the right decisions.

^a Doktor, Çukurova Üniversitesi, Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Adana, Türkiye. ✉ hamide.sisman@hotmail.com ORCID: 0000-0001-6867-9054

^b Doktor, Çukurova Üniversitesi, Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Adana, Türkiye. ✉ dudubaysal@hotmail.com ORCID: 0000-0003-2612-7379

^c Yardımcı Doçent Doktor, Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Lefkoşa, Kıbrıs. ✉ refiyeakpolat@gmail.com ORCID: 0000-0001-8907-0651

Gönderim Tarihi: 27 Ekim 2023 • Kabul Tarihi: 12 Aralık 2023

Purpose: The aim of the research is to determine the ethical decision-making levels of nurses working in intensive care units at our center. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted with 159 nurses working in the intensive care units of a university hospital. Study data were collected with a survey form including the Nurse Introduction Form and the Ethical Sensitivity test, and statistical analysis was performed with the SPSS 25 package program. **Results:** A total of 159 nurses, 8 (7.2%) of whom were male nurses, were included in the study, and their average age was 26 (18-44) years. 49 (44%) of the nurses are married and 71 (64%) have a bachelor's degree. When the length of time working in intensive care was evaluated, it was seen that the most 54 (48.6%) nurses worked for 1-5 years, followed by 23 (20.7%) nurses for 0-1 year. When asked whether they liked the nursing profession, 88 (79.3%) reported that they liked nursing profession, 129 (79%) reported that they had received ethics training, and 112 (70.4%) reported that they were in ethical dilemmas very often. According to the results of the Ethical Dilemma Test, in which Primitive Thinking (ID) and Practical Thinking (PD) situations are questioned, the ID total score is 34 (3-42); the PD total score was found to be 13 (4-21). The nurses' average familiarity score was 10 (4-17), and it was concluded that the participants were familiar with a similar dilemma before. **Conclusion:** In our study, intensive care nurses' ethical dilemma rates were high, and their level of influence from environmental factors when making ethical decisions was found to be low. Although the ID scores, which show the level of nurses' consideration of ethical principles, are low, the familiarity score averages, which facilitate decision-making in the face of ethical problems, were found to be at a desirable level.

Keywords: Ethical dilemma; nurse; intensive care

GİRİŞ

Günümüzde yaşam süresi, hastaneye yatış ve sağlık hizmetlerinin düzeylerindeki artış, teknolojik gelişmeler, göç, kültürel değerler ve inançlar gibi birçok faktör hemşirelik mesleğinde kaçınılmaz olarak değişim ve gelişime yol açmıştır (1). Bunun sonucunda hasta bireylerin bakımı sırasında hemşireler en üst düzeyde etik ve yasal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (2). Hemşirelerin bu süreçte etkin hemşirelik bakımı verebilmeleri, zamanın gerektirdiği bilgi ve olanakların yanı sıra bakımın insani ve etik yönlerine karşı duyarlılığı ile mümkün olabilir (3).

Sağlık sektörü içerisinde sürekli hasta ile iletişimde bulunan, bakım ve tedavinin temel çalışanı olan hemşireler, genişleyen rolleri ve sorumlulukları gereği çoğu zaman çözümlenmekte zorlandıkları etik sorunlarla karşı karşıya gelmektedir (4). Yoğun bakım hemşirelerinin, hastanın durumunda ortaya çıkan değişiklikleri ilk saptayan ve acil durumlarda ekip içinde hızlı karar alması gereken meslek üyesi olarak, karmaşık ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan sorunlarla daha sık karşılaşmaktadırlar (5). Bu sorunların önemli bir kısmını, etik sorunlar oluşturmaktadır. Genel olarak bakıldığında, yoğun bakım ünitelerinde etik karar vermeyi gerektiren konular arasında tıbbi karar verme, bilgilendirme ve onam alma, resüsitasyon yapıp yapmama kararı, beyin ölümü ve organ transplantasyonu ile ilişkili durumlar, yaşam desteğini başlatma ve sürdürme, tıbbi kaynakların adil paylaşımı ve ötanazi sayılmaktadır (6).

