

2014
TJOB TÜRKİYE
BİYOETİK DERGİSİ
TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 11 • Sayı: 3 • 2024 Güz Sayısı

Volume 11 • Issue 3 • Autumn Issue 2024

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

ASCI

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 çalışmalarını Türkçe ve İngilizce olarak yayımlayan 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

Prof. Dr. Selim KADIOĞLU

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

Doç. Dr. Şükrü KELEŞ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
kelesukru@gmail.com

Doç. Dr. Gülsüm ÖNAL

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

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai 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

Doç. Dr. 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
İstanbul Medeniyet 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

Doç. Dr. Selda OKUYAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Prof. 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
Türkiye Biyoetik Derneği, Antalya, Türkiye

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

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

Doç. Dr. 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

Doç. Dr. Vedat YILDIRIM
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

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

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

Doç. Dr. 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 diğerkleri 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 \(CC BY-NC-ND\)](#) 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 \(CC BY-NC-ND\)](#)

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 yazar veya kurumundan ücret alınmaz.

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖRDEN

- 1. Editörden**
Editorial
Filiz BULUT 60

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 2. Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği Öğrencilerinin Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Hakkındaki Klinik Deneyimleri**
Clinical Experiences of Oral and Dental Health Technician Students towards Medical Errors and Patient Safety
Funda Gülay KADIOĞLU 61
- 3. İstanbul'da Kamuya Bağlı Bir Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Hekimlerinin Tıbbi Müdahale Öncesinde Hastalardan Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamaları Konusundaki Görüşleri**
Opinions of General Surgery Physicians at a Public University Hospital in Istanbul on the Practice of Obtaining Informed Consent from Patients before Medical Intervention
Gürkan SERT, Betül Ayşegül AYYILDIZ, Batın Berkay ÖZNACAR, Yağız KUMBAROĞLU, Ahmet Umut ORHAN, Seyhan HIDIROĞLU 70
- 4. Öğrenci Ebelerin ve Hemşirelerin Engelli Bireylere Yönelik Algılarının ve Algılarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma**
Determination of Student Midwives' and Nurses' Perceptions of Disabled Individuals and Factors Affecting Their Perceptions: A Descriptive Study
Meltem AKBAŞ, Fatma YILMAZ FINDIK, Rukiye DURSUN 81

DERLEME

- 5. New Family Types and Changing Values: An Evaluation from an Ethical Perspective**
Yeni Aile Türleri ve Değişen Değerler: Etik Açısından Bir Değerlendirme
Tılsım Gülbu KADIOĞLU 91

YASA İNCELEMESİ

- 6. Diş Hekimliğinde Yeni Bir Yasal Düzenleme: Muayenehanede İkinci Diş Hekiminin Çalışabilmesi**
New Legal Regulation in Dentistry: The Second Dentist in the Practice
Süleyman DİLEK 97

OLGU SUNUMU

- 7. Klinik Stajlarda Gözlemlenen "Kötü Haber Verme" Vakaları: Öğrenci Deneyimi**
The Cases of "Delivering Bad News" that Observed on Clinical Internships: Student's Experience
Sibel CEVAHİR 104

Editörden

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin 11. cildinin 3. sayısını siz değerli okurlarımızla buluşturuyoruz.

Ülkemizin ve birçok ülkenin en derin yaralarından biri şüphesiz ki savunmasız grupların maruz kaldığı şiddet ve yaşanan adaletsizliklerdir. Bebek ve çocuk ölümlerinin yanında kadın cinayetleri ve sokak hayvanlarının durumu, yaşanan şiddetin ve adaletsizliklerin kanayan yaraları olmaya devam etmektedir. Bu durumlar karşısında caydırıcı yasal düzenlemeler gerekli olmasına rağmen ne yazık ki yeterli adımlar atıl(a)mamaktadır. Bu konuda toplumsal bir bilinçlenmenin önemi ve gereği ortadadır. Şiddetin önlenmesi ve adaletin sağlanması elbette mümkündür. Bunu başarmak için devlet başta olmak üzere, bireylerin de sorumluluk alması gerekmektedir. Aksi takdirde bu yaralar derinleşecek ve toplumu tehdit eden ahlaki bir çöküş kaçınılmaz olacaktır.

Yukarıda bahsi geçen konular, biyoetiğin kapsama alanındaki konulardan yalnızca birkaçını oluşturmaktadır. Bu konular dışında kimi klinik etikle ilgili, kimi ise etik kaygılardan beslenen pek çok önemli konu ve sorun da gündemi meşgul etmektedir. Alanın en önemli akademik yayın organlarından biri olan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetikle ilişkili her türlü çalışmaya, yoruma ve görüşe açıktır.

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin bu sayısında; üç araştırma makalesi, bir derleme, bir yasa incelemesi ve bir olgu sunumu olmak üzere altı çalışmayı okurlarımıza sunuyoruz.

Araştırma makalelerinin ilkinde **Funda Gülay Kadioğlu** ağız diş sağlığı teknikerliği ön lisans programı öğrencilerinin tıbbi hatalar ve hasta güvenliği hakkındaki deneyimlerini; ikincisinde **Gürkan Sert ve arkadaşları** tıp etiğinin temel sorunlarından biri olan aydınlatılmış onam alma ile ilgili genel cerrahi uzmanlarının görüşlerini ele almaktadır. **Meltem Akbaş ve arkadaşları** ise ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarını inceledikleri çalışma ile bu sayımızda yer almaktadır.

Tılsım Gülbu Kadioğlu, derleme niteliğindeki makalesinde Batı dünyasında evlilik ilişkisini farklı boyutlara taşıyan yeni bir model olan poliamorik (çokaşklı) aileleri tanıtır ve toplumsal ve etik açıdan değerlendirmektedir.

Süleyman Dilek, Yasa incelemesi türündeki çalışmasında "Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"u incelemiş, konuyu diş hekimlerinin meslek etiği kuralları, meslektaş ilişkileri ve sorumlulukları çerçevesinde irdelemiştir.

Sibel Cevahir, olgu sunumu türündeki çalışmasında öğrencilerin deneyimlerinden hareketle "kötü haber verme" konusunu dört olguyu üzerinden değerlendirmiştir.

Çalışmaları ile dergimize katkıda bulunan yazarlarımıza ve çalışmalarını inceleyen hakemlere dergi yönetim kurulu adına teşekkür ediyorum. Türkiye Biyoetik Dergisi, şu an DergiPark altyapısını kullanmakta ve öncelikle ULAKBİM TR Dizin dergi listesine girmeyi hedeflemektedir.

Tüm okurlarımıza güzel günler ve keyifli bir okuma dileklerimi sunarım.

Saygılarımla,

Filiz Bulut

Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği Öğrencilerinin Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği Hakkındaki Klinik Deneyimleri

Clinical Experiences of Oral and Dental Health Technician Students towards Medical Errors and Patient Safety

Funda Gülay KADIOĞLU^a

Özet

Arka Plan ve Amaç: Güvenlik kültürünün oluşmasında sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği hakkında bilgilendirilerek tıbbi hatalara ilişkin farkındalıklarının artırılması, hasta haklarıyla da bağlantılı, önemli bir konudur. Bu çalışma, Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği (ADST) ön lisans programı öğrencilerinin tıbbi hatalar ve hasta güvenliği hakkındaki klinik deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaşları 18 ile 22 arasında değişen 70 ADST öğrencisinden elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Uygulanan veri toplama aracında beş adet demografik bilgi sorusu ile öğrencilerin tıbbi hatalara yönelik klinik deneyimleriyle ilgili altı adet soru ve bu sorulara ait seçenekler yer almaktadır. Verilerin istatistiki değerlendirmesinde t testleri ve ki-kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 19,9±1,7 yıldır ve %45'i erkek, %55'i kadındır. Öğrenciler klinik uygulama sırasında tıbbi hata yaptığını (%32,9); en çok yapılan hataların sırayla "alet transferi kurallarına uymama", "asepsi kurallarına uymama" ve "dental araç-gereçle ilgili güvenlik kurallarına uymama" olduğunu; yapılan hatalarda hastanın zarar görmediğini ve çoğunlukla (%74,3) hatayı rapor etmediklerini belirtmiştir. Katılımcılar sağlık çalışanının yaptığı tıbbi hatayı açıklamamasının en önemli 3 gerekçesi olarak sırayla "hatanın hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmesi"ni (%31,4), "sağlık çalışanının kurum içi bir ceza almaktan korkması"ni (%20,0) ve "öteki sağlık çalışanları tarafından suçlanıp eleştirilmekten çekinmesi"ni (%18,6) seçmiştir. Okulda aldıkları eğitimin hasta güvenliğinin sağlanmasında yeterli olmadığını belirtenlerin oranı %55,7'dir. **Sonuç:** Araştırmanın bulguları, ADST öğrencilerinin tıbbi hata yapma oranının nispeten yüksek olmakla birlikte hata bildirim oranının düşük olduğunu göstermektedir. Klinik uygulamalarda hasta güvenliği konusunda öğrencilerde farkındalık oluşturulması ve öğrencilerin hasta güvenliği kültürünün bir parçası olacak biçimde eğitim alması kuşkusuz tıbbi hataların azaltılmasına önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı; diş hekimliği; hasta güvenliği; hasta hakları; öğrenci; tıp etiği.

Abstract

Background and Objective: Raising awareness among healthcare professionals about medical errors and patient safety by providing information is a crucial aspect linked to patient rights in developing a safety culture. This study was conducted to evaluate the clinical experiences of Oral and Dental Health Technician (ODHT) students regarding medical errors and patient safety. **Material and Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted using data from 70 ODHT students aged between 18 and 22 who agreed to participate. The data collection tool included five demographic questions, and six questions related to the students' clinical experiences concerning medical errors, along with response options. T-tests and chi-square tests were used for the statistical analysis of the data, with a significance level of 0.05. **Results:** The average age of the participants was 19.9±1.7 years, with 45% male and 55% female students. Of the students, 32.9% reported making a medical error during clinical practice; the most common errors were "not adhering to instrument transfer rules," "not adhering to asepsis rules," and "not adhering to safety rules regarding dental instruments and equipment." It was reported that no harm came to the patient from the errors, and the majority (74.3%) did not report the error. Participants identified the top three reasons for not disclosing a medical error made by a healthcare worker as "the error being noticed and corrected before affecting the patient" (31.4%), "fear of receiving an internal penalty within the institution" (20.0%), and "fear of being blamed or criticized by other healthcare workers" (18.6%). The proportion of those who stated that the education they received at school was insufficient for ensuring patient safety was 55.7%. **Conclusion:** The findings of the study indicate that while the rate of medical errors among ADST students is relatively high, the rate of error reporting is low. Raising awareness among students about patient safety during clinical practice and training them to be part of a patient safety culture will undoubtedly contribute significantly to reducing medical errors.

Keywords: Oral and dental health; dentistry; patient safety; patient rights; student; medical ethics.

^aDoçent Doktor, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye. ✉fgkadioglu@cu.edu.tr

ORCID: 0000-0001-6199-0739

Gönderim Tarihi: 8 Eylül 2024 • Kabul Tarihi: 19 Eylül 2024

GİRİŞ

Hastanın tıbbi bakım alırken haklarının korunması ve güvenliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin odaklandığı temel konulardandır. Her hastanın, sağlık talebine yanıt olarak, bakımın sürekliliğinin sağlandığı özenli, saygılı ve güvenli bir sağlık hizmeti almaya hakkı vardır. Ancak, şifa ile taburcu etmeyi hedefleyen sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hastanın, hizmetin verildiği sağlık tesislerinden veya kullanılan teknoloji, tıbbi malzeme ve cihazlardan ya da sağlık çalışanlarının nitelik ve niceliğinden kaynaklanan güvenlik sorunlarıyla karşı karşıya kalması olasılığı da her zaman söz konusudur (1,2).

Hasta Güvenliği

“Hata insana mahsustur” (to err is human) sloganıyla yola çıkan Tıp Kurumu (Institute of Medicine) 1999 yılının Kasım ayında bir rapor yayımlayarak tıp uygulamaları sırasında meydana gelen hatalara ve bununla bağlantılı olarak hasta güvenliğine dikkat çekmiştir. Bu raporda, “hatanın insani olması” dolayısıyla kaçınılmaz fakat önlenemez olduğunun ve kaliteli bir sağlık hizmetinde hasta güvenliğinin anahtar bir rolü bulunduğunun altı çizilmiştir (3). Nihayet 21. yüzyılın başında çağdaş sağlık hizmetleri, giderek hatalı meslek uygulamalarını açığa çıkaran-sorgulayan ve tekrarlanmaması için önlemler alan bir yapıya kavuşmuştur. Bu yapı, yüksek kaliteli sağlık sistemlerinin önemli bir köşe taşı olan “hasta güvenliği”dir (4). Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkabilecek kimi hatalar nedeniyle hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının zarar görebileceği süreçleri ön görme ve zararları-hataları engelleme çabasıdır (1,4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini, “organize bir bütün” yaklaşımıyla ele almakta ve “sağlık hizmetlerindeki riskleri sürekli ve sürdürülebilir biçimde en aza indiren, önlenemez zararın ortaya çıkmasını azaltan, hata olasılığını düşüren ve hatanın ortaya çıkması halinde etkisini hafifleten kültürleri, süreçleri, uygulamaları, davranışları, teknolojileri, ortamları ve etkinlikleri düzenleyen bir sistem” olarak tanımlamaktadır (5). Çağdaş “hasta güvenliği” anlayışı, hatanın “birey odaklı faktörler”den ziyade “sistem odaklı faktörler”den kaynaklanabileceğine dikkat çekmektedir (1,6). Buna göre hata bir neden değil, bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır; dolayısıyla bir hata ile karşılaşıldığında hatayı kimin yaptığından çok, sistemin bu hata karşısında neden etkisiz kaldığı araştırılmalıdır. Geleneksel eğilim olan “hatadan dolayı sağlık çalışanını suçlamak”tan vazgeçilmesi ve tüm çabaların sistemin iyileştirilmesine yöneltilmesi önerilmektedir (1,2,4,6). Dünya Tıp Birliği’nin Hasta Güvenliği Bildirgesi’nde (Washington 2002, Prag 2012, Berlin 2022) belirtildiği üzere, karşımıza hata olarak gelen kimi durumlar aslında tedavinin doğasında kendiliğinden varlık gösteren riskler/komplikasyonlardır ve bunların tamamen ortadan kaldırılması çoğu zaman olanaklı değildir. Ancak bunun dışındaki hatalı uygulamalar genellikle öngörülebilir ve en aza indirilebilir ya da önlenemez durumlardır (7).

Hasta Güvenliği Kültürü ve Güvenlik İklimi

Hasta güvenliğinin sağlanmasının temel amacı hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının zarara uğramamaları için hizmet sunumu sırasında tıbbi hatanın ortaya çıkmasını engelleyen ve hata olasılıklarını ortadan kaldıran bir sistemin/ortamın yaşama geçirilmesidir. Bu noktada, “hasta güvenliği kültürü” kavramına açıklık getirmekte fayda vardır. Hasta Güvenliği Kültürü “bir kurumdaki tüm çalışanların yanlış yapılma ihtimali olan bütün işlemler konusunda sürekli ve aktif bir farkındalığa sahip olmalarının sağlandığı bir ortam”a işaret etmektedir. Bu ortam, bireylerin hatalarının açıkça konuşulabilmesini teşvik eden, yapılan yanlışlardan ders çıkarılmasını ve yanlışın tekrarlanmamasını sağlayan bir sistemi hedeflemelidir (8-10).

Alan yazında, “güvenlik kültürü”nün hemen yanında rastladığımız bir diğer kavram da “güvenlik iklimi”dir (11,12). Her ne kadar birbirinin yerine kullanılabilen kavramlar gibi görünseler de anlamsal ve işlevsel olarak birbirinden farklılaşan bu iki kavram, Bilçin Tak’ın bu konuyu ele alan önemli bir çalışmada ayrıntılı biçimde irdelenmektedir (6). Tak’ın aktardığına göre, “güvenlik kültürü” bireylerin, yapılan yanlışlardan öğrenmeyi ve yanlışın yerine doğrusunu yapmalarını sağlayan bir ortamı tasvir ederken, “güvenlik iklimi” çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine verilen önemi yansıtan yönetsel politika, prosedür ve uygulamalara ilişkin ortak algılarını tanımlamaktadır (6,13). Güvenlik iklimi pozitif ve negatif olmak üzere iki alt grupta ele

alınmaktadır. Pozitif güvenlik iklimi “yönetimin güvenlik konusuna sahip çıkması, eğitim ve iyileştirme faaliyetlerinde bulunması, problem yaşandığında çözümleme yönünde tavır alması ve cezalandırıcı olmaması durumu” iken negatif güvenlik iklimi ise suçlama ve cezalandırmayı temel almaktadır. Hataları cezalandıran ve çalışanların hataları veya problemleri açıklamalarına engel olan bu ortam “patolojik kültür” olarak da adlandırılmaktadır (6,14). Konuya ilişkin değerlendirmeler, patolojik kültürde çalışanların cezalandırılma ve suçlanma korkusuyla hasta güvenliğine ilişkin sorunu veya olayı sakladıklarını; konuyla yüzleşmeye zorlandıklarında ise yönetimi en kolay şekilde tatmin edecek ve suçlanma ihtimalini ortadan kaldıracak şekilde davrandıklarını göstermektedir (14).

Hata Bildirimi ve Hatanın Raporlanması

Hasta güvenliğini riske eden potansiyel ve gerçek olayların bildirilmesini, kayıt altına alınmasını ve sınıflandırılarak istatistiksel verilere dönüştürülmesini sağlayacak bir raporlama sisteminin kurulması, hasta güvenliğini sağlamanın olmazsa olmazıdır (1).

Kurumsal güvenlik kültürünün oluşturulmasında sağlık profesyonellerinin uygun eğitim alması, hasta güvenliği hakkında bilgilendirilerek tıbbi hatalara ilişkin farkındalıklarının artırılması, tıbbi hatanın açıklanmasını yüreklendirecek bir güvenlik ikliminin yaratılması üzerinde durulması gereken önemli konulardır (1,6). DSÖ tarafından 2005 yılında yayımlanan “Hasta Güvenliği için Dünya İttifakı” (World Alliance for Patient Safety) başlıklı raporda, hasta güvenliği konusunda hatalardan ders alınabilmesi için sağlık kuruluşlarında raporlamanın öneminden söz edilmiş ve hataların düzenli biçimde kayıt altına alınabilmesi için yerel, bölgesel ve ulusal sistemlerin kurulmasının gerekli olduğu belirtilmiştir. Tutulan bu kayıtların gruplanıp risk analizlerinin yapılması ile hatalardan ders çıkarılabileceği ve böylelikle hasta güvenliğinin sağlanabileceği ifade edilmiştir (15).

Hasta güvenliğine önem veren kurumsal yaklaşım, bir hata oluştuğunda hataya neden olan süreçlerde ne tür sorunlar yaşandığını saptamak; çalışanların hataların nasıl üstesinden gelebileceğine ilişkin görüşlerini aktarabilecekleri ve ortaya çıkışını engelleyebilmek adına karşılaştıkları/yaşadıkları hataları dile getirebilecekleri uygun bir ortamı sağlamak olmalıdır (1,6). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çatısı altında kurulan Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında tıbbi hataların bildirilmesi ve hatalardan öğrenme kültürünün geliştirilmesine yönelik çalışmalar doğrultusunda 2014 yılında “Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi” oluşturulmuş ve 2021 yılında Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi ve Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi olmak üzere iki ayrı sistem olarak yeniden yapılandırılmıştır (16,17).

Ancak sağlık çalışanları hata bildiriminde bulduklarında cezalandırılacakları endişesi ile hata raporu doldurmayabilmektedir. Genellikle sağlık kuruluşlarında meydana gelen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına bilgi verilmediği ve bir daha oluşmasını önlemek amacıyla yapılan girişimlerin yetersiz olduğu ileri sürülmektedir (4, 8,18).

Konuya İlişkin Alan Çalışmaları

Literatürde, sağlık alanında eğitim almakta olan farklı disiplinlerdeki öğrencilerin tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine ilişkin bilgi ve tutumlarını irdeleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Bu konuda ulusal veri tabanlarındaki yakın tarihli çalışmalara, Bodur ve arkadaşlarının (19) 45 ebelik ve 50 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptığı 2012 tarihli araştırma ve 2020 yılında yayımlanan Çakır'ın (20) 415 hemşirelik öğrencisinde, Demirel ve arkadaşlarının (21) Hemşirelik, Ebelik, Sağlık Yönetimi Bölümü, Diş Hekimliği, Tıp ve Eczacılık Fakültelerinin son sınıfında okuyan toplam 624 sağlık alanı öğrencilerinde, Kır Biçer'in (22) 246 hemşirelik öğrencisi üzerinde, Şahin ve arkadaşlarının (23) 159 Ebelik Bölümü öğrencisi üzerinde yürüttüğü araştırmalar örnek olarak verilebilir.

Uluslararası literatürde yer alan çalışmalara örnek olarak ise Muller ve arkadaşlarının (24), Leong ve arkadaşlarının (25), Ramoni ve arkadaşlarının (26), Kiesewetter ve arkadaşlarının (27) çalışmaları örnek olarak verilebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan 2007 tarihli iki çalışmadan ilki, bir akademik tıp merkezindeki 423 tıp öğrencisi ve asistanı üzerinde yürütülen ve Muller'e ait olan çalışmadır. İkincisi Leong'un yedi Amerikan diş hekimliği fakültesindeki diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencileri üzerinde

yürüttüğü çalışmadır. Ramoni'nin 2014 yılında yaptığı çalışma da benzer biçimde Amerika Birleşik Devletleri'nin üç diş hekimliği fakültesindeki 328 diş hekimi, diş hekimliği öğrencisi ve dental hijyenist üzerinde yürütülmüştür. Kiesewetter'ın 2014 tarihli olan ve 269 tıp öğrencisinden oluşan bir örneklem grubunda yürütülen çalışması, Almanya'da gerçekleştirilmiştir.

Literatürde sağlık çalışanı adaylarına mezuniyet öncesi dönemde verilen eğitimin, öğrencilerin hasta güvenliği kültürüne yönelik tutumları üzerindeki etkilerini irdeleyen araştırmalar da mevcuttur. Madigosky ve arkadaşları (28) tarafından 53 ikinci sınıf tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan 2006 tarihli çalışma, Maeda ve arkadaşlarının (29) 2011 yılında yayımlanan ve Japonya'da toplam 83 hemşirelik okulunun öğrencileri üzerinde yürütülen ulusal ölçekli çalışması, Nabilou ve arkadaşlarının (30) 2015 yılında yayımlanan ve 134 tıp, hemşirelik ve ebelik öğrencisi üzerinde İran'da yürütülen çalışması, Yılmaz ve arkadaşlarının (31) 2020 yılında yayımlanan ve 150 hemşirelik öğrencisi üzerinde yürütülen çalışması, eğitimin hasta güvenliğine olan etkisini inceleyen araştırmalara örnek olarak verilebilir.

Görüldüğü üzere, ülkemiz ölçeğinde diş hekimliği alanında mezuniyet öncesi dönemde hasta güvenlik kültürüne ilişkin alan araştırmaları yok denecek kadar azdır.

Amaç

Yukarıdaki bilgilerin ışığında çalışmamız, dental ekibin bir parçası olan Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği (ADST) ön lisans programı öğrencilerinin tıbbi hatalar ve hasta güvenliği hakkındaki deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak düzenlenen bu çalışmanın verileri, Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nun Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği Programının¹ son sınıf öğrencilerinden derlenmiştir. Evrenin sınırlılığı sebebiyle örneklem seçimine gidilmemiş, öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Son sınıf öğrencileri dental asistanlık yaptıkları klinik uygulama dersini, aynı üniversitenin Diş Hekimliği Fakültesi'nde almaktadır. Sınıf mevcudu 80'dir. Çalışma 2021-2022 eğitim yılının -güz döneminde öğrencilerin tüm klinik rotasyonlarını tamamlamalarını takiben- bahar döneminin başında gerçekleştirilmiştir. Katılımda gönüllülük esas olmuş ve araştırmaya katılım %87,5 (70/80) oranında gerçekleşmiştir. Çalışma hakkında bilgi verilmesini takiben, veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 70 ADST öğrencisine dağıtılmıştır. Kullanılan veri toplama formunda 5 adet demografik bilgi sorusu bölümü ile üçü sıralama sorusu olan toplam altı adet tıbbi hataya ve hasta güvenliğine yönelik soru bölümü yer almaktadır.

Araştırmanın Etik Kurul onayı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bu araştırmanın sonuçları Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Ağız Diş Sağlığı Teknikerliği Programının son sınıf öğrencileri ile sınırlıdır.

Veri Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS v22.0 programı ile yapılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ alınmıştır. Değerlendirmelerde t testleri ve ki-kare testleri kullanılmıştır.

¹ Ülkemizde Ağız Diş Sağlığı Teknikerliğinin mesleki temellerinin atılışı, Çukurova Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin kurucu dekanı Prof. Dr. İlder Uzel'in öncülüğünde, 1996 yılında gerçekleşmiştir (32). İki yıllık bu program ilk kez Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nun bünyesinde -o zamanki adıyla- Diş Teknik Sekreterliği olarak eğitime başlamış ve zaman içinde ulusal ölçekte yaygınlaşmıştır. İlerleyen dönemde, 2011 yılında bu disiplin yasal düzeyde tanımı yapılarak bir meslek olarak kabul edilmiş ve 2014 yılında yetki alanları belirlenmiştir (33, 34). Bu yasal düzenlemelere göre, Ağız Diş Sağlığı Teknikeri hasta muayenesi-tedavisi sırasında ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarında diş hekimini asiste etmekle; gerekli dental ortamı ve malzemeleri hazırlamakla; araç ve gerecin sterilizasyonunu ve dezenfeksiyonunu yapmakla yükümlüdür.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 70 ADST öğrencisinin yaşları 18 ile 22 arasında değişmektedir. Öğrencilerin %45'i erkek ve %55'i kadındır. Sadece %48,6'sı sağlık meslek lisesi çıkışıdır ve %54,3'ü ön lisans eğitiminde güvenlik kültürüne ilişkin ders almadığını ifade etmiştir.

Klinik uygulamalar sırasında tıbbi hata yaptığını bildiren öğrencilerin oranı %32,9'dur ve hata yapanların %74,3'ü bu hatayı rapor etmediğini belirtmiştir. Tıbbi hata yapmadığını ifade edenlerin oranı ise %51,1'dir. Öğrencilerin %16'sının hata yapıp yapmadığının farkında olmadığı belirlenmiştir. Örneklem grubundaki öğrencilerin hepsi, yapılan hatalara rağmen hastaların zarar görmediğini bildirmiştir.

Öğrenciler klinik uygulamalar sırasında deneyimledikleri hataları sırayla “dört-elli diş hekimliğinde alet transferi kurallarına uyulmaması” (%27,1), “asepsi kurallarına uyulmaması” (%21,4), “dental araç ve gereçle ilgili güvenlik kurallarına uyulmaması” (%20), “irrigasyon solüsyonlarının ve anestezi solüsyonlarının birbirine karıştırılması” (%17,1), “asiste sırasında gag refleksine neden olunması” (%11,4) ve “hastaların birbiriyle karıştırılması” (%2,9) olarak belirtmiştir. Katılımcıların %85,7'si diş hekimliği kliniklerinde en çok tıbbi hata yapan grubun stajyer öğrenciler olduğu konusunda hemfikirdir.

ADST öğrencileri, deneyimledikleri tıbbi hatayı bildirmemelerinin en önemli gerekçesinin “hatanın hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmesi” olduğunu (%31,4) belirtmektedir. Bunu sırayla, “sağlık çalışanının kurum içi bir ceza almaktan korkması” (%20), “öteki sağlık çalışanları tarafından suçlanıp eleştirilmekten çekinmesi” (%18,6) ve “hastanın hata yapıldığının farkında olmaması” (%11,4) takip etmektedir. Belirtilen gerekçelerin arasında en düşük oranda ifade edilenin “sağlık çalışanının dava edilmekten korkması” (%4,3) olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Cinsiyet ve lisans döneminde güvenlik kültürüne ilişkin ders alma bağlamında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1. ADST öğrencilerinin tıbbi hatayla ilgili deneyimleri (n=70)

	Sayı	Yüzde
Klinik uygulama sırasında hata yapma durumu		
Evet	23	32,9
Hayır	36	51,1
Farkında değilim	11	16,0
Yapılan hata türü		
Hastaların karıştırılması	2	2,9
Solüsyonların karıştırılması	12	17,1
Dental araç-gereçle ilgili güvenlik kurallarına uyulmaması	14	20,0
Asiste sırasında gag refleksine neden olunması	8	11,4
Asepsi kurallarına uyulmaması	15	21,4
Dört Elli Diş Hekimliğinde alet transferi kurallarına uyulmaması	19	27,1
Hata sonucunda hastanın zarar görme durumu		
Zarar gördü	0	0
Zarar görmedi	70	100
Yapılan hatanın rapor edilme durumu		
Evet	18	25,7
Hayır	52	74,3
En sık tıbbi hata yapan grup		
Hekimler	6	8,6
Hemşireler	4	5,7
Stajyer öğrenciler	60	85,7
Sağlık çalışanının yaptığı tıbbi hatayı açıklamamasının en önemli gerekçesi		
Hatanın hastayı etkilemeden fark edilip düzeltilmesi	22	31,4
Hatanın hastaya zarar vermeyecek potansiyelde olması	5	7,1
Hastanın hata yapıldığının farkında olmaması	8	11,4
Sağlık çalışanının kurum içi bir ceza almaktan korkması	14	20,0
Sağlık çalışanının dava edilmekten korkması	3	4,3
Sağlık çalışanının hastanın vereceği tepkiden çekinmesi	5	7,1
Öteki sağlık çalışanları tarafından suçlanıp eleştirilmekten çekinmesi	13	18,6

TARTIŞMA

Hasta güvenliği tüm sağlık çalışanları için öncelikli temel bir konudur ve kaliteli bir sağlık hizmetinde “hasta güvenliği kültürü” anahtar bir rol üstlenmektedir. Sağlık disiplinlerinin bu önemli konusu, kuşkusuz bu alanda yetişmekte olan tüm sağlık çalışanı adaylarını yakından ilgilendirmektedir. Sağlıkla ilgili çeşitli branşlardaki öğrencilere yönelik hazırlanan müfredatta, hasta güvenliği kültürü konusuna yer verilmesi kaçınılmazdır.

Diş hekimliği alanında sağlık ekibinin bir üyesi olan Ağız Diş Sağlığı Teknikerinin temel sorumluluklarından biri de sağlık hizmeti sunarken, yüksek özen göstererek hastayı zarardan korumak ve hastanın güvenliğini sağlamaktır. Bu bağlamda, öğrenci ADST’lerin klinik stajları sırasında tıbbi hatalara ilişkin deneyimlerini belirlemek önem kazanmaktadır.

Araştırmamızın bulguları, ADST öğrencilerinin tıbbi hata yapma oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Klinik uygulama sırasında hasta ile karşılaşma veya bir dental uygulamayı ilk kez asiste etme, öğrencilerde belirgin bir kaygıya neden olabilmekte ve bu kaygı da öğrencilerin tıbbi hata yapmasına yol açabilmektedir. Literatürde ulaştığımız, tıbbi hataya ve hasta güvenliğine ilişkin tıp, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği ve eczacılık öğrencilerinin bilgi ve tutumlarını irdeleyen araştırmaların sonuçları da öğrencilerin klinik uygulamalar sırasında tıbbi hata yapma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir (19-24).

Elde ettiğimiz bulgular, tıbbi hatayı deneyimleyen ADST öğrencilerinin yaptıkları hatayı ilgililere bildirmeme oranının %74,3 olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüksek oran, literatürdeki öteki çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir. Hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmaların sonuçları da öğrencilerin yaptıkları hatayı rapor etmedikleri yönündedir (19,20).

Çalışmamızda tıbbi hatayı açıklamama gerekçeleri arasında en yüksek oran, “hatanın hastayı etkilemeden düzeltilmesi” seçeneğine aittir. Bunu takip eden iki gerekçe ise ADST öğrencilerinin bir tıbbi hata yapmaları halinde “kurum içi bir ceza almaktan korkması” ve “öteki sağlık çalışanları tarafından suçlanıp eleştirilmekten çekinmesi”dir.

Bu bilgilerden yola çıkarak ve literatürdeki öteki çalışmaların sonuçlarını göz önünde bulundurarak, öğrencilerin tıbbi hatalarını bildirme oranlarının düşük olmasını, hata karşısında suçlayıcı ve cezalandırıcı bir kültüre maruz kalmaları ile bağlantılandırmak mümkündür. Konu ile ilgili araştırmalarda öğrenciler, ceza almaktan veya hocalarının/akranlarının tepkisinden endişe ettiklerini, hatalarını açıklamaya çekindiklerini ve tıbbi hata yaptığını bildirmekten korktuklarını ifade etmektedir (19, 20). Amerika Birleşik Devletleri’nde tıbbi hatalara ilişkin algı ve tutumları araştıran bir çalışmadaki tıp fakültesi öğrencileri de benzer biçimde, hata yaptıklarında malpraktis suçlamasına maruz kalmaktan, lisanslarını kaybetmekten, itibarlarına zarar gelmesinden ve özgüvenlerini yitirmekten korktuklarını dile getirmiştir (24).

Çalışmamıza katılan ADST öğrencileri her ne kadar en sık yaptıkları tıbbi hatayı “dört-elli diş hekimliğinde alet transferi kurallarına uyulmaması” (%27,1) olarak belirtmiş iseler de seçeneklerde yer alan “asepsi kurallarına uyulmaması” (%21,4) ve “solüsyonların karıştırılması” da (%17,1) oldukça önemli tıbbi hatalardandır. Ülkemizde tıbbi hata ve hasta güvenliği konusunda yürütülen araştırmalar sağlık alanında eğitim gören ve klinik uygulamaya katılan öğrencilerin yaptığı hataların başında “ilaç hataları”nın bulunduğunu ortaya koymaktadır (19-21). Almanya’da yapılan bir araştırma da ülkemizdekilere benzer biçimde, tıp öğrencilerinin yaptığı hataların özellikle sterilizasyona uymama ve ilaç hataları olduğunu göstermektedir.

Diş hekimliği alanına özgü ilaç hatalarından biri, endodontik uygulamalarda kök kanal tedavisi sırasında kullanılan irrigasyon solüsyonu olan Sodyumhipoklorit’in yanlışlıkla lokal anestezi solüsyon zannedilerek dokuya enjekte edilmesidir. Böyle bir durumda dokuda hemoliz, ülserasyon, sinir hasarı ve nekroz oluşabilmektedir (35). Araştırmamızın bulguları ADST öğrencilerinin bu önemli hatayı yapabildiğini ortaya

koymaktadır. Bu bağlamda, dental ekibin bir parçası olan ADST öğrencilerinin “ilaç hataları” ve “asepsi kuralları” konusunda aldıkları eğitimin güçlendirilmesi gerektiği açıktır. Yapılan araştırmalar, öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun, hasta güvenliği hakkında eğitim alsalar bile, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği konusunda kendilerini yeterli bulmadıklarını göstermektedir (23). Literatürde ulaşılan ve Türkiye dışında gerçekleştirilen çalışmaların bulguları da sağlık alanındaki öğrencilerin, eğitim programlarında hasta güvenliği konusunda eğitim almalarına rağmen, hasta güvenliğine ait eksikliklerinin olabileceğini göstermektedir. Bu eksiklik, eğitim programının kendisinden de kaynaklanabilmektedir. Örneğin Leong ve arkadaşları ile Ramoni ve arkadaşlarının farklı yıllarda yaptıkları geniş ölçekli araştırmalara göre, Amerika Birleşik Devletleri’nde diş hekimliği okullarında hasta güvenliği kültürü eğitiminden kaynaklanan zayıflıklar bulunmaktadır. Benzer biçimde, Nabilou ve arkadaşlarının İran’da yaptıkları çalışmada ebelik, hemşirelik ve tıp eğitimi müfredatlarında hasta güvenliğine yeterince yer verilmediği belirtilmektedir (30). Hasta güvenliğine yönelik verilen yoğun eğitimin, öğrencilerin tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği sıklıkla vurgulanan bir gerçektir (28,36).

Tıbbi hataların önlenmesi açısından, hasta güvenliğinin kurumda eğitim almakta olan öğrencilerin müfredatının bir parçası olması önemlidir (29). Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün gerçekleştirilebilmesi için, sağlık öğrencilerinin hasta güvenliğini tehdit eden durumları ve olası hataları sistematik bir biçimde tanımlayabilme becerisine sahip olmaları gereklidir. Diş hekimliği alanında bu becerinin, klinik uygulamalar başlamadan ve öğrenciler dental süreçlere dahil olmadan önce, henüz eğitimin başlarında kazanılması hedeflenmelidir. Sadece hataların bildirilmesine odaklanılması, tıpta hasta güvenliği kültürünün gelişmesi için sağlam bir etik temel oluşturamaz. Hasta güvenliğinin sağlanması ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ancak, sağlık hizmeti sunan her bir bireyin/grubun, etik duyarlılık göstererek hatanın ortaya çıkarılması konusunda sorumluluk üstlenmesi ile olanaklıdır (37).

SONUÇ

Dental ekibin ve dört elli diş hekimliğinin bir parçası olan Ağız ve Diş Sağlığı Teknikerleri öğrencilik dönemlerinde, öteki sağlık branşlarındaki her öğrencinin deneyimlediği gibi, klinik uygulama sırasında tıbbi hata yapabilmektedir. Klinikte hasta ile karşı karşıya gelme sürecindeki acemilikler öğrencilerde önemli ölçüde kaygıya neden olabilmekte ve bu durum öğrencinin tıbbi hatayı deneyimlemesine yol açmaktadır. Tıbbi hatayı deneyimleme oranının yüksekliğine karşılık hataların ilgililere bildirilme oranının düşük olması dikkat çekicidir. Eğitimde, hatalardan ders almayı kolaylaştıran ve suçlayıcı olmayan bir kültürün oluşturulması, öğrencilerin hatalarını bildirmesini kolaylaştıracak ve böylece yeni hataların oluşmasının önüne geçilebilecektir. Tıbbi hataları azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık alanındaki öğrencilere uygun bir müfredatın hazırlanması ve bu müfredatın mesleki ve etik sorumluluklara da odaklanması önemlidir.