Hemşirelerin karşılaştıkları bu etik sorunlar karşısında doğru-uygun karar verebilmeleri beklenmektedir. Ancak hemşirelerin, etik problemleri tanıması ve çözümlenme aşamasında doğru kararları verebilmesi için etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir (7). Bu bilgiler ışığında etik ikilemlerle daha sık karşılaşmaları nedeniyle özellikle yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi ve etik duyarlılıklarını etkileyen farklı değişkenlerin belirlenmesi son derece önemlidir. Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışma, Adana il sınırları içerisinde yer alan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin yoğun bakımlarında çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma öncesinde Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Tarih: 06.03.2015 ve Karar No:21) ve katılımcıların hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı hastanede yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 194 hemşire, örneklemini ise araştırmanın gerçekleştirildiği zamanda aktif olarak çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 159 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hemşirelerin demografik verilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşirelik Etik İkilem Testi (HEİT) kullanılmıştır. Çalışmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi, mesleğini sevmeye durumu, etik eğitim alma durumu, etik ikilemde kalma durumu ve sıklığı ile bağlantılı toplam 11 sorudan oluşmaktadır (8).

Hemşirelik Etik İkilem Testi (HEİT):

Orijinal adı "Nursing Dilemma Test" olan HEİT'nin ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği 2010 yılında Birgül Cerit tarafından yapılmıştır (9). Bu test senaryolaştırılmış altı etik ikilem içermekte olup, her bir ikilem üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızda etik karar vermeye ilişkin İlkesel Düşünme (İD) ve Pratik düşünme (PD) puanlarının hesaplandığı testin ikinci bölümü değerlendirilmede kullanılmıştır. Bu bölümde hemşirelerin etik ikilem içeren senaryoyu düşünerek buna yönelik yaklaşımında göz önünde bulundurabileceği altı maddelik ifade yer almaktadır. Verilen yanıtlar doğrultusunda İD ve PD düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmış olup, hemşirelerden bu ifadeler arasında en önemli olanı seçmesi ve kendisine göre önem sırası doğrultusunda numaralandırması beklenmektedir. Her bir ikilemden elde edilen İD ve PD puanlarının ayrı ayrı toplanmasıyla toplam İD ve PD puanları belirlenmekte olup, testte ulaşılabilecek İD puanı 18-66, PD puanı ise 6-36'dır. İlkesel Düşünme, hemşirelikte etik karar verirken etik ilkeleri göz önüne almaya verilen önemi göstermektedir. Pratik düşünme ise, hemşirelerin etik sorunlara ilişkin karar vermesinde hasta sayısı, kullanılabilir kaynakların sayısı, kurumsal politikalar, hemşireler tarafından yönetimin verdiği desteğin algılanma ölçüsü ve hekim kontrolü gibi çevresel faktörlere verdiği önemi ölçmektedir (9).

Veriler hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde, çalışma saatleri sırasında toplanmıştır. Araştırma hakkında bilgi verildikten sonra veri toplama araçları hemşirelere verilmiş, hemşireler formları kendileri doldurmuştur. Formların doldurulması sırasında araştırmacı, hemşirenin yanında hazır bulunmuş ve soruları varsa onları cevaplandırmıştır. Formların doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizinde SPSS 25 kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılımının kontrolü için Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Araştırmanın verilerinin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzdelik, iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Bağımsız Örneklem-t" testi (t-tablo değeri), "ANOVA" testi (F-tablosu değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerlerini karşılaştırmak ve anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Bonferroni Düzeltmesi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Değişkenler (n=159)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	147	92,5
Erkek	12	7,5
Yaş Grupları		
18-30 yaş	116	73
31-44 yaş	43	27
Medeni Durum		
Bekar	91	57,2
Evli	68	42,8
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	59	37,1
Hayır	100	62,9
Çalıştığı Yoğun Bakım		
Dahiliye YB	24	15,1
Çocuk YB	19	11,9
Cerrahi YB	21	13,2
Beyin Cerrahi YB	17	10,7
Reanimasyon	16	10,1
Nöroloji YB	13	8,2
Koroner YB	11	6,9
Kalp Damar Cerrahi YB	11	6,9
Yenidoğan Yoğun Bakım	27	17
Etik Eğitim Alma Durumu		
Hayır	32	20,1
Evet	127	79,9
Etik İkilemde Kalır mısınız?		
Hayır	47	29,6
Evet	112	70,4
Evet ise Sıklığı		
Çok Nadir	22	19,7
Bazen	81	72,3
Oldukça Sık	9	8
Değişkenler	X ± SS	Min-Max
Yaş	27,08±6,36	18-44
Toplam Çalışma Süresi	2,49±1,25	1-13
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	2,08±0,9	1-4