Hasta güvenliğini merkeze alan kurumsal bir ortamın sağlanması tıbbi hataların önlenmesinde oldukça etkilidir. Ülkemizde, sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmalarının yaygınlaşması hasta güvenliği konusunda duyarlılığın artmasını hızlandırmıştır.

Hasta güvenliğine önem veren kurumsal yaklaşım, bir hata oluştuğunda hataya neden olan süreçlerde yaşanan sorunların saptandığı ve çalışanların deneyimledikleri hatalara ilişkin görüş ve önerilerini aktarabildiği uygun bir ortamı sağlamalıdır. Kurumsal güvenlik kültürünün oluşturulmasında sağlık profesyonellerinin uygun eğitim alması, hasta güvenliği hakkında bilgilendirilerek tıbbi hatalara ilişkin farkındalıklarının artırılması ve tıbbi hatanın açıklanmasını yüreklendirecek bir güvenlik ikliminin yaratılması üzerinde durulması gereken önemli konulardır.

KAYNAKLAR

1. Kadioğlu FG. Sağlık alanında hatalı uygulamalar ve hasta güvenliği. *Dişhekimliği Dergisi*, 2012; 103(2):30-31.
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000; 320:768-70.
3. Institute Of Medicine. To err is human, building a safer health system, National Academy Press, Washington DC, 2000. Erişim:<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>. Erişim tarihi: 04.09.2024.
4. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: What have we learned? *JAMA*, 2005; 293:2384-2390.
5. Patient Safety, World Health Organization. Erişim: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about> Erişim tarihi: 04.09.2024.
6. Tak B. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ana unsuru olarak hasta güvenliği sistemlerinin oluşturulması: hastaneler için bir yol haritası önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010; 1:72-113.
7. World Medical Association, Declaration on Patient Safety. Erişim: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-patient-safety/> Erişim tarihi: 04.09.2024.
8. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*, 2000; 320:771-3.
9. Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? *ANKEM Dergisi*, 2004;18: 12-13.
10. Akgün S, Al-Assaf AF. Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği anlayışını nasıl oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2007; 3:42-47.
11. Hofmann DA, Stetzer A. The role of safety climate and communication in accident interpretation: Implications for learning from negative events, *Academy of Management Journal*, 1998; 41(6):644- 657.
12. Naveh E, Katz-Novan T, Stern Z. Treatment errors in healthcare: A safety climate approach. *Management Science*, 2005; 51(6): 949-966.
13. Zohar, D. The effects of leadership dimensions, safety climate, and assigned priorities on minor injuries in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 2002; 23(1):75-92.
14. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 2003; 12(suppl 2): ii17-ii23.
15. World Alliance for Patient Safety Forward Programme, World Health Organization. 2006–2007. Erişim: <https://iris.who.int/handle/10665/69349> Erişim tarihi: 04.09.2024.
16. Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9065/guvenlik-raporlama-sistemi.html> Erişim tarihi:04.09.2024.
17. Tarhan D, Yıldırım T, Hakkıbilin G. Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’de hasta güvenliği, tıbbi hatalardan öğrenme kültürü. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2022;19(2): 46-98.
18. Altındış S. Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010; 1:17-32.
19. Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. *Genel Tıp Dergisi*, 2012; 22: 37-42.
20. Çakır SK. Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) 2020;5(3):181-194.*
21. Demirel G, Akgün Ö, Doğaner A. İntörn öğrencilerin hasta güvenliği tutum ve kültürlerinin tıbbi hata durumlarına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020;2: 276-283.
22. Kır Bıçer E. Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliğine ilişkin görüşleri ve klinik uygulamada tanık oldukları tıbbi hataların incelenmesi. *SHYD*, 2020;7(1):65-77.
23. Şahin E, Yeşilçınar İ, Geriş R, Çukurlu G. Ebelik öğrencilerinin tıbbi hatalar ve hasta güvenliğine yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Life Sciences*, 2020; 15(3):9-18.
24. Muller D, Ornstein K. Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees. *Med Educ* 2007; 41:645-52.
25. Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H. Attitudes toward patient safety standards in US dental schools: a pilot study. *Journal of Dental Education* ,2008; 72(4): 431-437.
26. Ramoni R, Walji MF, Tavares A, White J, Tokede O, Vaderhobli R, et.al. Open wide: looking into the safety culture of dental school clinics. *Journal of Dental Education*, 2014; 78(5): 745-756.
27. Kiesewetter J, Kager M, Lux R, Zwissler B, Fischer MR, Dietz I. German undergraduate medical students’ attitudes and needs regarding medical errors and patient safety-A national survey in Germany. *Med Teach*, 2014;36(6):505-10.
28. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical students’ knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic Medicine*, 2006; 81(1): 94-101.

29. Maeda S, Kamishiraki E, Starkey J, Ehara K. Patient safety education at Japanese nursing schools: results of a nationwide survey. *BMC Research Notes*, 2011; 4: 416.
30. Nabilou B, Feizi A, Seyedin H. Patient safety in medical education: students' perceptions, knowledge and attitudes. *PLoS One*, 2015; 10(8): 1-8.
31. Yılmaz Ş, Yalın NY. The effect of medical error education on the knowledge and attitudes of nursing students. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020; 11(2): 170-177.
32. Uzel İ, Öztunç H. Ülkemiz dişhekimliğinde yeni bir alan: Diş Teknik Sekreterliği, TDB Ankara Dişhekimleri Odası Dergisi, 1999; 4: 35-39.
33. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/> Erişim tarihi: 04.09.2024.
34. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> Erişim tarihi: 04.09.2024.
35. Uysal BA, Öztürk TY, Güneşer MB. Endodontik tedavi sırasında sodyum hipokloritin yanlışlıkla apikalden yumuşak dokulara ekstrüzyonu: Olgu bildiri. *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2019;46(3):167-172.
36. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety-The role of education. *Nurse Education Today*, 2007; 27(2): 95-102.
37. Christie C, Bowen D, Paarmann C. Effectiveness of faculty training to enhance clinical evaluation of student competence in ethical reasoning and professionalism. *Journal of Dental Education*, 2007;71(8): 1048-1057.

İstanbul'da Kamuya Bağlı Bir Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Hekimlerinin Tıbbi Müdahale Öncesinde Hastalardan Aydınlatılmış Onam Alma Uygulamaları Konusundaki Görüşleri

Opinions of General Surgery Physicians at a Public University Hospital in İstanbul on the Practice of Obtaining Informed Consent from Patients before Medical Intervention

Gürkan SERT^a, Betül Ayşegül AYYILDIZ^b, Batın Berkay ÖZNACAR^c, Yağız KUMBAROĞLU^d, Ahmet Umut ORHAN^e, Seyhan HIDIROĞLU^f

Özet

Amaç: Araştırmamızın amacı, Türkiye'de kamu hastanelerinde çalışan genel cerrahi hekimlerinin, hastalara uygulanacak cerrahi müdahaleler öncesi hastaları bilgilendirme/aydınlatma uygulamaları hakkındaki görüşlerinin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Niteliksel tipte tasarlanan araştırmada, İstanbul'da kamuya bağlı bir üniversite hastanesinde genel cerrahi bölümünde çalışmakta olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hekimlerle yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır (Mayıs 2023). Görüşmelerde ses kaydı alınmıştır. Katılımcılara ilk aşamada literatür taraması sonucu oluşturulan demografik özelliklere yönelik 4 adet sorudan oluşan mini anket yöneltilmiş, ikinci aşamada ise 20 adet açık uçlu soru içeren yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Görüşmeler transkripte edilmiştir. Her transkript araştırmacılar tarafından detaylıca incelenmiş ve sık tekrar eden kavramlar kod olarak belirlenmiştir. Benzer kodlar ile alt temalar oluşturulduktan sonra benzer alt temalarla da ortak temalar belirlenmiştir. Oluşturulan temalar ve alt temalar, araştırma konusu çerçevesinde detaylı bir şekilde incelenip yorumlanmıştır. **Bulgular:** Toplam 12 katılımcının yer aldığı çalışmada, katılımcıların tamamı genel cerrahi alanında çalışmakta olan hekimlerden oluşmaktadır. Katılımcılar iki profesör, bir doktor öğretim üyesi ve dokuz asistan hekimden oluşmaktadır. Yapılan analizler sonucunda aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliği, aydınlatılmış onam formunun hastalarca okunması, aydınlatılmış onam formunun anlaşılabilirliği, aydınlatılmış onamda sözel bilgilendirme, Aydınlatma için ayrılan süre temaları oluşturulmuştur. **Tartışma:** Katılımcıların hastadan aydınlatılmış onam alınmasını gerekli görmesi, hastanın girişimler konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmesi, hekimlerin aydınlatılmış onam konusunda geleneksel yaklaşım olan paternalizmden uzaklaştığını göstermektedir. Hekimlerin, hastaların büyük bir çoğunluğunun aydınlatılmış onam formlarını okumadığını gözlemlemiş olması, hastaların yazılı olarak aydınlatılması ve onamlarının alınması hususunda bazı değerlendirmelerin yapılması gerektiğini gündeme getirmiştir. Özellikle formların okunduğunda anlaşılabilir olması, anlaşılması bağlamında uzun olması ve hastaların sosyokültürel farklarını göz ardı ederek hazırlanmış olması gibi nedenlerle formların okunmamasının özerkliğe saygı bağlamında sorunlu bir durum olduğu söylenebilir. Yazılı onam formlarına ek olarak, hekimlerin hastaları sözel olarak da bilgilendirmesi aydınlatılmış onam uygulamasının amacına ulaşmasına yönelik olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilmiştir. **Sonuç:** Tıbbi girişimlerden önce hastanın onamının alınması cerrahi hekimleri tarafından yasal ve etik bir gereklilik olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamaların amacına uygun olarak yürütülmesi için genel cerrahi hekimlerinin aydınlatılmış onam alınması ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesi ve bu belirlemeler çerçevesinde adımlar atılması gereklidir. Araştırmamız kapsamında belirlediğimiz onam formlarının okunmaması, içeriğinin her hasta açısından anlaşılabilir olmaması, iş yükü nedeniyle aydınlatmaya yeterli süre ayrılamaması gibi sorunların giderilmesi ve cerrahların girişim öncesinde hastayı sözel olarak da bilgilendirme yönündeki yaklaşımlarının teşvik edilmesi için girişimlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış onam; cerrahi müdahale; aydınlatılmış onam almada güçlükler.

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

^b Doktor, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye. betullozturkk2@gmail.com ORCID: 0009-0000-6577-9682

^c Doktor, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul, Türkiye. oznacarkerkay@gmail.com ORCID: 0000-0002-9871-3791

^d Doktor, Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye. yaagizkumbar61@gmail.com ORCID: 0009-0001-0552-8408

^e Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. umutorhan24@gmail.com ORCID: 0009-0005-0111-3546

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

Gönderim Tarihi: 20 Eylül 2024 • Kabul Tarihi: 26 Eylül 2024

Abstract

Objective: Our research aims to determine the opinions of general surgeons working in public hospitals in Turkey about the practices of informing patients before surgical interventions. **Materials and Methods:** In this qualitative study, face-to-face in-depth interviews were conducted with physicians in the general surgery department of a public university hospital in Istanbul who volunteered to participate in the research (May 2023). Audio recordings were taken during the interviews. In the first stage, a mini-survey consisting of 4 questions regarding demographic characteristics, which was created as a result of the literature review, was applied to the participants, and in the second stage, a semi-structured questionnaire containing 20 open-ended questions was used. The interviews were transcribed. Each transcript was read by the researchers and frequently repeated concepts were identified as codes. After creating subthemes with similar codes, common themes were identified with similar subthemes. The themes and subthemes created were examined and interpreted in detail within the framework of the research topic. **Findings:** A total of 12 participants were studied, and all of the participants were physicians working in the field of general surgery. The participants include 2 Professors, 1 Assistant Professor, and 9 Assistant Physicians. As a result of the analysis, the themes of the necessity of obtaining informed consent, the reading of the informed consent form by patients, the intelligibility of the informed consent form, verbal information in informed consent, and the time allocated for information were created. **Discussion:** The fact that the participants considered obtaining informed consent necessary and that the patient should be informed about the interventions suggested that physicians moved away from paternalism in informed consent. The fact that physicians observed that the majority of patients did not read the informed consent forms suggested that some evaluations should be made regarding informing patients in writing and obtaining their consent. It was thought that not reading the forms caused problematic areas in terms of respect for autonomy, especially because the forms were incomprehensible when read, were long in terms of understanding, and were prepared by ignoring the socio-cultural differences of the patients. In addition to the written consent forms, the fact that physicians informed patients verbally was evaluated as a positive approach in terms of achieving the purpose of informed consent. **Conclusion:** Obtaining patients' consent before medical interventions is accepted as a legal and ethical requirement by surgeons. For these practices to be carried out by their purpose, it is necessary to determine the experiences of general surgeons regarding obtaining informed consent and to take steps within the framework of these determinations. Problems such as not reading the consent forms we determined within the scope of our research, their content not being understandable to every patient, and not being able to allocate enough time for information due to workload should be eliminated and initiatives should be implemented to encourage surgeons to verbally inform the patient before the intervention.

Keywords: Informed consent; surgical intervention; difficulties in obtaining informed consent.

GİRİŞ

Aydınlatılmış onam (AO) tıp hukuku ve tıp etiği alanlarında önemli tartışmaları içeren bir başlıktır (1). AO, bireyin özerkliğine saygıyı temel alması bağlamında tıbbi girişimlerde bireyin karar verme özgürlüğüne saygı açısından önem taşımaktadır (2). AO ile amaçlanan, hastanın serbest iradesi ile kendisine uygulanacak tıbbi girişime karar verebilmesidir. Bunun sağlanması için hasta, sağlık durumu, kendisine uygulanacak işlemler, seçenekler, bu işlemlerin yararları, zararları, sonuçları hakkında bilgilendirildikten sonra hasta tıbbi girişimi kabul ya da ret edebilir (1). Hastaya bu olanağın sağlanması hastanın beden bütünlüğü ve geleceğini belirleme hakkına saygı açısından gereklidir (3). AO, bu yönleri ile önemli bir hasta hakkı olarak kabul edilmekte ve hekim – hasta ilişkisinde de güvenin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır (1).

Tıbbi girişimlerden önce AO'nun alınması bu kadar önemli olsa da günümüzde tıbbi girişimler öncesinde hastaların yeterince aydınlatılmaması ile ilgili önemli sorunlara işaret edilmektedir. Hekimlerin AO alırken tıbbi veya teknik dil kullanması, hukuki kaygıların hekimde yarattığı endişe, aydınlatılmış onam için yeterli zamanın ayrılmaması, hekimlerin AO'nun hastaya gereksiz korku verdiği düşüncesiyle hastayı yeterli bilgilendirmemesi gibi nedenler tıp etiği ve hukukuna uygun onam alınmasını zorlaştırmaktadır. Hastanın içsel kaygıları, anlama durumu gibi sınırlılıklar da verilen bilgilerin hasta tarafından anlaşılmasını güçleştirebilmektedir. Hekimlerin AO'nun kapsamı ve uygulanması ile ilgili bilgi eksikliği de AO'nun güçlükleri arasındadır (3).

Her türlü tıbbi girişimden önce alınması gereken AO, cerrahi girişimler açısından daha çok sorun kümeleri ile karşımıza çıkmaktadır. Özellikle cerrahi branşlarda girişimlerden önce hastadan AO alınması ile ilgili süreçler, hastanın girişim konusunda aydınlatılmış olup olmaması, AO uygulamalarında kullanılacak yöntemler bunların tıp hukuku ve etiğine uygunluğu, hekim hasta ilişkilerine etkileri önemli bir tartışma alanı oluşturmaktadır (3). Örneğin AO'nun yazılı formlarla alınmasının AO alınmasını ispat açısından sağladığı yararın yanında aydınlatılması hasta açısından ne kadar yararlı olduğu konusunda kuşku bulduğu bir gerçektir (4). Bu bağlamda hastanelerde aydınlatılmış onam formları AO alınmasının somut kanıtları olarak kabul görmektedir (5). Oysa aydınlatılmış onam formları ile yapılan bilgilendirmelerin hasta tarafından anlaşılmasına olasılığına dikkat çekilmektedir. Bu kapsamda hastanın ek bazı uygulamalarla da desteklenmesine gerek olduğu vurgulanmaktadır (6).

Bu araştırmada bir kamu hastanesindeki genel cerrahi branşı hekimlerinin aydınlatılmış onam prosedürünün yeterliliği hakkındaki görüşleri, aydınlatılmış onam alınmasına ayrılan sürenin hastaları bilgilendirmede yeterli olup olmadığı, hastaların operasyon öncesi tıbbi müdahaleyi anlayacağı şekilde bilgilendirilip bilgilendirilmediği ile ilgili görüşleri belirlenmiş ve bu belirlemelere göre; öneriler sunulmuştur.

YÖNTEM

Niteliksel tipte tasarlanan araştırma, İstanbul'da kamuya bağlı bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan, araştırmaya katılmaya gönüllü genel cerrahi hekimleri ile yapılmıştır.

Araştırmamızda, hastalara uygulanacak girişimsel müdahaleler öncesi uygulanan aydınlatma ve onam alma sürecinin uygulanabilirliği, aydınlatılmış onam formunun içeriğinin yeterliliği, onam formlarında kullanılan dilin hastalar için açıklayıcılığı, hekimler için aydınlatılmış onam sürecinin işleyişi ile ilgili olumlu/olumsuz süreçler gibi faktörleri belirlemek amacıyla, hekimlerin iş yoğunluğu göz önüne alınarak, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 12 katılımcı seçilmiş, bu katılımcılara gerekli bilgilendirmeler yapıp katılımcıların onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Çalışmada hedeflenen verilere ulaşmak için katılımcılar ile yaklaşık 30 dakika süren derinlemesine (in-depth interview) görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler iki aşamadan oluşmaktadır. Katılımcılara ilk aşamada literatür taraması sonucu oluşturulan demografik özelliklere yönelik dört adet sorudan oluşan mini anket yöneltilmiş, ikinci aşamada ise aydınlatılmış onam form içeriği, onam almaya ayrılan sürenin yeterliliği, hekimler için onam alma sürecine engel olan sebepler, onam almanın gerekliliği gibi konular üzerine 20 adet açık uçlu soru içeren yarı-yapılandırılmış sorular yöneltilmiştir.

Görüşme yapılmadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve görüşme süresince diledikleri anda kaydı durdurabilecekleri koşuluyla kayıt yapma, gizlilik ve zaman ile ilgili bilgiler verilir katılımcıların izni alınmıştır. Görüşmeler yüz yüze yapılmış, katılımcılara ait kişisel bilgiler ve ses kayıtları üçüncü kişi ve kurumlarla paylaşılmamış ve veriler anonim olarak sunulmuştur.