Veriler Sayı (n), Frekans (%) Ortalama (X)±Standart Sapma (SS), Minimum-Maksimum olarak ifade edilmiştir.

Tablo 1’de katılımcıların demografik verileri sunulmuştur. Katılımcıların %92,5’i kadın, %73’ü 18-30 yaş grubunda, %57,2’si evli, %37,1’i çocuk sahibidir. Katılımcıların %15,1’i Dahiliye Yoğun Bakım’da çalışıyor olup, %79,9’u etik eğitimi almıştır. Katılımcıların %70,4’ü etik ikilemde kaldığını ifade etmiş, bunların %72,3’ü sıklık derecesini bazen şeklinde belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 27,08±6,36 (min=18, max=44), toplam çalışma süresi 2,49±1,25 (min=1, max=13), yoğun bakımda çalışma süre ortalaması 2,08±0,9 (min=1, max=4) olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Etik İkilem Düzeylerinin İncelenmesi

Etik İkilem Testi	X± SS	Min-Max
İlkesel Düşünme	33,7±5	18-66
Pratik Düşünme	12,8±3,3	6-36
Aşinalık	10,3±3,2	6-30
Etik İkilem Aşinalık Gruplandırma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aşına Olma (6-17 puan)	10,3±3,2	6-17

Veriler Ortalama (X)±Standart Sapma (SS), Minimum-Maksimum olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2’de katılımcıların etik ikilem düzeyleri incelenmiştir. İlkel Düşünme puan ortalaması $33,7\pm 5$ (min=18, max=66), Pratik Düşünme puan ortalaması $12,8\pm 3,3$ (min=6, max=36), Aşinalık puan ortalaması $10,3\pm 3,2$ (min=6, max=30) bulunmuştur. Etik ikilem, aşinalık gruplandırması açısından değerlendirildiğinde katılımcıların tamamının aşına grubunda olduğu ve puan ortalamasının $10,3\pm 3,2$ (min=6, max=17) olduğu sonucu elde edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Etik İkilem Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler	n	İlkel Düşünme X± SS	Pratik Düşünme X± SS	Aşinalık X± SS
Yaş 18-30 yaş (1) 31-44 yaş (2)	116	33±5,2	13±3,5	11±3,2
	43	35±4,3	12±2,9	9±3,2
		t=0,03 p=0,03*	t=2,77 p=0,17	t=0,00 p=0,00*
	Anlamli Farklilik	2>1	-	1>2
Mesleğini Sevme Durumu Evet (1) Hayır (2)	129	34±4,5	13±3,4	10±3,2
	30	32±6,8	13±3,2	11±3,4
		t=1,7 p=0,02*	t=0,01 p=0,86	t=0,03 p=0,77
	Anlamli Farklilik	1>2	-	-
Eğitim Düzeyi Lise (1) Önlisans (2) Lisans (3) Lisansüstü (4)	42	33±6,5	13±3,5	11±3,4
	18	33±4,8	13±2,7	9±3,5
	93	35±4,2	13±3,4	10±3
	6	34±5,3	14±3,6	12±3
		F=2,26 p=0,08	F=0,20 p=0,89	F=3 p=0,03**
	Anlamli Farklilik	-	-	4>1>3>2
Çalışma Süresi 1 yıldan az (1) 1-5 yıl (2) 6-10 yıl (3) 11 yıl ve üzeri (4)	21	34±4	12±3,4	12±2,4
	77	33±5,6	13±3,6	11±3,2
	33	34±4,8	12±3	10±3,3
	28	35±4,7	12±2,7	9±3
		F=1,2 p=0,31	F=1,12 p=0,34	F=3,2 p=0,02**
	Anlamli Farklilik	-	-	1>2>3>4

*Student t testi, ** One Way ANOVA.