Görüşmeler sonrası elde edilen verilerin analizi için ses kayıtları transkripte dökülmüş, yazıya dökülen araştırma verileri tematik içerikli analize tabi tutulmuştur. Her transkript araştırmacılar tarafından okunmuş olup sık tekrar eden kavramlar kod olarak belirlenmiştir. Benzer kodlar ile alt temalar oluşturulduktan sonra benzer alt temalarla da ortak temalar belirlenmiştir. Görüşmelerin analizlerinde çalışmaya yönelik kodlar ve temalar belirlenmiş olup elde edilen bulguların sunumunda katılımcıların ifadelerine doğrudan alıntı yapılarak yer verilmiştir. Oluşturulan temalar ve alt temalar, araştırma konusu çerçevesinde detaylı bir şekilde incelenip yorumlanmıştır.

Çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 09.2023.1799 sayı ve 08.12.2023 tarihli kararı ile onaylanmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik Bulgular

Tablo 1. Sosyodemografik Bulgular

Katılımcı No	Cinsiyet	Akademik Unvan
K1	E	Prof. Dr.
K2	E	Dr. Öğr. Üyesi
K3	E	Ast. Dr.
K4	E	Ast. Dr.
K5	E	Ast. Dr.
K6	E	Ast. Dr.
K7	E	Ast. Dr.
K8	E	Ast. Dr.
K9	E	Ast. Dr.
K10	E	Prof. Dr.
K11	E	Ast. Dr.
K12	K	Ast. Dr.

Temalar ve Alt Temalar

Araştırmamızda elde edilen transkriptler değerlendirildiğinde toplamda altı ana tema oluşturulmuştur. Temalar ve alt temalar Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Ana Temalar ve Alt Temalar

ANA TEMALAR	ALT TEMALAR
AO alınmasının gerekliliği	Hekim-hasta iletişimini artırır Hastanın bilgilendirilmesini sağlar Hekimi hastanın beklentileri konusunda geliştirir
AO formunun yeterliliği	
AO formunun okunmaması	AO formunun uzun olması Hastanın sosyokültürel durumu Hekimin anlatımının yeterli gelmesi Hastanın isteksizliği
AO formunun sözel desteklenmesi	
AO formunun anlaşılabilirliği	
AO alınmasına ayrılan süre	Yeterli süre ayrıyor İş yükü nedeniyle yeterli süre ayrılmıyor Hastanın anlama durumuna göre süre uzayabiliyor

1. Aydınlatılmış onamın alınmasının gerekliliği

Katılımcılar cerrahi girişimlerden önce hastanın onamının alınmasının gerekliliğine inandıklarını belirtmişlerdir.

“Hastaları aydınlatmak yapacağımız ilk ve en önemli şeylerden biri.” (K6, E)

“... Hele hele yapacağın işi açıkladığın zaman ölse (hasta) gam yemez.” (K2, E)

Katılımcılar, hastayı aydınlatma ve onam alma sürecinin hastayla iletişimi arttırdığını, hastanın yapılacak işlem hakkında bilgi sahibi olmasını sağladığı, hastanın işlem ile ilgili sorularının cevaplanmasına imkan tanıdığı ve hekim-hasta ilişkisini güçlendirdiğini belirtmişlerdir.

“Kendi iç muhasebesini yapıp gelmesini istediğin zaman bu güzel bir şey hem hekim hasta ilişkisini güçlendirir hem hastanın tedaviden beklentisini oturtur hem de hastanın kendi hastalığıyla ilgili bilgi sahibi olmasını sağlar ve uyum sürecini de artırır.” (K8, E)

Bir katılımcı da hastanın bilgilendirme beklentisinden çok AO'nun hekimin işini kolaylaştırdığına işaret etmiştir.

"Yani bu hastanın beklentisi değil de bizi biraz daha kendimizi rahat hissettiriyor yani hastayı daha rahat kabullendirebiliyoruz gibi hissediyorum ben hani birkaç en azından durum üzerine birkaç cümle sarf etmek yapacağımız ameliyat üzerine kabaca risklerinden bahsetmek hastanın biraz daha hani o kâğıdı imzalarken elini titrememesini sağlıyor. (K8, E)

"Ameliyat sonrası olabilecek komplikasyonları tabii ki komplikasyon olmasın ama eğer sen anlattıysan onu hastaya, için rahat olmuş oluyor ve hasta da bunu bilerek çıkıyor. Ameliyattan çıktı anlatıyorsun böyle böyle bir komplikasyon oldu diye evet hocam siz anlatmışsınız zaten ben biliyorum. Bu ne oluyor hem senin için rahat bir şey oluyor hem hastanın niye böyle olduğu niye benim haberim yok burası nasıl bir yer demesinin önüne geçiyorsunuz." (K6, E)

Bir kısım katılımcı da hekim-hasta ilişkisinin, hastaları bilgilendirmenin önemini vurgulayarak onam formunun sadece bir belge olduğunu belirtmiştir.

"Çünkü cerrahi hastaları olduğu için ameliyat zaten insanları tedirgin ediyor hem onları da rahatlatmak babında. Onam da aslında bu konuşmayı yaparken yanında bir belge, hastanın senin söylediklerini anladığını ve bunlara onay verdiğiğine dair bir kâğıt." (K5, E)

İki katılımcı onam alma sürecinde hastaların yapılacak işlem hakkındaki bazı sorularının hekimin bakış açısından farklı olarak sorulduğunu ve bunun da kendisini geliştirdiğini belirtmiştir.

"Onam alırken şöyle şeyler oluyor insanlar hiç senin düşünmediğim o prosedürün bir yönüne işaret ediyordur a bak hayatta işte böyle bir şeyde oluyor gibi düşünebiliyoruz. Torbayla yüzmek mesela ostomi torbasiyla bunu insan sorar. O tatile gidecekti. Bir hafta sonra bu olay çıkmıştır. Bir ileustan böyle bir şey açmışlardır. Sorunca sen de onu araştırırsın." (K11, E)

"... hastaların bakış açısını görünce onam alırken, hastaların aklında hangi soruların oluştuğunu anlayıp birkaç seferde, sonraki seferlerde ona göre açıklamalar da yapma ihtiyacında bulunuyoruz o da iyi bir şey." (K9, E)

Bir katılımcı aydınlatılmış onam alma işleminin ülkemizde hakkıyla yapılmadığını ve angarya işten öteye geçemediğini belirtmiştir.

"Yani bizim ülkede bence aydınlatılmış olan çok hakkıyla layıkıyla yapılmadığı için şu anda da yani 3 tane kâğıt imzalatmanız gereken bir angarya dan öteye geçmiyor şu an bence birçok yerde." (K8, E)

2. Aydınlatılmış onam formunun yeterliliği

Katılımcıların büyük çoğunluğu aydınlatılmış onam formunu yeterli bulduğunu belirtmiştir.

"Açıklayıcı aslında onam formları çok güzel, baştan sonra okuduğumuz zaman ideal açıklayıcı, açıklıyor bence." (K12, K)

"Yeterince açıklıyor." (K1, E)

Katılımcıların bir kısmı da AOF'nin sözel olarak bilgilendirme ile desteklenmesi gerektiğini düşündüğünü söylemiştir.

"Çoğu zaman ben yeterli olduğunu düşünüyorum, hiç açıklamamak ve kâğıt imzalatmaktansa. Aydınlatılmış onamın zaten aydınlatılmış olmasının şeyi o yani hastanın hepsini okuması değil de daha çok anlatılması şeklinde, faydalı oluyor kesinlikle anlattıktan sonra." (K12, K)

Hatta bir katılımcı AOF'nin bazı durumlarda kapsayıcı olmadığını ve sözel olarak durum açıklanmazsa işlevinin çok azalacağını düşündüğü söylemiştir. Bir katılımcı da hastaların büyük kısmının açıklamaya pek ihtiyaç duymadan doktora güvendiğini düşündüğünü belirtmiştir.

"Şimdi ben hayır diyeceğim buna. Kolesistektomi için bir işte whipple için çok güzel formlar var ama hani çoğu ameliyatı, bizim yapacağımız prosedürü net değilse mesela bugün sabah işte bir ileus aldık ileus bunun sonucunda hartman prosedürü ile çıktık. Ona böyle bir genel ve en genel diye bir şey alıyoruz ve en geneli hasta doldururken çoğunlukla önünde böyle dandik iki-üç şey yazıyor çoğu kişide ona bakmıyor imza atar gibi. Net olmayan ameliyatların onamları iyi değil maalesef. Hastaya sadece sözel kendimizi ifade ediyoruz. BT ye bakmışız BT sonucunda çıkmış işte bir sigmoidde tümör de olabilir ama hani bunları anlatıyoruz sözel olarak. O imzayı sözel alıyoruz." (K11, E)

3. Aydınlatılmış onam formunun okunmaması

Katılımcıların hemen hepsi hastaların büyük çoğunluğunun onam formunu okumadığını belirtti. Ameliyatının acil veya elektif olması, hastaların sosyokültürel seviyesi, onam formunun uzun olması, hastaların hekimler tarafından anlatılanla yetinmesi gibi nedenler okunmama nedenleri arasında sayılmıştır.

“Çok nadiren okunuyor. Okunduğunda da çoğunlukla anlaşılıyor.” (K4, E)

“Çok fazla okunmuyor bu yüzden bize ekstra bilgilendirmek durumunda kalıyoruz hastalar onu çok fazla okuyamıyor şimdi şöyle bir şey var acile gelen bir hastaya çok fazla okutamayabilirsin sen bunu sonuçta semptomu var hastanın ama mesela pre-op hastalarımız geliyor bizim ertesi gün ameliyat olacak onlar okuyabiliyorlar, biraz da sosyokültürel durumla alakalı bir şey yani bulunduğun yerin sosyokültürel seviyesi ne kadar yüksekse hastalar onu okuyor, detaylıca okurlar zaten onları fark ediyorsun zaten ama çoğu hasta okumuyor.” (K6, E)

“Tabi 2-3 sayfa çok kısa bir sürede okunur.” (K9, E)

“Yüzde beşi falan okuyordur. Yani durum hakkında çok meraklı olanlar okuyor. Mesela dedim ya işte bir whipple böyle büyük ameliyatlara girecek insanlar daha önce Youtube'dan izlemiş de olabiliyor, bununla ilgili bilgi de toplamış olabiliyor. Onlar bu formu buldu mu okuyorlar ama yani bunlar %5-10 filandır çok okunduğunu düşünmüyorum ben.” (K11, E)

“... işte ne yazıyor buna bir bakalım falan diyen adamın önüne koyuyorsun çıkartıp veriyorum ... alıyor ilk satır okuduktan sonra nereye imza atıyoruz diye çeviriyor.” (K7, E)

“Net bir oran veremem ama bence büyük bölümü versek git bir hafta bunu oku incele desek hastaların büyük bir bölümü yine böyle katlayıp açarak bize geri getirecek.” (K8, E)

“Yani kimsenin ben okuduğunu düşünmüyorum zaten verdiğimiz kağıtları genelde bizim anlattığımızla yetiniyor ikna olursa şey yapıyor” (K7, E)

4. Aydınlatılmış onam formunun sözel desteklenmesi

Katılımcıların hemen hepsi hastaları sözel olarak da bilgilendirildiğini belirtmiştir. Katılımcılar, genel olarak sözel bilgilendirmenin hastalara yeterli geldiğine, hastaların daha fazlasını talep etmediğine, hekime duyulan güvenin de bu durumda etkili olduğuna işaret edilmiştir. Bazı katılımcılar da hastaların sadece hekimin sözel açıklamasıyla yetindiğini, hastaların onam formunu okumadıklarını ifade etmiştir.

“Pratikte, yani hem formu okuması hem de işte hekim tarafından bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum ama pratikte ama tabii bu böyle olmayabiliyor yani hekim sözel ana hatları anlatarak hastayı o şekilde formunu alıyor, o şekilde imzalatıyor.” (K4, E)

“Yani hastayı bilgilendirmek daha çok sözel şekilde yapılıyor. Onam formunu alayım hastaya okuyayım işte açıklayayım gibi bir uygulama yok böyle bir kültür yok şu anda. Ha olması gerekir mi belki olması gerekir ama öyle bir kültür yok şu anda maalesef.” (K4, E)

“Burada bizim hekim arkadaşlarımızın hepsi buna çok dikkat ediyor hastalara mutlaka anlatıyor mutlaka hastalarla konuşuyor. Hastaların derdini dinliyor ona göre bilgilendiriyor onam alırken buna çok dikkat ediliyor bizde çünkü bir ameliyat olacak hastaya bunu detaylı anlatmak lazım sonrasında bir şey olduğu zaman hem senin başın ağrımam hem hasta üzülmesin bu tamamıyla bizim klinikte buna çok dikkat ediliyor.” (K6, E)

Katılımcıların hemen hepsi hastaların hekimin onam formunu açıklamasına yönelik beklentisi olduğunu ve hekimlerin de hastayı sözel olarak bilgilendirmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir.

“Bekliyorlar ve özellikle de soruyorlar. İşin içinde imza olduğu için, resmi bir evrak olduğu için daha dikkatli oluyorlar, bilgi istiyorlar.” (K5, E)

Katılımcılardan biri bazı hastaların onam formunun ve operasyonun anlatılmasını önemsemeyip siz en iyi bilirsiniz doktorum şeklinde düşüncelere girdiklerini belirtti.

“Hastadan hastaya değişiyor şimdi yani kimisine anlatıyorsun bizde biraz şey de var hani kadercilik de var bizim toplumumuzda hocam yani sizde en iyisini bilirsiniz hep şey yapan da var hani dinlemeyip de imzalayan da var.” (K8, E)

“Eğer hekim anlattıysa sözel yolla öğreniyorlar ama bizim toplumumuzda daha çok ilk intiba önemlidir, hasta hekim ilişkisinde güven. Hasta güvendiye zaten onu kalben imzalamış oluyor ve hiçbir şey sormuyor, kendisini teslim ediyor, toplumumuzun özelliği bu.” (K2, E)

5. Aydınlatılmış onam formunun uzun olması

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu onam formunun çok uzun olduğunu belirtirken bazı katılımcılar, onamın uzunluğunun ideal olduğunu ve hastanın eğer okumak isterse rahatlıkla okuyabileceğini belirtmiştir. Katılımcıların bir kısmı onamı okumak için yeterli zaman verilse bile hastaların büyük çoğunluğunun onam formunu okuyacağını düşünmediğini söylemiştir.

“... çok büyük cerrahilerin onamları daha kısa daha büyük risklere yer veriliyor, ama küçük cerrahilerde sık yapılan cerrahilerde böyle 6 sayfa 7 sayfa 8 sayfa onamlar var bizim işte safra kesesi, inguinal herni, hidrosel gibi onamlar çok uzun, hastaların çoğu okumayı tercih etmiyor zaten.” (K3, E)

“... Ben de hasta olsam okuyabilirim.” (K4, E)

“Evet şu an tam o düzeyde hatta birkaç soru önce de konuştuk ya hepsi yazılmalı mı diye hepsi yazılınca hastanın aklı çok fazla karışıyor çünkü orada komplikasyonlar iyileşme süreçleri bazı şeyler ayarında yazılmalı, ayarında yazılmış bir şey yani fazla uzun da değil” (K6, E)

“Biraz fazla uzun.” (K12, K)

“İşte diyorum ya en başta dedim daha da eklenebilir daha da fazlası olabilir diye daha da fazlası olunca buraya giren 5 sayfalık kâğıdı adam hayatında 5 sayfa kitap okumamış 5 sayfa kâğıt uzatıyorsun” (K7, E)

6. Aydınlatılmış onam formunun anlaşılabilirliği

Katılımcılara onam formunun anlaşılabilirlik düzeyi ve hastaların ne kadar anlayabildiğine dair fikirleri sorulduğunda, katılımcıların bazıları bunun hastaların sosyokültürel düzeyiyle ilişkili olduğunu, hastaların bir kısmının anlayabildiğini bir kısmı için ise anlaşılmasının zor olduğunu belirttiler. Onam formlarındaki ifadelerin her sosyokültürel düzeye uygun olmadığını belirttiler. Bazı katılımcılar, bazı hastaların okuma yazma bilmemesinden dolayı formun anlaşılmadığını ve bazı hastaların da kafasında süreci canlandıramadığını belirtti. Katılımcıların bir kısmı da hastaların asla formu anlayamadığını ve formun da anlaşılmasının zor olduğunu belirtti. Bazı durumlarda tane tane, hastaya sözel olarak daha basit şekilde açıkladıklarını belirttiler.

“Mümkün olduğunca sadeleştirilmiş olmasına rağmen genel kültür düzeyine, bilgi düzeyine göre değişiyor hastaların arasında. O yüzden hiçbir zaman belki de tam olarak her şeyi anlayamıyorlar.” (K10, E)

“Her sosyo-ekonomik düzeyden ya da her eğitim düzeyinden hasta için uygun değil bence. Bazı hasta işte Türkçesi kısıtlı olabiliyor, okuması yavaş olabiliyor hani o kelimeleri anlaması veya kafasında canlandırması çok mümkün olmayabiliyor ona daha çok hastaya göre karar vermek lazım. Yani bir standart form var yani kalite için güzel bir şey belki ama hastalar standart değil.” (K12, K)

“O ameliyat olan insanlar çoğu oldukları ameliyatla ilgili olan detayı bile çok önemsemiyorlar ki onam formu bir de başına gelecek olumsuzlukları, ihtimalini içeriyor bunların hiçbirisine onlar ne akıllarını tutabiliyorlar ne anlayabiliyorlar.” (K1, E)

“Sen buna zamanında nasıl evet dedin diye sorduğumuz yüzlerce örneğimiz var.” (K1, E)

“Çoğu zaten biz başında bir saat konuşuyoruz işte diyoruz ki bu hastaya total gastrektomi yaptık, işte şöyle şurasını şuraya aldık burasını buraya bağlı bir sonraki gün geldiğinde; Benim mide mi aldınız? diyor.” (K1, E)

“Biz tıbbi literatürde konuşuyoruz, Latince konuşuyoruz, çoğu kelime Latince zaten bunları hastalar anlamayabilir. Normal bir insan da anlamayabilir, sosyokültürel seviyesi yüksek bir insan da anlamayabilir.” (K6, E)

“Onamlar açık şekilde yazılmış ama hasta popülasyonu ne kadar açık yazılırsa yazılınsa birisi anlatmadığı sürece çok fazla okuduğunu anlayamayacak düzeyde olduğu için aslında daha da açık yazmanın bir manası yok bence.” (K9, E)

7. Aydınlatılmış onam formunu okumaya verilen süre

Katılımcıların bir kısmı onam formu imzalanırken ayrılan sürenin çok uzun olmadığını ancak hastaların ameliyata kadar olan sürede diğer bazı doktorlar tarafından yeterince bilgilendirildiğini belirtmiştir.

“Yeterli çok güzel yani dedim ya hiç en küçük şekilde yani hani kimsenin vakti yoktu da benimle ilgilenen hekimlerin vakti yoktu da ben bu gerçekleri göremeden ameliyata girdim gibi bir şey olma ihtimali yok çünkü kural olarak tüm hastalar

ameliyattan 24 saat evvel yatıp, en az bir tane ziyaret üzerinden geçtikten sonra ameliyat oluyor. İnsana istediği gibi oradaki okuduklarını sorma ve şey yapma cevabını alma şansı var.” (K1, E)

“Bizde genel olarak işleyiş şöyle, onam alınırken hastanın önüne kâğıt getiriliyor ve hasta imzalıyor ama öncesinde birkaç ağzdan sadece asistan da değil uzman da görüyor hastayı açıklama yapıyor, hastaneyi hastaneye ilk geldiğinde gören de açıklama yapıyor, servis doktoru da açıklama yapıyor, o konuda hasta bilgisiz bırakılmıyor ama süreçler farklı zamanlarda işliyor.” (K5, E)

“10-15 dakikalık süre preop, ameliyat öncesi bir konuşma ama hani hasta durumla ilgili sürekli gelip bir şey soruyorsa ona da cevap veriliyor. Bazen viziğin orada soruyorlar öyle hani bu klinikte hastanın alacağı bilgi, hastanın kendi durumunun farkında olması en önemli şeylerden bir tanesi. Yani böyle bir oyuncak fabrikası değil de hani aslında bir ameliyat olacak, ameliyat edeceğiz, bunu bilmesi lazım. Bence biz yeterli dinliyoruz. Yeterli bir şeyler anlatıyoruz.” (K11, E)

Bir kısım katılımcı ise onam için ayrılan sürenin özellikle hasta yoğunluğu sebebiyle yetersiz olduğunu söylemiştir.

“Yetersiz, çalışma şartlarında yetersiz ama bu şartlarda daha fazla süre nasıl yapılabilir o da tartışmalı.” (K8, E)

“Çok yoğun bir günde onam alma süremiz 10 saniye. Hızlıca hastaya anlatmak zorunda kalıyoruz, bunlar genel bilgiler işte okumak isterseniz ayrıca okuyabilirsiniz gibi. Onun dışında normal boş bir günde de en fazla ayırdığımız 2-3 dakika.” (K9, E)

“Bence yeterli bir süre ayrılmıyor, daha uzun sürelerde anlatılmalı ama dediğim gibi şu anki şartlarda maksimum verebileceğimiz süreyi zaten veriyoruz, eğer günde 5-6 hasta bakıyor olsaydık isterdik yarım saat 1 saat anlatalım aklındaki bütün soruların en ince ayrıntısına kadar cevaplayalım, hasta açısından belki yeterli görülmeyebilir ama doktor açısından yeterliden daha fazla süre ayırıyoruz.” (K9, E)

“... Biraz daha fazla bir süre ayrılrsa daha iyi olabilir ama o da yine dediğim gibi sağlık sisteminin mevcut yoğun şartları sebebiyle. Yoksa tabii ki de herkes hastasını oturtup yarım saat konuşmak ister her ameliyattan önce veya her işlemden önce anlatmak ister. Bizim için de yani ben de isterim ama sonuçta mevcut iş yükü altında en kaliteli işi yapabilmeye çalıştığımız zaman bu kadar olabiliyor yani daha fazlası... Keşke daha fazla uzun uzun anlatabilsek daha güzel olur.” (K12, K)

Bazı katılımcılar özellikle acil ameliyat durumlarında onam için yeterince vakitlerinin olmadığını söylemiştir.

“Biz minimum 5 dakika ayırmaya çalışıyoruz tabii bazı durumlarda bunlar göz ardı edilebilir çünkü çok hızlı olman lazım acil ameliyata çıkman, özellikle gece gelen işte kurşunlanmadır bıçaklanmadır trafik kazasıdır bu durumlarda hasta yakınından zaten biz onam almaya çalışıyoruz çünkü orada zaten bir hayati tehlike var orada zaten herkes her şeyi kabul etmek durumunda kalıyor tabii ki orada da anlatmaya çalışıyoruz ayaküstü de olsa kesinlikle 5 dakikanın ayrılması gerekiyor biz” (K6, E)

Hastanın sağlık durumundan dolayı bilgilensinin süresinin farklı olabileceğine dikkat çekildiği gibi kurumlar arası farklılıkların ve hekimlerin yaklaşım farklılıklarının da ayrılan sürede etkili olduğuna dikkat çekilmiştir.

Ayrıca katılımcılar süre ayrılması ile ilgili açıklamalarda hastanın bilgilendirilmesine ayrılan süreler hakkında belirgin zaman dilimleri de bildirmeye çalışmıştır. 5 dakikadan az olmaması on on beş dakika arası olması gibi.

“Özellikle 5 dakikanın altına inmemek lazım hastaya anlatmak lazım çünkü bilmiyor hasta ve tedirgin zaten buraya gelmiş, psikolojisi zaten normal bir insan psikolojisinde değil, ağrısı vardır, bulantısı vardır kusması vardır genel cerrahi hastalarının semptomlarından bahsediyorum onun için hastaya detaylı bilgi vermek lazım.” (K6, E)

“Türkiye çapında düşünüyorsan, kurumlar arasında farklılık var. Kurum için, Marmara için düşünüyorsan da hekimler arasında farklılıklar bulunuyor. Yani genel olarak ayrılan süre yoğunluk açısından özellikle poliklinik hastalarına az olabiliyor. Genel cerrahi polikliniğine rutin randevu alıp gelen hastalara bu bilgilendirme daha az oluyor ama öğretim üyelerine bir şekilde ulaşıp onlardan bilgi alan kişilerde daha fazla oluyor bilgilendirme süresi.” (K10, E)

“Hastanın hastalığını anlayacağı işte ya görebileceği yararlar gör işte zararlar, komplikasyonlar vb. bunları anlayabileceği süre kimisi hemen anlayabiliyor bir 10 dakika bile olmayabilir. Kimisi için çok uzun süre anlatırsın duygusal anlar yaşanabilir. Mesela bu stoma torbasını çok dramatik karşılayan insanlar oluyor. Onları da anlamak lazım yani. Yani girin bir mesela Guardian’da stoma ile seks hayatı diye bir şey var. Yani bu insanları ciddi anlamda etkiliyor ve bazen de uzun sürüyor.” (K11, E)

TARTIŞMA

Katılımcılar hastadan aydınlatılmış onam alınmasının gerekli olduğunu inanmaları, hastanın gerçekleştirilecek cerrahi girişim hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini ve özellikle riskler hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini savunmaları hekimlerin paternalist yaklaşımdan uzak bir tutumu benimsediğini düşündürmektedir. Genellikle AO'nun hekim – hasta arasında güven ve işbirliğini güçlendiren ve risk paylaşımını sağlayan faktör olması gerektiğine işaret edilmektedir (7). Araştırmalarda hekim-hasta ilişkisinde güvenin halen çok önemli bir unsur olarak varlığını devam ettirdiğine işaret edilmektedir (8). Araştırmamızda katılımcıların AO'nu hekim hasta iletişimini güçlendirdiğini belirtmesi bunu güçlü ve net ifadeler ile açıklaması katılımcı hekimlerin AO'nun hekim hasta arasındaki güven ilişkisine sağladığı katkıyı hissettirdiğini akla getirmektedir. Bazı katılımcıların AO alırken hastaların sorduğu bazı sorular ile sonraki aydınlatma süreçlerinde kendilerini geliştirme olanağı bulduklarını söylemeleri de aydınlatma süreçlerinin hekim-hasta ilişkisinde önemli bir etkileşim fırsatı sunduğunu göstermektedir.

Katılımcılardan birinin aydınlatılmış onamın bir formaliteyi yerine getirme ve angarya olarak görüldüğü ile ilgili görüşü de üzerinde önemle durulması gereken bir husustur. AO uygulamaları ile ilgili en önemli risklerden biri de AO alınması sürecinin amaçları göz ardı edilerek bir prosedüre dönüşmesi riskidir. Oysa AO hastanın beden bütünlüğüne saygı kapsamında hastanın kendisine yapılacak işlemler hakkında bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleye onam vermesini ya da reddetmesini sağlamayı amaçlar. Bu amaçtan ayrılarak AO alınması hastanın özerkliğine saygı bağlamında önemli etik ve yasal sorunlara neden olacaktır. Bu bağlamda onamın bu şekilde algılanmasına veya uygulanmasına neden olan durumlar ile ilgili önlemler alınması gerekmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun hastaların onam formunu okumadığını gözlemlemiş olması hastaların AO formlarını okumaları ile ilgili uygulamanın yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Katılımcılar çeşitli okumama nedenlerine işaret etmiştir. Bunlardan biri de cerrahi girişimin aciliyet gerektirmesidir. Kuşkusuz aciliyet gerektiren bir girişimden önce hasta ya da yakınlarının aydınlatma metnini okumalarını beklemek iyimser bir yaklaşım olacaktır. Bu gibi durumlarda hasta ya da yakınlarının AO formlarını okumadan imzalamaları mümkün olabilecektir. Acil durumlarda hasta ya da yakınlarının girişimler konusunda koşullar çerçevesinde sözlü olarak bilgilendirilmesi yazılı aydınlatmaya göre daha kullanışlı bir yol olacaktır. Aydınlatmanın yapıldığı hususunda belgelendirmenin yapılması açısından AOF imzalatılması söz konusu olabilir.

Elektif cerrahi girişimler öncesinde hastaların onam formlarının okunmaması ile ilgili farklı nedenlere işaret edilmiştir. Bu nedenlerden biri AO formunun uzun olmasıdır. Tüm hekimler aynı fikirde olmasa da hekimlerin önemli bir kısmı AO formlarının uzun olduğu görüşündedir. Katılımcıların bazılarının işaret ettiği gibi AO formunda yer alması gereken bilgilerin sınırları ile ilgili belirsizlikler formların uzamasına neden olmaktadır. Bu kapsamda AO formlarının uzun olması cerrahi girişimlerden önce yazılı bilgilendirme ve onam alınması ile ilgili önemli bir sorun olarak kendini göstermektedir. Özellikle bu formların olası tıbbi hata veya yanlış uygulama davalarındaki yargı süreçlerinde önemli bir role sahip olduğu düşünüldüğünde onam formlarının uzun ve kapsamlı hazırlanmasının hastaneler ve hekimlerce bir gereklilik olarak görüldüğünü tahmin etmek zor olmayacaktır. Örneğin aydınlatılmış onam formlarında aydınlatmanın yapıldığının ispatı kaygıları, hastane ya da sorumluluğunun azaltılması beklentisi formun oluşturulmasında formun hastayı aydınlatıcı bir nitelikte olması amacının önüne geçebilmektedir (9,10). Bu durumda AO'nun hastanın aydınlatılması ile ilgili amaçları göz ardı edilmeden çözümler aranması önemlidir.

Formların okunmama nedenlerinden birinin de hastanın sosyokültürel durumunun olduğu belirtilmiştir. Araştırmalarda aydınlatılmış onam formlarının hastalar tarafından yeterli derecede anlaşılmadığı belirtilmekte (11,12) yaş, gelir durumu, meslek, eğitim durumu gibi değişkenlerin aydınlatılmış onamda farkındalık üzerinde etkili olduğuna dikkat çekilmektedir (13).

Bir araştırmada katılımcıların %20'sinden fazlası kurumdaki formların hastanın anlayacağı şekilde hazırlanmış olduğu konusunda kararsız kalmış ve %5'inden fazlası formların hastaların anlayacağı bir şekilde hazırlanmadığı görüşünde olduğu bildirilmiştir (14). Bu bağlamda soruna iki farklı noktadan yaklaşmak önemlidir. Bunlardan ilki hastanın sosyokültürel durumu nedeniyle okuduklarını anlayamadığı için okumaktan çekiniyor olabilesidir. Bu durumda hastanın özerkliği bağlamında önemli etik ve yasal sorunlar bulunduğunu söylemek mümkündür. Literatürde AO formları ile bilgilendirmelerde hastanın verilen bilgileri anlamama olasılığı göz önünde bulundurulması gerektiğine bu yöntemin kullanılmasının hastanın ek bilgiler talep edebilmesini engelleyebileceği belirtilmektedir (4,6). Bilgi düzeyleri, iletişim anlayışları birbirinden farklı hastaların aynı formla aydınlatmanın hastanın bilgileri anlaması açısından özerkliğe saygı bağlamında sorun getirmesi mümkündür. Tek tip formlarda yer verilen bilgilerin tüm hastaların sağlık durumuna uygun bilgiler içermeyeceği de bildirilmektedir (14). Ayrıca yalnızca AO Formlarıyla yapılan aydınlatmalarda hastanın bilgileri anlayıp anlamadığının anlaşılmasının zor olduğu da vurgulanmaktadır (4).

AO formlarının cerrahi girişime alınacak hastanın okuyup anlayabileceği bir şekilde ve içerikte hazırlanması gerekir. Buna uygun olmayan AO formunun tıp etiği kapsamında uygun bir onam alma materyali olduğunu savunmak mümkün değildir. Bu durum yasalara da aykırıdır. AO formları bu gibi bir nedenle sosyokültürel seviye bağlı olarak okunmuyorsa hastane veya hekimin bu konuda önlem alması gerekir. Katılımcılar AO formunun herkes için anlaşılabilir olmadığına ve bu durumun anlaşılabilirliği düşürdüğüne işaret etmişlerdir. Bu durumda AO formlarının anlaşılabilirliğinin ve okunabilirliğinin sağlanması için gerekli adımlar atılmalıdır. Hastaların AO formlarını okumaması kendi seçenekleri ise okuyup anlayabilecek olmalarına rağmen formu okumaktan çekinmeleri durumu hastaların kendi tercihleri olarak değerlendirilebilir. Ancak tıp etiği ve hukuku kapsamında, ilgili formları okumayan hastalarında sözlü olarak bilgilendirilmesi gereklidir. Aydınlatmanın sözlü yapılmasının amaca daha uygun olduğu yönünde görüş bildirilerek aydınlatmanın sözlü yapılmasından sonra, ispat konusu bakımından yazılı bir şekle dönüştürülmesinin yararlı olacağı savunulmaktadır (4,14).

Hastaların hekimlerin anlattıklarından tatmin olmaları da AO formlarının okunmama nedenleri arasında sayılmıştır. Hastaların hekim tarafından yeterli bir şekilde bilgilendirildiği durumlarda hastanın özerkliğine saygı bağlamında herhangi bir etik ya da yasal sorundan söz etmek söz konusu olamayacaktır. Hastanın AO formunda yer alan hususları içerecek şekilde aydınlatılmasından sonra formu imzalaması tıp etiği ve hukuku açısından sorun teşkil etmeyecektir. Yazılı aydınlatmanın, mutlaka sözlü olarak desteklenmesi gerektiğine de işaret edilmektedir. Katılımcılar esas olarak aydınlatmayı sözlü olarak yaptıklarını, hastaların sözlü bilgilendirmeye daha yatkın olduklarını beyan etmişlerdir. Bu bağlamda hastanın yazılı olarak aydınlatılması girişimlerinde hastanın sözlü olarak da mutlaka bilgilendirilmesinin yeterli bir aydınlatmanın yapılması açısından gerekli olduğu savunulmalıdır.

Hastanın aydınlatılması için ayrılan sürenin yeterli olup olmadığı konusunda katılımcılardan bir kısmı yeterli sürenin ayrıldığını belirtirken bir kısmı da yeterli sürenin ayrılmadığını söylemesi hastaya ayrılan süre konusunda değişikliklere gidilmesi gerektiğini düşündürmektedir. İş yükü nedeniyle de olsa hastaların yeterince aydınlatılması için zaman ayrılmaması hastaların özerklik hakkına saygı bağlamında sorunlara işaret edebilir.

SONUÇ

Araştırmamızda ulaştığımız katılımcıların hastadan aydınlatılmış onam alınmasının gerekli olduğunu inanmaları, hekim – hasta güven ve iş birliğini güçlendiren yönlerini benimsemesi, hekimlerin hastayı anlaması konusunda bir fırsat olarak görmesi bulguları, AO alınmasının amacına ulaşması açısından önemli ve olumlu bir bulgu olarak kabul edilmelidir. Hekimlere verilen AO bilgilendirmelerinde AO'nun bu boyutlarının da altının çizilmesi gerekmektedir.

Araştırmamız kapsamında ulaştığımız hekimlerin hastanın aydınlatılması sürecinde yazılı formların yanında hastayı sözel olarak da bilgilendirmeyi benimsemiş oldukları bulgusu yazılı aydınlatılmış onam formlarının aydınlatmada taşıdığı risklerin giderilmesi açısından olumlu bir yaklaşım olarak kabul edilebilse de yazılı ve sözlü bilgilendirmenin birlikteliği konusuna daha çok dikkat çekecek tedbirlere ihtiyaç vardır.

Araştırmada hastadan aydınlatılmış onam alınmasında önemli sorun alanları olarak görülen aydınlatılmış onam formunun uzun bir içeriğe sahip olması, hastalarca okunmuyor olması, bireylerin farklı sosyokültürel durumlarına göre uyarlanamayacak olması, iş yükü nedeniyle aydınlatılmış onam almak için yeterli sürenin ayrılamaması gibi başlıkların kurum içi politikalarda gözden geçirilmesi, tıp etiği ve hukuku açısından daha kabul edilebilir onam alınması için gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. Seventh Edition, Mc Graw Hill Medical Publishing, 2010.
2. Ersoy N. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi. Tıbbi Etik Dergisi, 1999; 3 (1): 1-6.
3. Sert G. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından. 2. Basım, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019.
4. Özsunay E. "Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları", Türk Hukukunda Sorumluluğu. Sorumluluk Hukukunda Güncel Gelişmeler V. Sempozyumu. Ankara 12-13 Mart 1982.
5. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. Informed Consent: Legal and Clinical Practise. New York: Oxford University Press, 1987.
6. Aşçıoğlu Ç. Doktorların Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. Ankara: 1993.
7. Messer NG. Professional Patient Relationships and Informed Consent. Postgrad Med J, 2004; 80: 277-283.
8. Özdeş Ö, Erbay H. Breaking Bad News: Patients' Perspectives of the Information Process in a General Surgery Outpatient Clinic Survey. Medicine Science, 2022; 11 (3):1300-1305.
9. Sert G, Duran S, Görkey Ş. "Rahim Tahliyesi ve Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamalarında Aydınlatılmış Onam Alınması ile İlgili Formların Tıp Etiği ve Hukuku Açısından İncelenmesi." Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics, 2017; 3 (3):139-144.
10. Rozovsky LE. The Canadian Patient's Book of Rights: Revised and Updated, Doubleday Canada Limited, Toronto Ontario, 1994.
11. Küçüker H. Cerrahi Müdahale Gören Hastalarda Aydınlatma ve Onam Formları Yeterli mi? Nobel Medicus, 2012; 8: 40-43.
12. Karaman Özlü Z, Kılıç M, Yayla A. Examination of the Patients' Information Levels About Surgical Informed Consent. HSP, 2015; 2 (3): 318-328.
13. Bostan S, Nenni Ünal F, Ünal C, Elçin Metin F. Hastaların Aydınlatılmış Onam Hakkında Farkındalık ve Tutumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2020; 28 (2): 163-172.
14. Ayan M. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluk. İstanbul: Kazancı Yayınları, 1993.