Tablo 3’te hemşirelerin demografik özellikleri ile etik ikilem puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hemşirelerin yaşı, mesleğini sevme durumu, eğitim düzeyi ve çalışma süresi ile toplam ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların 31-44 yaş grubunun ile ilkel düşünme ($35\pm 4,3$) ve aşinalık puan ortalamaları ($9\pm 3,2$) 18-30 yaş grubundakilerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Mesleğinin seven kişilerin ilkel düşünme puan ortalaması ($34\pm 4,5$), mesleğini sevmeyenlere göre ($32\pm 6,8$) daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde lisansüstü eğitime sahip olanların aşinalık puan ortalamaları (12 ± 3) en yüksek olup, onu lise mezunları ($11\pm 3,4$) takip etmektedir. Lisans mezunu olan katılımcıların aşinalık puan ortalaması (10 ± 3) olup, en düşük puan ortalaması önlisans mezunu katılımcılarda ($9\pm 3,5$) bulunmuştur. Çalışma süresi açısından değerlendirildiğinde aşinalık puan ortalaması en yüksek 0-1 yıl aralığında çalışmakta olanlarda olup ($12\pm 2,4$) onu 1-5 yıl arası çalışanlar ($11\pm 3,2$) takip etmektedir. 6-10 yıl arası çalışanların aşinalık puan ortalamaları ($10\pm 3,3$) olup, en düşük puan ortalaması 11 yıl ve üzeri çalışan katılımcılarda (9 ± 3) bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

Hemşireler sağlık sektörü içerisinde hasta ile sürekli iletişimde bulunmalarına, tedavi ve bakımda önemli sorumluluklara sahip olmalarına bağlı olarak çözümünde zorlandıkları etik sorunlarla çok sık karşılaşmaktadırlar (5,10). Çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin %70,4'ü etik ikileme kaldığını bildirmiştir. Yüksek etik duyarlılığa sahip olan hemşireler etik sorunların varlığını çok daha kolay fark edip doğru kararlar almaktadırlar (11). İlkel düşünme (İD), hemşirelikle ilgili bir konuda karar verirken ahlaki ilkeleri göz önüne almaya verilen önemi göstermektedir. Hemşirelik Etik İkilem Testinde İD'ye ilişkin alınabilecek en yüksek puan 66'dır. Bizim çalışmamızda hemşirelerin İD puan ortalaması $33,7 \pm 5$ olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre, hemşirelerin karşılaşmış olduğu etik sorunlar karşısında, etik ilkeleri dikkate alma düzeyleri düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Yurttaş ve arkadaşları çalışmalarında (2014) hemşirelik öğrencilerinin İD puan ortalamasını $46 \pm 7,13$, Sabancıoğulları ve arkadaşları (2014) ise $49,44 \pm 6,28$ olarak, bizim çalışmamızdan daha yüksek bildirmişlerdir (8,12). Elde edilen sonuç değerlendirildiğinde, hemşirelik bakımının ve tedavinin kalitesini artırmak için hemşirelerin etik eğitimi ile desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Pratik düşünme, hemşirelerin etik sorunlara ilişkin karar vermesinde hasta sayısı, kullanılabilir kaynakların sayısı, kurumsal politikalar, hemşireler tarafından yönetimin verdiği desteğin algılanma ölçüsü ve hekim kontrolü gibi çevresel faktörlere verdiği önemi ölçmektedir. Literatür incelendiğinde Yurttaş ve arkadaşlarının çalışma sonucunda PD puan ortalamasının $15,01 \pm 2,38$ olduğu ve çevresel faktörlerden etkilenme düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında PD puan ortalamasının $18,17 \pm 3,80$, Cerit ve Öztürk'ün çalışmasında $19,01 \pm 3,99$, Rızalar ve arkadaşları (2020) $21,09 \pm 4,23$ olarak bildirilmiştir (8,9,12,13). Bu veriler ışığında hemşirelerin etik karar alırken çevresel faktörlerden etkilendiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda ise Pratik Düşünme puan ortalaması $12,8 \pm 3,3$ olarak literatüre kıyasla düşük olup, etik karar alırken çevresel faktörlerden etkilenme düzeyleri de düşük bulunmuştur. Puanların düşük tespit edilmesini, çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının düşük ($27,08 \pm 6,36$) ve çalışma yılının ($2,49 \pm 1,25$) az olmasıyla bağlantılandırmak söz konusudur. Bu çerçevede katılımcıların kişisel-mesleki deneyiminin sınırlı olmasının aynı zamanda yoğun bakım ünitelerinde çalışmayla bağlantılı tükenmişlik riskine maruziyetin daha düşük düzeyde gerçekleşmesinin etik karar vermede çevresel faktörlerden etkilenme düzeyini belirleyen birer faktör olarak dillendirilebilir.

Hemşirelerin yoğun bakım ünitelerindeki sağlık hizmeti sunumunda hastayla ilişkisi genellikle uzun soluklu, yakın temasla, kritik yükümlülüklerle ve rollerle gerçekleşmekte, etik ikilemlerle karşılaşma olasılığı yüksek dolayısıyla kimi zaman kaçınılmaz olmaktadır. Bunlar çoğunlukla çalışma alanlarında hemşirelerin değişen rolleri-sorumlulukları ve kimi zaman bunların belirsizliği, kritik-acil durumda olan ve yakını olmayan hastalar söz konusu olduğunda onlar adına karar vermeleri ve uygulamalarda bulunmaları, hastalara veya yakınlarına tanı, tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmemesi, hastanın özerkliğinin göz önünde bulundurulmaması ya da desteklenmemesi şeklinde sıralanmaktadır (14,15).

Testin son bölümünde, hemşirelerin geçmişte benzer bir ikileme karşılaşma durumları yani ikilemlere aşinalıkları değerlendirilmiş olup, alınabilecek 6-17 puan aralığı benzer ikileme aşına olmayı, 18-30 puan aralığı ise, benzer bir ikileme aşına olmamayı ifade etmektedir. Literatüre bakıldığında Yurttaş ve arkadaşlarının (2014), klinik hemşireleri ile yaptıkları çalışmada aşinalık puan ortalaması $18,92 \pm 3,25$ değerinde bulunmuş, bunun da istendik düzeyde olmadığına karşılık geldiği dolayısıyla etik ikileme aşına olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (12). Sabancıoğulları ve arkadaşları ise hemşirelerin çoğunun $15,05 \pm 4,14$ ortalama puanı ile etik ikileme aşına olduklarını ortaya koymuşlardır (8). Bizim çalışmamızda ise yoğun bakım hemşirelerinin aşinalık puan ortalaması $10,3 \pm 3,2$ (min=6, max=30) olup, katılımcıların tamamının etik ikileme aşına oldukları sonucuna varılmıştır. Aşinalık, hemşirelerin karşılaşacakları yeni etik sorunları tartışabilme, soruna ilişkin uygun çözüm üretebilme ve etik karar verebilme becerisine katkı sağlamaktadır.

Dolayısıyla etik ikilemlere aşına olmak, etik değerlendirme yapma ve etik karar vermeyi kolaylaştırmakta ve hemşirenin problem çözme becerisini geliştirmektedir (14). Bu bağlamda çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin tamamının etik ikilemlere aşına olmasının, katılımcılara hem etik değerlendirme yapma ve etik karar verme hem de sorun çözme becerisi konusunda geliştirici katkı sağlayacağı çıkarımı yapılabilir.