Öğrenci Ebelerin ve Hemşirelerin Engelli Bireylere Yönelik Algularının ve Algularını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma

Determination of Student Midwives' and Nurses' Perceptions of Disabled Individuals and Factors Affecting Their Perceptions: A Descriptive Study

Meltem AKBAŞ^a, Fatma YILMAZ FINDIK^b, Rukiye DURSUN^c

Özet

Amaç: Bu çalışma ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algularını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türde yapılan çalışmanın verileri Ekim-Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi'nin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 1240 ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power ile hesaplanmış ve araştırmaya 351 öğrenci dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, bağımsız gruplarda t testi, one way anova ile değerlendirilmiştir. Kritik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması $20,91 \pm 2,50$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği toplam puan ortalamasının $67,27 \pm 9,77$; Benimsemek Alt Boyutu puan ortalamalarının $26,94 \pm 3,59$, Farkındalık Alt Boyutu puan ortalamalarının $17,26 \pm 4,34$, Bireysel Destek Alt Boyutu $13,09 \pm 2,66$, Toplumsal Çevre Alt Boyutu $9,96 \pm 2,02$ olarak bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin bölümü, sınıfı, bölümü isteyerek tercih etme durumu, ekonomik durumu, ailesinde engelli birey olma durumu ve engelli birey ile etkileşim/iletişim kurma durumu ile Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). **Sonuç:** Öğrencilerin engelli bireylere yönelik algularının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Ebelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre engelli bireylere yönelik algularının yüksek olduğu ve engelli bireylere yaklaşım konusunda eğitim almanın engelli birey algısını etkilemediği belirlenmiştir. Geleceğin sağlık çalışanı olacak öğrencilerin bu konuda algularını olumlu etkileyecek daha kapsamlı ve hedefli eğitim planlaması yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık; algı; etik; engelli birey; ebe; hemşire.

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the perceptions of midwifery and nursing students towards disabled individuals and the factor affecting them. **Materials and Methods:** The data of the descriptive study were collected between October and November 2023. The population of the study consisted of 1240 midwifery and nursing students studying at Çukurova University Faculty of Health Sciences. The sample size of the study was calculated with G*Power and 351 students were included in the study. The data of the study were collected with personal information form and Perception Scale for Individuals with Disabilities. The data were analysed by number, mean, percentage distributions, t test in independent groups, one way anova. **Results:** The mean age of the participants was found to be 20.91 ± 2.50 . The mean total score of the Perception Scale for Individual with Disabilities was found to be 67.27 ± 9.77 , the mean score of the Adoption Subdimension was 26.94 ± 3.59 , the mean score of the Awareness Subdimension was 17.26 ± 4.34 , the Individual Support Subdimension was 13.09 ± 2.66 , and the Social Environment Subdimension was 9.96 ± 2.02 . In addition, it was determined that there was a significant difference between the total scores of the Perception Scale for Individuals with Disabilities and the students' department, class, willingly choosing the department, economic status, having a disabled person in the family and in interacting/communicating with a disabled person ($p < 0.05$). **Conclusion:** It was determined that students' perceptions of disabled individuals were high. It was determined that midwifery students' perceptions of disabled individuals were higher than nursing students' perceptions of disabled individuals and that receiving training on approaching disabled individuals did not affect the perception of disabled individuals. It is recommended that more comprehensive and targeted training plans be made to positively affect the perceptions of students who will be future health workers.

Keywords: Awareness; perception; ethics; disability person; midwife; nurse.

^a Doktor Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Adana, Türkiye. ✉ makbaskanat@gmail.com ORCID: 0000-0002-5845-0552

^b Doktora Öğrencisi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Adana, Türkiye. ✉ rksyulu@gmail.com ORCID: 0000-0001-5954-5142

^c Doktora Öğrencisi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Adana, Türkiye. ✉ fatmayilmzfindk@gmail.com ORCID: 0000-0003-1093-4635

Gönderim Tarihi: 20 Eylül 2024 • Kabul Tarihi: 24 Eylül 2024

GİRİŞ

Engellilik, bireyin doğum öncesi, doğum sırasında veya doğum sonrası dönemlerinde, görme, duyma, konuşma ve yürüme gibi bedensel veya zihinsel yeterliliklerini kaybetmesi sonucu ortaya çıkan, bireyi sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkileyen durumdur (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre engelli, "bir eksiklik veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide oluşan ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durum" şeklinde tanımlanmaktadır (2). Engellilik dünyada artmaya devam eden ve toplumun her kesimini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (3). Yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların yaygınlaşması, terör olayları, savaşlar, doğal afetler ve trafik kazalarının artması gibi faktörler, engelli bireylerin sayısının artmasına neden olmaktadır (4). DSÖ'nün 2023 yılında verdiği engellilik bilgilerine göre, tahminen 1.3 milyar insanın önemli derecede engellilik yaşadığı, bunun dünya nüfusunun %16'sını oluşturduğu, yani altı kişiden birinin engelli olduğunu belirtmektedir (5). Geliri düşük olan ülkelerde bu oran %18,0 iken geliri yüksek olan ülkelerde %11,8'lere kadar gerilemektedir (6). Ülkemizde, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre, 2021 yılı nüfusunun %6,9'sının (4.876.000 kişi) en az bir engelliliğin olduğu bildirilmiştir (7). Engelli bireylerin aileleri de göz önüne alındığında, engellilik durumunun toplumun geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir. Bu durum, nüfusun önemli bir kısmını etkilemekte ve dikkate alınması gereken önemli bir konudur (8).

Geçmişten günümüze kadar engelli kişiler, toplumsal baskı ile karşı karşıya kalmıştır. Toplumsal baskı, kültürel anlamlarda farklılık göstermektedir. Bu durum engelli bireylere yönelik farklı algılara neden olmaktadır. Ebeler ve hemşireler engelli bireylerin fiziksel, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada temel bir rol oynar. Etik açıdan incinebilir bir grubu oluşturan engellilere yönelik etik dışı ve olumsuz algılar, engelli bireyleri ve ailelerini ve aldıkları sağlık bakımının kalitesini olumsuz etiketlenme ve soyutlanmayı beraberinde getirmektedir. Bunun aksine engellilik algısı normal olarak da karşılanabilmektedir (9,10).

Öğrenci ebeler ve hemşireler, Ebelik ve Hemşirelik etiği kapsamında, etik ilke ve değerleri göz önünde bulundurarak engelli bireylere ve ailelerine hak ettiği kaliteli bakımı sunmakla yükümlüdür. Engelli bireyler ve aileleri ile ebe ve hemşireler arasındaki ilişki etik bir ilişkidir (10). Ebeler ve hemşireler, engelli bireylerin sağlık durumlarını yakından izleyerek, gerekli tıbbi müdahaleleri zamanında gerçekleştirebilir ve bakım süreçlerini etkin bir şekilde yönetebilirler (11). Nitelikli ve kaliteli bir bakım, hem fiziksel hem de psikolojik refahı destekleyerek, engelli bireylerin bağımsızlık seviyelerini ve genel sağlık durumlarını olumlu yönde etkilemektedir (12).

Engelli bireylerin en sık karşılaştığı ve bakımına en fazla ihtiyaç duyduğu sağlık personeli ebeler ve hemşirelerdir. Ebelerin ve hemşirelerin engelli bireylere nitelikli ve kaliteli bir bakım sağlayabilmesi için öncelikle engelli bireylere yönelik algılarının olumlu ve yüksek olması beklenmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda geleceğin sağlık çalışanı olan ebelerin ve hemşirelerin engelli bireylere yönelik algıları önem arz etmektedir.

Literatürde, üniversite öğrencilerinin engelli birey algısının belirlenmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Konuyla ilgili literatür değerlendirildiğinde; üniversite öğrencilerinin engelli birey algılarını araştırmaya yönelik çalışmalar bulunmaktadır (13-16). Ancak, geleceğin ebe ve hemşire adayı olan üniversite öğrencilerinin engelli birey algılarının değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Değişim sürecini başlatabilmek adına, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarının öncelikle incelenmesi gerekmektedir. Bu çalışma, öğrencilerin engelli bireylere yönelik algılarını ve algılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve gerekli iyileştirmeleri yapabilmek için temel bir veri oluşturacaktır. Çalışmanın amacı, geleceğin sağlık çalışanı olan ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarını ve algılarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırma Soruları:

1. Ebelik ve hemşirelik bölümlerinde eğitim gören öğrencilerin engelli bireylere yönelik algısı nasıldır?
2. Öğrencilerin engelli bireylere yönelik algıları hangi faktörlerden etkilenmektedir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2023-2024 öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 1240 ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencisi oluşturmuştur. G-Power analizinde örneklem büyüklüğü, 0.05 yanılğı düzeyi, %95 temsil gücü ve %95 güven aralığında 293 öğrenci olarak hesaplanmıştır. Araştırmada olası kayıplar dikkate alınarak örneklem büyüklüğü %20 artırılarak 351 öğrenci araştırmaya dahil edilmiştir. Örneklem grubu belirlenirken ebelik ve hemşirelik bölümleri tabakalar olarak belirlenmiş ve tabakalar arasında basit (tesadüfi) olarak seçim yapılmıştır. Tabakalı örneklem yöntemi; evrenin farklı gruplarını belirleyerek her bir alt grubun evren içindeki oranını dikkate alarak örneklem seçimi yapmayı amaçlayan örneklem yöntemidir. Bu yöntem evrenin yapısını daha iyi yansıtarak daha güvenilir sonuçlar elde etmeyi sağlar (17).

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencileriyle Ekim 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında online olarak yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği (EBYAÖ) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, bölüm, sınıf, medeni durum, aile tipi, anne ve babanın öğrenim durumu, aylık gelir durumu, uzun süre yaşadığı yer, çalışma durumu, bölümü isteyerek seçme durumu, bölümü sevmeme durumu), engel bulunma durumu, engelli yakını olma durumu, engelli bireyle iletişim kurma, engelli bireylere yaklaşıma ilişkin literatüre dayalı hazırlanan 18 sorudan oluşmaktadır (15,16,18,19).

Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği

Ölçek, Diğer ve Yıldız (2021) tarafından kişilerin engelli bireylere yönelik algı düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (13). 20 maddeden oluşan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Buna göre; "5: Kesinlikle Katılıyorum", "4: Katılıyorum", "3: Kararsızım", "2: Katılmıyorum", ve "1: Kesinlikle Katılmıyorum" şeklinde belirlenmiştir. Ölçek, Benimsemek, Farkındalık, Bireysel Destek ve Toplumsal Çevre şeklinde toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Cronbach Alpha değerleri; "Benimsemek" alt boyutu için 0.80, "Farkındalık" alt boyutu için 0.73, "Bireysel Destek" alt boyutu için 0.71, "Toplumsal Çevre" alt boyutu için 0.61 ve toplamda 0.86 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değerleri; "Benimsemek" alt boyutu için 0,76, "Farkındalık" alt boyutu için 0,80, "Bireysel Destek" alt boyutu için 0,68, "Toplumsal Çevre" alt boyutu için 0,63 ve toplamda 0,86 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Google anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri, Ekim 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında, anket ve bilgilendirilmiş onam formuna ait bağlantı linki öğrencilerle paylaşarak toplanmıştır. Online anket, sadece tek bir hesapla cevaplanabilecek şekilde ayarlanmıştır. Böylece kullanıcıların birden fazla kez yanıt vermeleri engellenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen öğrenciler, öncelikle araştırma bilgilerini okuyarak katılma onay sekmesine tıklamışlardır. Anketin tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Analiz

Araştırma bulguları “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiş ve %95 güven aralığı ile çalışılmıştır. Çalışmada elde edilen ölçek puanının normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi amacı ile “Kolmogorov-Smirnov” testi ve güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi amacı ile “Cronbach’s Alfa” katsayısı hesaplaması yapılmıştır. Verilerin homojen ve normal bir dağılım gösterdiği belirlenmiş ve parametrik testler kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik değişkenlere göre değişiklik gösterme durumunun test edilmesinde iki gruplu değişkenler için t testi, üç ve daha fazla gruplu değişkenler için “One Way ANOVA” testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır (Karar no:46/7 Ekim 2022). Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından izin alınmıştır. Ayrıca online anket formunda araştırmaya ilişkin bilgilendirici onama, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğuna ve bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağına ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Öğrencilerin randomize olarak seçilmemiş olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 1); %41’inin 20-21 yaş aralığında, %90’ının kadın, % 98’inin bekar, %87,5’inin çekirdek aileye sahip, %69,2’sinin ebelik bölümünde, %46,4’nün 3. sınıfta, %62,1’inin bölümü isteyerek tercih ettiği, %76,6’sının bölümü sevdiği, %53,6’sının annesinin ilköğretim mezunu, %46,7’sinin babasının ilköğretim mezunu, %68,4’ünün ailesinin ekonomik durumunun orta, %35,6’sının uzun süre şehir merkezinde yaşadığı, %99,4’ünün engelinin olmadığı, %93,4’ünün ailesinde (anne, baba, kardeş gibi) engelli birey olmadığı, %79,2’sinin engelli birey ile etkileşim/iletişim kurduğu, %22,5’inin engelli bireylere yaklaşım konusunda eğitim aldığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin yaş ortalamasının $20,91 \pm 2,50$ (Min:18, max: 40) olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-19 yaş	83	23,6
20-21 yaş	144	41,0
22 yaş ve üzeri	124	35,4
Cinsiyet		
Kadın	316	90
Erkek	35	10
Medeni durum		
Evli	7	2
Bekar	344	98
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	307	87,5
Geniş Aile	34	9,7
Parçalanmış Aile	10	2,8
Bölümü		
Ebelik	108	30,8
Hemşirelik	243	69,2
Devam ettiği sınıf		
1. Sınıf	108	30,8
2. Sınıf	32	9,1
3. Sınıf	163	46,4
4. Sınıf	48	13,7

Bölümü isteyerek tercih etme durumu		
Evet	218	62,1
Hayır	133	37,9
Bölümü sevme durumu		
Evet	269	76,6
Hayır	82	23,4
Annenin öğrenim durumu		
Okuryazar değil	23	6,6
Okuryazar	28	8,0
İlköğretim	188	53,6
Lise	82	23,4
Üniversite	30	8,5
Babanın öğrenim durumu		
Okuryazar değil	6	1,7
Okuryazar	14	4,0
İlköğretim	164	46,7
Lise	112	31,9
Üniversite	55	15,7
Ailesinin ekonomik durumu		
Kötü	60	17,1
Orta	240	68,4
İyi	51	14,5
Uzun süre yaşadığı yer		
Köy	39	11,1
İlçe merkezi	96	27,4
Şehir merkezi	125	35,6
Büyükşehir	91	25,9
Engelinin olma durumu		
Evet	2	0,6
Hayır	349	99,4
Ailesinde(anne, baba, kardeş gibi) engelli birey olma durumu		
Evet	23	6,6
Hayır	328	93,4
Engelli birey ile etkileşim/iletişim kurma durumu		
Evet	278	79,2
Hayır	73	20,8
Engelli bireylere yaklaşım konusunda eğitim alma durumu		
Evet	79	22,5
Hayır	272	77,5
Yaş (yıl)	Min-Max	Ort ± SS
	18-40	20,91±2,50

Öğrencilerin EBYAÖ'den aldıkları min-max ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre öğrencilerin EBYAÖ Benimsemek Alt Boyutu puan ortalamalarının 26,94±3,59, Farkındalık Alt Boyutu puan ortalamalarının 17,26±4,34, Bireysel Destek Alt Boyutu 13,09±2,66, Toplumsal Çevre Alt Boyutu 9,96±2,02 ve ölçek Toplam Puan ortalamasının 67,27±9,77 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeğinden alt boyutlarından aldıkları min-max puan ve puan ortalamalarının dağılımı

Engelli Bireylere Yönelik Algı Ölçeği	Min	Max	Ort. ± SS
Alt Boyut Puanları			
Benimsemek alt boyutu	14	35	26,94±3,59
Farkındalık alt boyutu	6	30	17,26±4,34
Bireysel destek alt boyutu	6	20	13,09±2,66
Toplumsal çevre alt boyutu	4	15	9,96±2,02
Toplam Puan	40	100	67,27±9,77

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre EBYAÖ Alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 3); öğrencilerin yaşları ile farkındalık alt boyutu arasında, bölüm ile benimsek, bireysel destek alt boyutları ve toplam puanları arasında, sınıfları ile benimsemek, farkındalık, bireysel destek alt boyutları ve toplam puan arasında, bölümü isteyerek tercih etme durumu ile benimsemek, farkındalık, toplumsal çevre alt boyutları ile toplam puan arasında, bölümü sevme durumu ile benimsemek alt boyutu arasında, ailesinin

ekonomik durumu ile bireysel destek, toplumsal çevre alt boyutları ve toplam puan arasında, uzun süre yaşadığı yer ile farkındalık ve bireysel destek alt boyutları arasında, ailesinde(anne, baba, kardeş gibi) engelli birey olma durumu ile toplam puan arasında, engelli birey ile etkileşim/iletişim kurma durumu ile farkındalık alt boyutu ve toplam arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre engelli bireylere yönelik algı ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Benimsemek Alt Boyutu	Farkındalık Alt Boyutu	Bireysel Destek Alt Boyutu	Toplumsal Çevre Alt Boyutu	EBYAÖ Toplam Puan
	Ort. ± SS Test ve p değeri	Ort. ± SS Test ve p değeri	Ort. ± SS Test ve p değeri	Ort. ± SS Test ve p değeri	Ort. ± SS Test ve p değeri
Yaş					
18-19 yaş	27,45±3,02	16,26±3,46	12,53±2,37	9,98±1,91	66,24±7,73
20-21 yaş	26,81±3,71	17,29±4,61	13,32±2,61	9,73±2,08	67,17±10,13
22 yaş ve üzeri	26,75±3,78 F:1,127 p:0,325	17,90±4,46 F:3,585 p:0,029	13,21±2,87 F:2,553 p:0,079	10,21±2,00 F:1,903 p:0,151	68,08±10,53 F:0,902 p:0,407
Cinsiyet					
Kadın	25,71±4,92	17,00±5,16	17,27±4,33	10,28±0,75	66,14±13,35
Erkek	26,96±3,56 t:0,793 p:0,428	17,27±4,33 t:0,097 p:0,923	13,09±2,65 t:1,436 p:0,152	9,95±2,04 t:0,334 p:0,738	67,29±9,70 t:0,797 p:0,427
Medeni durum					
Evli	25,71±4,92	17,00±5,16	13,14±3,62	10,28±0,75	66,14±13,35
Bekâr	26,96±3,56 t:-0,914 p:0,362	17,27±4,33 t:-0,162 p:0,870	13,09±2,65 t:0,130 p:0,966	9,95±2,04 t:0,056 p:0,673	67,29±9,70 t:0,195 p:0,757
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	27,07±3,60	17,33±4,33	13,18±2,65	10,06±2,01	67,64±9,75
Geniş Aile	26,02±3,56	16,41±4,66	12,38±2,76	9,29±1,99	64,11±9,93
Parçalanmış Aile	26,10±3,03 F:1,576 p:0,208	18,20±3,45 F:0,922 p:0,399	13,00±2,53 F:1,385 p:0,252	9,30±1,88 F:2,788 p:0,63	66,60±8,68 F:2,035 p:0,132
Bölümü					
Ebelik	28,38±3,08	17,66±4,88	13,57±3,03	10,21±2,20	69,84±10,76
Hemşirelik	26,30±3,62 t:5,544 p:0,000	17,09±4,08 t:1,146 p:0,253	12,88±2,46 t:2,232 p:0,041	9,85±1,92 t:1,528 p:0,127	66,13±9,08 t:3,327 p:0,001
Devam ettiği sınıf					
1. Sınıf					
2. Sınıf	27,18±3,18	16,27±3,95	12,58±2,65	10,00±1,99	66,04±8,87
3. Sınıf	28,15±2,47	16,15±4,85	13,56±2,58	10,12±2,33	69,00±10,22
4. Sınıf	25,83±3,65 29,68±3,49 F:14,699 p:0,000	17,71±3,84 18,72±5,71 F:5,108 p:0,002	13,03±2,37 14,16±3,34 F:4,378 p:0,005	9,75±1,87 10,50±2,28 F:1,795 p:0,148	66,33±9,13 72,08±11,95 F:5,480 p:0,001
Bölümü isteyerek tercih etme durumu					
Evet	27,39±3,67	17,62±4,30	13,23±2,72	10,13±2,05	68,39±10,07
Hayır	26,19±3,34 t:3,081 p:0,002	16,67±4,37 t:1,997 p:0,047	12,87±2,57 t:1,207 p:0,228	9,69±1,95 t:1,990 p:0,047	65,44±8,97 t:2,771 p:0,006
Bölümü sevmeye durumu					
Evet	27,23±3,58	17,37±4,27	13,13±2,73	10,04±2,03	67,78±9,86
Hayır	25,98±3,48 t:2,776 p:0,006	16,91±4,59 t:0,840 p:0,402	13,00±2,73 t:0,386 p:0,700	9,70±1,99 t:1,323 p:0,187	65,60±9,31 t:1,770 p:0,078
Annenin öğrenim durumu					
Okuryazar değil					
Okuryazar	26,60±2,80	16,30±2,60	12,00±2,06	9,73±2,15	64,65±6,21
İlköğretim	26,67±3,66	16,64±4,90	12,53±3,43	9,67±1,88	65,53±11,02