Ayrıca çalışmamızda yoğun bakım hemşirelerinin yaşı, mesleğini sevme durumu, eğitimi düzeyi, çalışma süresi ile toplam etik ikilem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş grubu 31-44 olan hemşirelerin İD ve aşinalık puan ortalamaları, mesleğini seven hemşirelerin İD puan ortalamaları, lisansüstü eğitime sahip olan ve çalışma süresi 0-1 yıl arası olan hemşirelerin aşinalık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, hemşirelerin yaş grubu, mesleğini sevme durumu, eğitim düzeyi ve çalışma süresinin etik ikilem puan ortalamaları üzerinde etkili değişkenler olduğuna işaret etmektedir.

SONUÇ

Çalışmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda toplam etik duyarlılık puan ortalamaları ile yaş, mesleğini sevme durumu, etik eğitimi ve çalışma süresi arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik, hastayla süreklilik arz eden temas halinde bakıma ve tedaviye ilişkin uygulamaların yapıldığı bir mesleğe karşılık gelmektedir. Bu bağlamda hemşirelik mesleği rollerinin ve yükümlülüklerinin uygun-istenir biçimde gerçekleştirilmesinde ve karşılaşılabilecek etik sorunlarla baş edebilmede, etik değer, etik ilke, etik duyarlılık, etik kod belirleyici olmaktadır. Özellikle ve kritik niteliklere sahip dolayısıyla etik sorunlarla karşılaşma riskinin yüksek olduğu yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılığının artırılması büyük önem arz etmektedir. Bu ehemmiyet etik sorunun çözümünün aynı zamanda etik karar vermeyi gerektirmesinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda hasta bakımının her açıdan nitelikli bir biçimde sağlanması adına etik eğitiminin sadece mesleki eğitim sırasında verilenle sınırlı kalmaması bunun yanı sıra mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarında da bu eğitime yer verilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere ait verilerdir. Çalışma verileri hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtlardan oluşmaktadır.

Bilgi: Bu çalışma 7. Ulusal Yoğun bakım Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Tuna N. Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 2015; 7-13.
2. Van der Arend A. Content and use of codes of ethics in nursing. Nursing Ethics, 2003; 97-98.
3. Arslantaş H. Ethic issues, codes and standards in mental health and psychiatry nursing. J Psychiat Nurs, 2015; 6: 47-56.
4. Utlu N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İkilemler. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi, 2016; 17-35.
5. Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 11: 13-22.
6. Büyükoçak Ü, Çakırca M. Anestezi ve Yoğun Bakım ile İlgili Etik Konular. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim, 2007; 5: 19-30.
7. Aksu T, Akyol A. İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History, 2011; 16-24.
8. Sabancıoğulları S, Uslu KE, Arslantaş TA, Toğantemur F, Ülker F, Hemşirelerin Etik Karar Verme Düzeyi ile Profesyonel Benlik Kavramları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2018; 105-112.
9. Cerit B. Hemşirelik Etik İkilem Testi'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve Hemşirelerin Etik Karar Verebilme Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010; 47-67.

10. Dalcı BK, Şendir M. Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2016; 24 (1): 1-9.
11. Başak T, Uzun Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2010; 52, 76-81.
12. Yurttaş A, Kaşıkçı M, Ağaçdiken S, Kavuran E, Şirin M. Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2014;1-8.
13. Rızala S, Baltacı S, Topçu YS, Gökçe A. Ethical decision-making among intensive care unit and operating room nurses. Archives of health science and research, 2020; 7:129-136 .
14. Dönmez A, Yeygel Ç, Kılınc D. Sağlık Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. IZTU Journal of Medical and Health Sciences, 2022; 1(2): 65-74.
15. Kırıcı S, Şahiner NC, Çelik D. Perinatolojide Etik İnkilemler. Journal of Human Sciences, 2020; 17(1): 11-20.
16. Yılmaz Kurt F, Atay S, Arıkan D. Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Karar Verebilme Düzeyi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2013;79-87.