Lise	27,14±3,70	17,82±4,65	13,21±2,74	10,07±1,96	68,27±10,46
Üniversite	27,06±3,32	16,74±4,15	13,26±2,47	9,86±2,21	66,93±8,96
	25,86±4,02	16,50±2,92	13,26±2,11	9,96±1,92	65,60±7,77
	F:0,929	F:1,758	F:1,501	F:0,409	F:1,375
	p:0,447	p:0,137	p:0,202	p:0,802	p:0,242
Babının öğrenim durumu					
Okuryazar değil					
Okuryazar	25,83±3,31	16,50±2,07	11,83±1,47	9,50±1,37	63,66±3,93
İlköğretim	27,00±2,96	16,28±3,36	12,14±3,03	9,78±2,22	65,21±8,73
Lise	26,85±3,61	17,59±4,65	12,93±2,79	9,95±1,96	67,34±10,48
Üniversite	27,35±3,54	17,16±4,15	13,51±2,51	10,09±2,12	68,06±8,96
	26,45±3,82	16,83±4,21	13,27±2,55	9,81±2,02	66,38±9,85
	F:0,790	F:0,599	F:1,450	F:0,298	F:0,657
	p:0,532	p:0,664	p:0,217	p:0,879	p:0,622
Ailesinin ekonomik durumu					
Kötü					
Orta	26,06±3,44	16,40±3,72	12,11±2,44	9,20±1,87	63,78±8,47
İyi	27,12±3,46	17,52±4,37	13,21±2,61	10,04±1,97	67,90±9,51
	27,11±4,22	17,09±4,80	13,70±2,93	10,50±2,20	68,43±11,53
	F:2,167	F:1,645	F:5,768	F:6,505	F:4,788
	p:0,116	p:0,194	p:0,003	p:0,002	p:0,009
Uzun süre yaşadığı yer					
Köy	26,74±3,52	19,17±3,93	14,33±2,97	10,28±2,27	70,53±10,39
İlçe merkezi	26,91±3,49	17,02±4,64	12,82±2,83	9,81±2,18	66,57±10,33
Şehir merkezi	27,20±3,74	17,13±4,27	13,04±2,60	10,08±1,94	67,46±10,04
Büyükşehir	26,69±3,54	16,89±4,15	12,94±2,31	9,83±1,83	66,36±8,23
	F:0,414	F:2,929	F:3,308	F:0,759	F:1,911
	p:0,743	p:0,034	p:0,020	p:0,518	p:0,128
Engelinin olma durumu					
Evet	27,50±0,70	15,00±4,24	15,00±0,000	12,00±0,000	69,50±4,94
Hayır	26,93±3,60	17,28±4,35	13,08±2,67	9,95±2,02	67,26±9,79
	t:0,220	t:-0,739	t:1,010	t:1,428	t:0,322
	p:0,826	p:0,460	p:0,313	p:0,54	p:0,747
Ailesinde (anne, baba, kardeş gibi) engelli birey olma durumu					
Evet					
Hayır	28,13±3,73	18,30±5,23	13,91±3,51	10,86±2,68	71,21±13,30
	26,85±3,57	17,19±4,28	13,04±2,59	9,90±1,95	67,00±9,43
	t:1,643	t:1,183	t:1,165	t:2,228	t:2,010
	p:0,101	p:0,238	p:0,255	p:0,103	p:0,045
Engelli birey ile etkileşim/iletişim kurma durumu					
Evet	26,79±3,59	18,97±4,21	13,01±13,42	9,86±2,00	69,64±9,46
Hayır	27,52±3,55	16,38±4,69	13,42±2,82	10,34±2,04	66,67±10,56
	t:-1,546	t:-2,841	t:-1,169	t:-1,792	t:-2,369
	p:0,123	p:0,014	p:0,243	p:0,074	p:0,018
Engelli bireylere yaklaşım konusunda eğitim alma durumu					
Evet					
Hayır	26,84±2,89	17,05±3,86	13,32±2,22	10,00±1,94	67,22±7,75
	26,97±3,77	17,33±4,48	13,03±2,78	9,95±2,04	67,29±10,29
	t:-0,308	t:-0,504	t:0,981	t:0,170	t:-0,058
	p:0,759	p:0,615	p:0,328	p:0,865	p:0,954

TARTIŞMA

Bu araştırma, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarını ve algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülmüş olup araştırma soruları yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin engelli birey algı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Üstündağ ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında, sağlık bilimleri öğrencilerinin diğer üniversite öğrencilerine kıyasla engelli birey algılarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (16). Sarıipek ve Konar (2023) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algı düzeylerinin göreceli olarak yüksek olduğu saptanmıştır (15). Literatürdeki benzer çalışmalarda ise üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algı düzeyleri orta düzey olarak belirlenmiştir (13,20). Farklı alanlardaki üniversite öğrencileri ile karşılaştırıldığında, geleceğin sağlık çalışanları olan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin engelli bireylerle klinikte temas halinde bulunma olasılığı daha yüksektir. Bu durum, çalışmamızda ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algı düzeylerinin yüksek olmasının kaynağı olabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin yaşı ile farkındalık alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuş ancak benimsemek, bireysel destek, toplumsal çevre ve EBYAÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer şekilde yaşın engelli bireylere yönelik algıyı etkilemediği görülmüştür (21-24). Demirbilek ve arkadaşlarının (2024) spor bilimleri öğrencilerinin engellilere yönelik algı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, öğrencilerin yaşı ile benimsemek ve farkındalık alt boyutlarında düşük düzeyde negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu; bireysel destek alt boyutu, toplumsal alt boyut ve EBYAÖ toplam puanında ise anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (25). Literatür bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışma bulgularında cinsiyet değişkeni ile EBYAÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde bazı çalışmalarda cinsiyet ile engelli bireylere yönelik algı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (19,26). Çalışmamızın aksine Karademir ve arkadaşlarının (2018) beden eğitimi öğretmen adayları ile yaptığı çalışmada engellilere yönelik algının cinsiyete göre farklılaştığı ve kadınların algılarının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (27). Karataş'ın (2020) üniversite öğrencileri ile ilgili yaptığı çalışmada da kadın öğrencilerin engelli bireylere yönelik tutumlarının erkeklerden fazla olduğu saptanmıştır (28). Bazı çalışmalar çalışmamızı desteklerken bazı çalışmalarda farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin benimsemek ve bireysel destek alt boyutları ile EBYAÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ebelik bölümü öğrencileri lisans eğitimi boyunca, engelli bireylere yönelik ders içeriğinin yanı sıra etkinlik, seminer ve sosyal sorumluluk projelerinde de yer almaktadır. Temas içerikli bu uygulamalar ve klinikte uygulama için bulunma, ebelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarını arttırmada etkili olabilir.

Çalışmamızda son sınıf öğrencilerinin benimsemek, farkındalık ve bireysel destek alt boyutları ile EBYAÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur. Literatürde, öğrencilerin sınıf düzeyine göre EBYAÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (16,25).

Çalışmamızda bölümü isteyerek tercih eden katılımcıların benimsemek, farkındalık ve toplumsal çevre alt boyutları ile EBYAÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bölümü seven katılımcıların ise, benimsemek alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, sağlık bilimleri öğrencilerinin bölümü tercih etme ve sevme durumu ile engelli bireylere yönelik algılarının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip ebelik ve hemşirelik mesleğinin temel amacı topluma faydalı olmaktır (29-32). İlhan-Erkal ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin bölümü seçme nedenleri arasında 'insanlara yardım etmeyi sevme' yer almaktadır (30). Bizim çalışmamızda, öğrencilerin bölümü isteyerek tercih etmesi ve bölümü sevmesi engelli bireylere yönelik algı düzeylerini artıran bir etken olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, öğrencilerin yardım etme ve topluma katkıda bulunma ilkelerini benimsemeleriyle doğrudan ilişkili olabilir.

Çalışmamızda ailesinin ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin bireysel destek ve toplumsal çevre alt boyutları ile EBYAÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyinin artması paralelinde eğitim düzeyinin de olumlu etkileyebileceğinden engelli bireylere yönelik algının olumlu etkilenmesi beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda uzun süre köyde yaşayan öğrencilerin farkındalık ve bireysel destek alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, öğrencilerinin uzun süre yaşadıkları yer ile engelli birey algısının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Su ve Sağlam (2020) çalışmasında, köyde yaşayan engelli bireylerin eğitim, ulaşım, teknoloji, istihdam ve ekonomik katılım, sağlık, serbest zaman değerlendirme konularında sorunlar yaşadığını ifade edilmiştir (33). Uzun süre köyde yaşayan öğrencilerin engelli bireylerin sosyal hak ve hizmetlere erişimde dezavantajlı konumlarına yakından tanıklık etme olasılığı yüksektir. Bu durum, öğrencilerin engelli bireylere yönelik algı düzeyinin yüksek saptanmış olmasında önemli bir etken olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda ailesinde engelli birey bulunan öğrencilerin EBYAÖ puanı yüksek bulunmuştur. Engelli bireyle iletişim kuran öğrencilerin ise farkındalık ve algı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, üniversite öğrencilerinin ailesinde engelli birey bulunmasının (25) ve iletişim halinde çalışmasının (16) engelli bireylere yönelik algıyı etkilemediği bildirilmiştir. Literatürdeki bulgular çalışma sonuçlarımızı desteklememektedir (16,25). Lawson ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdikleri çalışmada, üniversite öğrencilerinin engellilik kapsamında bakım odaklı almış oldukları eğitimlerin engelli bireylere yönelik tutumlarını olumlu etkilediği belirlenmiştir. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin bakım bilimine temellenen içeriğiyle eğitim almaları hem ailesine hem de iletişim/temas halinde oldukları engelli bireylere yönelik algısını olumlu etkilemiş olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızın sonuçlarına göre ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algıları yüksek düzeyde bulunmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerin bölümü, sınıfı, bölümü isteyerek tercih etme durumu, ekonomik durumu, ailesinde engelli birey olma durumu ve engelli birey ile etkileşim/iletişim kurma durumu ile engelli bireylere yönelik algı ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Literatürde çalışmamızın bulguları ile benzerlik gösteren çalışmalar mevcutken, farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Geleceğin ebe ve hemşiresi olan öğrencilerin engelli bireylere yönelik algıları etik değerleri ve ilkelere dayanarak nitelikli ve kaliteli bakım sağlamada kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, ebelik ve hemşirelik bölümü lisans eğitiminde engellilik konusunda müfredat genişletilmeli, bu konuda öğrencilere seminer verilmeli ve farklı öğrenme teknikleri kullanılarak öğrencilerde engellilik algısı artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Apaydın R, Barış İ. Toplumda engelli bireylere yönelik tutumun sağlık çalışanları bağlamında değerlendirilmesi. Ufku Ötesi Bilim Dergisi, 2021; 21(1): 22-39.
2. Health Topics: Disability. World Health Organization. 2021. Erişim (https://www.who.int/healthtopics/disability#tab=tab_1) Erişim tarihi: 12.03.2024.
3. Disability and health. World Health Organization. 2021. Erişim (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/disability-andhealth>.) Erişim tarihi: 12.03.2024.
4. Quadir SE, Akaroğlu G, Tıgılı E. Toplumumuzun engelli bireylere yönelik duyarlılık düzeylerinin incelenmesi. EKEV Akademi Dergisi, 2023; (96): 229-246. <https://doi.org/10.17753/sosekev.1195062>
5. Policy brief on tuberculosis-associated disability. World Health Organization 2023. Erişim ([https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=iH0OEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA10&dq=5.%09World+Health+Organization.+\(2023\).+Policy+brief+on+tuberculosis-associated+disability.+World+Health+Organization.&ots=rVOJT0CuWN&sig=II5Kq3z1cjax2Edhjuq_aif231&redir_esc=y#v=onepage&q=5.%09World%20Health%20Organization.%20\(2023\).%20Policy%20brief%20on%20tuberculosis-associated%20disability.%20World%20Health%20Organization.&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=iH0OEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA10&dq=5.%09World+Health+Organization.+(2023).+Policy+brief+on+tuberculosis-associated+disability.+World+Health+Organization.&ots=rVOJT0CuWN&sig=II5Kq3z1cjax2Edhjuq_aif231&redir_esc=y#v=onepage&q=5.%09World%20Health%20Organization.%20(2023).%20Policy%20brief%20on%20tuberculosis-associated%20disability.%20World%20Health%20Organization.&f=false)) Erişim tarihi: 10.07.2024.
6. World Health Organization global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. World Health Organization Geneva, Switzerland: 2015. Erişim (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/199544/?sequence=1>) Erişim tarihi: 10.07.2024
7. İstatistik veri portalı. Türkiye İstatistik Kurumu. 2021. Erişim (<https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli>) Erişim tarihi: 08.04.2024.

8. Kürkçüoğlu I, Ergan M, Alsını TGE, Keskin T, Alsını AM, Başkurt F. Diş hekimliği öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 2021; 28(3): 433-440.
9. Duman NA, Doğanay G. Toplumsal dışlanma pratikleri üzerinden Trabzon'da engelli kadınlar. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2017; 20(2): 1-48.
10. Akbaş M, Tuncer İ, Kadioğlu S. Lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında etik eğitiminin durumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014; 7(3): 206-211.
11. Smith R, Johnson P, Lee A. Effects of professional care on the physical health of disabled persons. *American Journal of Nursing*, 2021; 121(6): 67-78.
12. Jones L, Davis M. Healthcare quality and its influence on health outcomes for disabled patients. *International Journal of Nursing Studies*, 2019; 56(4): 45-57.
13. Diğer H, Yıldız A. Engelli bireylere yönelik algı ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2021; 31(2): 807-822.
14. Demirbilek B, Öcal YK, Karabulut EO. Spor bilimleri öğrencilerinin engellilere yönelik algı düzeylerinin incelenmesi. *Bozok International Journal of Sport Sciences*, 2024; 5(1): 1-13.
15. Sarıipek AD, Konar N. Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin engelli bireylere yönelik algılarının incelenmesi. 3rd International Conference on Scientific and Academic Research. December 25-26, 2023: Konya, Turkey.
16. Üstündağ A, Göktay FS, Kalkanlı F, Gülgün ZN. Üniversite öğrencilerinin özel gereksinimli bireylere bakış açılarının incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2023; 33(2): 755-766.
17. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi, 2012.
18. Polikandrioti M, Govina O, Vasilopoulos G, Adamakidou T, Plakas S, Kalemikerakis I, et al. Nursing students' attitudes towards people with disabilities. *International Journal of Caring Sciences*, 2020; 13(1): 480-488.
19. Sel A, Yıldız Z. Öğretmenlerin engelli bireylere yönelik algı ve tutumu: ölçek geliştirme, analizi ve yorumu. Ankara: İksad Yayınevi, 2020.
20. Gençtürk Z, Korkut, G. Üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik tutumlarının incelenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2020; (19): 105-126.
21. Öztürk H, Abakay U. Research of attitudes of the students studying in schools of physical education and sport toward disabled kids. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 2014; 16(3): 66-68.
22. Yaralı, D. Öğretmen adaylarının özel gereksinimli bireylere yönelik tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Journal of Education Faculty*, 2015; 17(2): 431-455.
23. Kardeş NT, Kardeş SB, Sadık R. Zihinsel engelli çocuğu olan bireylerin çocuklarının sportif etkinliklerine yönelik tutumlarının incelenmesi. *Ulusal Spor Bilimleri Dergisi*, 2017; 1(2): 34-43.
24. Yılmaz A, Kırmoğlu H, Aslanboğa T, Aslanboğa R. Gençlik ve spor il müdürlüğü çalışanlarının zihinsel engelli bireylerin sportif etkinliklerine yönelik tutum düzeyinin incelenmesi (Bingöl il örneği). *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2019; 4(3): 360-372. Doi: 10.31680/gaunjss.574732
25. Demirbilek B, Karaç Y, Karabulut EO. Spor bilimleri öğrencilerinin engellilere yönelik algı düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Bozok Spor Bilimleri Dergisi*, 2024; 5(1): 1-13.
26. Özcan GH. Beden eğitimi ve spor öğretmenlerinin zihinsel engelli çocuklara yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi], İstanbul: Gedik Üniversitesi, 2016.
27. Karademir T, Açıak M, Türkçapar Ü, Eroğlu H, Beden eğitimi öğretmen adaylarının zihinsel engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Journal of Physical Education and Sport Sciences*, 2018; 20(3): 103-112.
28. Karataş Z. Sosyal hizmet ve ilahiyat lisans programı öğrencilerinin engelli bireylere ilişkin tutumları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2020; (15): 65-79.
29. Başer A, Sezer H, Şahin H. Sağlık profesyoneli olmak ya da olmamak! Meslek seçimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2021; 20(60): 101-111.
30. İlhan-Erkak S, Ayşe SY, Sancar B. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ebellek ve hemşirelik bölümlerini seçme nedenleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 1(1): 73-90.
31. Özveren H, Gülnar E, Özden D. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2017; 8(2): 57-64.
32. Çiftçi GE, Bülbül SF, Bayar Muluk N, Çamur Duyan G, Yılmaz A. Sağlık bilimleri fakültesini tercih eden öğrencilerin, üniversite ve meslek tercihlerinde etkili olan faktörler (Kırıkkale Üniversitesi örneği). *J Kartal Train Res Hosp*, 2011; 22(3): 151-60.
33. Su G, Sağlam EB. Köy yaşamında engelli birey olma deneyimi: Nitel bir araştırma örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 2020; 37(1): 96-115.
34. Lawson JE, Cruz RA, Knollman GA. Increasing positive attitudes toward individuals with disabilities through community service learning. *Research in developmental disabilities*, 2017; 69: 1-7.

New Family Types and Changing Values: An Evaluation from an Ethical Perspective

Yeni Aile Türleri ve Değişen Değerler: Etik Açından Bir Değerlendirme

Tılsım Gülbu KADIOĞLU^a

Summary

This paper examines the ethical implications and challenges faced by polyamorous families within the broader context of evolving family structures. It highlights how polyamorous relationships, which involve multiple romantic and parental figures, challenge traditional nuclear family norms. Despite their growing numbers and the opportunities for fostering open-minded and communicative environment, significant barriers remain, particularly in legal and social contexts for polyamorous families. The paper explores various ethical concerns, including social stigma, legal recognition, access to healthcare, and the well-being of children and adults in polyamorous families. It is thought that these concerns are due to lack of recognition of polyamory in the society. This topic was chosen to prevent individuals from being discriminated against due to their sexual or romantic orientation and to raise awareness in an ethical context. The paper advocates for a bioethical approach that promotes justice, equality, and respect for diverse family forms, emphasizing the need for legal reforms, improved healthcare access, and efforts to reduce societal discrimination against polyamorous families.

Keywords: Bioethics; ethical non-monogamy; polyamorous families; social stigma; legal recognition.

Özet

Günümüzde geleneksel anlayışın dışında yer alan yeni aile türleri giderek yaygınlaşmakta; çokaşkl (poliamorik) aileler bu yeni türlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Birden fazla romantik partner ve ebeveyn figürünü içeren poliamorik aileler, evli anne – baba ve biyolojik çocuklarından oluşan çekirdek aile normuna uymamakta ve bu nedenle çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bahsi geçen zorluklar, kimi etik sorunları beraberinde getirmektedir. Çokaşkl aileler sayılarının her geçen gün artmasına karşın toplum tarafından yeterince tanınmamaktadır. Bahsi geçen etik sorunların altında bu bilgi eksikliğinin yattığı düşünülmektedir. Bireylerin cinsel veya romantik yönelimleri sebebiyle ayrımcılığa uğramasını engellemek ve etik bağlamda bir farkındalık yaratmak amaçlarıyla bu konu seçilmiştir. Dolayısıyla poliamorik ailelere yönelik sosyal damgalanma, yasal hakların tanınması, sağlık hizmetlerine erişim ve çocuklar ile yetişkinlerin refahı gibi çeşitli etik kaygılar bu çalışmada ele alınmıştır. Poliamorik aileler açık fikirli ve iletişimci ortamlar oluşturma konusunda daha avantajlı olmalarına karşın, özellikle yasal ve sosyal bağlamlarda önemli engellerle karşılaşmaları söz konusudur. Bu çalışmada, poliamorik aileleri kapsayan yasal düzenlemeler yapılmasının, iyileştirilmiş sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasının ve toplumsal ayrımcılığın azaltılmasına yönelik çabaların önemi vurgulanarak adalet, eşitlik ve saygıyı teşvik eden bir biyoetik yaklaşımın benimsenmesi tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Biyoetik; rızaya dayalı tekeşli olmayan ilişkiler; poliamorik aileler; sosyal damgalama, yasal tanınma.

^a Student, KU Leuven, Faculty of Medicine, Centre for Biomedical Ethics and Law, Advanced Master's of Bioethics (Msc), Leuven Belgium. ✉tillsimkadioglu@gmail.com
ORCID: 0009-0003-3773-2002
Gönderim Tarihi: 4 Eylül 2024 • Kabul Tarihi: 24 Eylül 2024

INTRODUCTION

When thinking about different layers of a society, family comes across as a core one. Arguably, family can be seen as the prior and the most fundamental unit which a person is born into. As a result, the questions concerning what a family is, how are they perceived in social life and what are the rights and responsibilities that comes with being a family are all susceptible to ethical evaluation. Before delving into such evaluation, it is crucial to understand what the classic and new family types are. Starting with the classic and the most accepted way, nuclear families seem to be the norm with a set of parents – ideally a married monogamous heterosexual couple – and their genetic children (1). However, when we look at the formation of families in real life, it significantly deviates from the norm. While the described ideal of nuclear families are still quite common, there is a substantial increase in new formations of family; non-nuclear families now constitute a noteworthy portion of families (2,3). To be more precise, it is possible to observe deviation from each element mentioned above; non-monogamous, queer and / or child-free family units not only exist but they have also become increasingly visible across societies.

Different layers of social life, including individual, familial and societal ones, are often in constant interaction; hence, any of these deviations not only concern the individuals but also the families and societies. As the identifications and orientations of individuals change, they eventually lead to creation of new family structures. On the parental side, stepfamilies, queer families, single-parenting are few of the many new structures. As for the children side, adoption, artificial insemination through sperm or egg donation and being child-free can be given as examples. Out of all these new family types, the focus will be on polyamorous families for this paper. Examining how the legal systems, institutional branches and public spaces / opinions are formed in modern understanding; it is quite possible to argue that each of these elements had been shaped according to nuclear families. While there are three or more parental figures involved with a child in the cases of polyamorous families, regulations of law, government institutions like schools and hospitals and general public opinion tend to be shaped regarding the two-parent ideal. As a result of this duality, non-nuclear family members become more vulnerable to face legal constraints, lack of recognition, stigmatization and isolation (4) in comparison to nuclear family members. This rather discriminating attitude towards non-nuclear families raises various social concerns and this paper aims to evaluate them from an ethical perspective.

AN OVERVIEW OF POLYAMOROUS RELATIONSHIPS AND FAMILIES

Polyamory, which is one of the most prominent groups under the umbrella term of “Ethical Non-Monogamy”, involves the romantic, emotional and sexual union of more than two individuals at a given time. In a romantic context, polyamorous relationships exhibit a division in romance; an individual's romantic feelings are spread across multiple people (5). Individuals in polyamorous relationships are open to having multiple partners simultaneously; these partners may all be together, or each partner may have separate relationships (6). Due to these differences, polyamory can be subdivided, sometimes taking on a hierarchical structure. An example of such subdivisions is primary-secondary polyamorous relationships. In these relationships, two people are typically together for a longer period and share a household and financial responsibilities as the primary couple; third and subsequent partners interact with this couple as secondary partners (7). Another example is 'solo polyamory,' which does not include the primary-secondary distinction; a third example is 'polyfidelity,' a form of relationship involving three or more people who are committed to each other and closed off to others (8). Depending on the definition and conduct of the relationship, these examples can be expanded, but it is important to keep in mind that there may be unique forms of polyamorous relationships beyond these examples.

Considering how polyamorous relationships can be conducted in different ways, such distinction can also be made for polyamorous parenting. Schadler refer to these various family units as 'border families' (9).

She defines three types: poly-nuclear, hierarchical and egalitarian parenting. Poly-nuclear parenting implies two main, biological parents having relationships outside the family unit; this parenting method often passes as nuclear in the society. Hierarchical parenting consists of three or more main and co-parents where the division of labor and the role in children's life is not equal; in this case genetics do not tend to define which parent is main or not. Lastly, egalitarian parenting refers to three or more parents equally being involved in household and children's care. This parenting style deviates from the norm the most and goes through significant difficulties within the social structures.

Despite the different styles, one common point of polyamorous families is the negative attitudes towards them, namely marginalization, disapproval, stigmatization and prejudice. This situation becomes clearer in social and bureaucratic levels. Polyamorous families deprive legal, societal, economic and institutional rights; however, they are also afraid of being misunderstood, stigmatized and demonized which makes them reluctant for fighting for their rights in health care, education and legal protection. Due to the fear of not being accepted, polyamorous families often hide who they are and try to pass as traditional households (4,10,11). With the absence of clear definitions, one prominent feature of non-nuclear families becomes applicable: the role ambiguity. Non-nuclear families experience lack of boundaries and role clarity in their parenting and the absence of them comes from several bases (12). First, there are no well-established cultural scripts for non-biological parents in contrast to biological parents. Additionally the legal recognition is an issue which contributes to the ambiguity. Finally, social support system is often lacking in these family types since the norms tend to favor the nuclear structure. Given the situation, there are several legal shortcomings unique to polyamorous families. For instance, giving birth and primary care as well as parental leaves are centered on mononormative understanding. As non-biological partners are not recognized as parents, the polyamorous families have difficulties during these processes (13,14). On another example, the legal case from 1998 where a grandmother started a lawsuit for her grandkid due to her parents being in a polyamorous relationship brought fear for many families in similar living conditions (15). Further on, custody portrays even a bigger issue where the legal system prevents polyamorous families from reaching their full potential and forces them to live their lives in secret (11).

All things considered, there are different solutions or recommendations to ease the struggles of polyamorous families. One idea is to apply private contracts and business models to law systems to protect non-nuclear families' rights (15). Another idea is to unify various identity groups in fighting the inequities and the oppressive systems of relationship and families; this collective action would have the potential of overcoming social, political and legal struggles (16). Some others share the idea of improvements in the legal system by expanding the definitions of marriage and being a parent (17), while others question the entire existence of normative family understanding and makes a radical suggestion of abolishing the whole concept of marriage to minimize discrimination (18). All these different ideas are both supported and opposed in the literature. However, there is a consensus on one particular solution: enhancing the mental health-care through education and raising awareness for inclusivity (19). It is suggested for mental health-care workers to be more informed about polyamorous families and provide support in coming out process (20), about straining family and social ties (21) and about parenting issues (22). The last point can be tied to the children's well-being in polyamorous families. Most studies show that the children of polyamorous families tend to be more open-minded, transparent, communicative, honest and self-aware (11,22,23). However, these advantages does not guarantee the well-being of children. Lack of recognition on both social and legal levels appear to take its toll on polyamorous families; to overcome these issues access to adequate mental health-care services becomes essential.

AN EVALUATION FROM AN ETHICAL PERSPECTIVE

Evaluating different family styles, such as nuclear families, single-parent families, stepfamilies, and polyamorous families, from a bioethical perspective involves examining how these structures impact the

well-being of individuals (especially children), societal norms, and the allocation of healthcare and social resources. Such evaluations are essential for ensuring that all families, regardless of their structure, have equitable access to healthcare, legal protections, and social support systems. By drawing on interdisciplinary insights from bioethics, we can better navigate the ethical complexities posed by the evolving landscape of family life in modern understanding. From an ethical perspective, polyamorous families and parenting can present both challenges and opportunities. While these polyamorous family structures are not inherently better or worse than any other family formation, certain ethical concerns may arise depending on societal, familial, and individual contexts. Some of them are briefly summarized below (24-29):

1. Social Stigma and Discrimination

Polyamorous families often face significant social stigma, which can lead to discrimination in healthcare, education, and other social services. This stigma can exacerbate stress and mental health issues for both parents and children in these families, hence combating discrimination is crucial. Bioethics would support initiatives aimed at reducing stigma through education, promoting social acceptance, and ensuring that the families receive equitable treatment in all areas of public life. This aligns with the principles of justice and respect for persons.

2. Parental Rights and Legal Recognition

One of the primary bioethical concerns for polyamorous families is the lack of legal recognition for multiple parents. Current legal frameworks typically recognize only two parents, which can create significant challenges in areas such as medical decision-making, custody, and inheritance. From a bioethical standpoint, this raises questions about justice and equality. The lack of recognition can lead to discrimination, where non-recognized parents may be excluded from critical decisions about a child's healthcare or well-being. Bioethics would advocate for reforms that recognize the rights of all involved parents to ensure equitable treatment.

3. Access to Healthcare and Social Services

Due to legal and social biases, polyamorous families may encounter barriers in accessing healthcare and social services. For example, healthcare providers may not recognize multiple parents in medical decisions or fail to understand the dynamics of polyamorous relationships, leading to suboptimal care. Here, the need for healthcare systems to adapt to diverse family structures can be highlighted. This includes training for healthcare providers on the specific needs and dynamics of polyamorous families, ensuring that all members can participate in healthcare decisions, and advocating for policies that protect the rights of non-nuclear families.

4. Child Welfare and Emotional Well-being

The complexity of relationships within polyamorous families can potentially impact the emotional and psychological well-being of children. Children in these families might face confusion about parental roles, experience loyalty conflicts, or be exposed to societal stigma. The welfare of the child would be a primary concern from an ethical perspective. This includes ensuring that the child's environment is stable, nurturing, and free from harm. It is important to address how polyamorous families can provide supportive environments and resolve any gaps in resources or support systems that may affect the child's well-being.

5. Psychological Impacts on Adults

Polyamorous relationships may place unique psychological demands on adults, including managing multiple intimate relationships, coping with jealousy, and navigating complex emotional landscapes. These factors can lead to stress, anxiety, and other mental health challenges. The importance of mental health support for adults in polyamorous relationships can be reiterated here. This could involve advocating for greater access to counseling and therapy tailored to the needs of individuals and couples, ensuring that they have the resources to manage their relationships in healthy and sustainable ways. Ethical considerations would also include the importance of self-care and mutual support within these relationships.

6. Autonomy and Informed Consent

The principle of autonomy is central to bioethics, which includes respecting individuals' rights to make informed decisions about their lives and relationships. In polyamorous families, ensuring that all partners have equal say and that decisions about family structure and child-rearing are made consensually is critical. Clear communication, mutual respect, and informed consent within polyamorous relationships are all susceptible to evaluation in this perspective. It can also be explored how external pressures, such as societal stigma, might impact the autonomy of individuals in polyamorous families.

7. Privacy and Confidentiality

Maintaining privacy and confidentiality can be challenging in polyamorous families, especially in medical contexts. Multiple partners might need access to medical information, which can complicate the standard protocols of patient confidentiality. Bioethical considerations for this concern would include developing guidelines for how to manage confidentiality in situations where multiple partners may have legitimate interests in a family member's medical care. This might involve creating consent frameworks that clearly outline who has access to what information, ensuring that patient autonomy and privacy are respected while also considering the practicalities of polyamorous relationships.

8. Genetic and Reproductive Ethics

Polyamorous families may face complex decisions around genetics and reproduction, particularly when multiple partners are involved in childbearing decisions. Questions about parentage, genetic responsibilities, and the ethics of selective reproduction could arise. The implications of assisted reproductive technologies (ART) within polyamorous families, including sperm/egg donation, surrogacy, and genetic screening is quite open to bioethical evaluation. This would include ensuring that all parties involved have a clear understanding and agreement on genetic parentage and the responsibilities that come with it. The field would also consider the child's right to know their genetic origins and how these complex family structures may impact their sense of identity.

CONCLUSION

Polyamorous families, as part of the broader spectrum of ethical non-monogamy, comes with its own opportunities and concerns when evaluated from a bioethical perspective. While their number is increasing each day, these families still challenge the normative understanding, raising significant questions related to social stigma, legal recognition, and the well-being of children and adults within these families. The paper highlights the systemic barriers polyamorous families face, such as legal constraints, lack of recognition, and discrimination in healthcare and social services. These challenges often intensify the stress and mental health issues experienced by both parents and children. However, the potential for creating inclusive and supportive environments within polyamorous families, which foster open-mindedness, communication, and self-awareness, is also recognized. Bioethics, as an interdisciplinary field, offers valuable insights and recommendations for addressing these concerns, advocating for greater legal recognition, access to healthcare, and the reduction of societal stigma. Ultimately, ensuring the well-being of all family members, regardless of family structure, requires a commitment to justice, equality, and respect for diversity in family life.

BIBLIOGRAPHY

1. Sheff E. Polyamory is deviant—but not for the reasons you may think. *Deviant Behav*, 2020; 41 (7): 882-892.
2. Cartwright PC, Farnsworth V, Mobley V. Relationships with step-parents in the life stories of young adults of divorce. *Fam Matters*, 2009; (82): 30-37.
3. Zeleznikow L, Zeleznikow J. Supporting blended families to remain intact: A case study. *J Divorce Remarriage*, 2015; 56 (4): 317-335.

4. Pallotta-Chiarolli M, Haydon P, Hunter A. "These are our children": Polyamorous parenting. In: Goldberg AE, Allen KR, editors. *LGBT-parent families: Innovations in research and implications for practice*. New York: Springer; 2013. p. 117-131.
5. Ben-Ze'ev A, Brunning L. How complex is your love? The case of romantic compromises and polyamory. *J Theory Soc Behav*, 2017; 48 (1): 98-116.
6. Jiang HV. Different types of love in polyamory: Between primary and secondary [Honors Thesis]. Western University; 2017. p. 1-34.
7. Balzarini RN, Muise A. Beyond the dyad: A review of the novel insights gained from studying consensual non-monogamy. *Curr Sex Health Rep*, 2020; 12 (4): 398-404.
8. Cohen MT, Wilson K. Development of the consensual non-monogamy attitude scale (CNAS). *Sex Cult*, 2017; 21 (1): 1-14.
9. Schadler C. Ever more parents in polyamorous families: A new materialist typology of parenting practices and division of work. *Sex*, 2021; online first: 1-17.
10. Sheff E. Resilience in polyamorous families. In: Diamond LM, Hicks AM, Barker MJ, et al, editors. *Critical & experiential: Dimensions in gender and sexual diversity*. United Kingdom: Resonance Publications; 2016. p. 257-280.
11. Klesse C. Polyamorous parenting: Stigma, social regulation, and queer bonds of resistance. *Sociol Res Online*, 2019; 24 (4): 625-643.
12. Shapiro D. Stepparents and parenting stress: The roles of gender, marital quality, and views about gender roles. *Fam Process*, 2014; 53 (1): 97-108.
13. Arseneau E, Landry S, Darling EK. The polyamorous childbearing and birth experiences study (POLYBABES): A qualitative study of the health care experiences of polyamorous families during pregnancy and birth. *Can Med Assoc J*, 2019; 191 (41): 1120-1127.
14. Landry S, Arseneau E, Darling EK. "It's a little bit tricky": Results from the POLYamorous childbearing and birth experiences study (POLYBABES). *Arch Sex Behav*, 2021; 50: 1479-1490.
15. Black DM. Beyond child bride polygamy: Polyamory, unique familial constructions, and the law. *J Law Fam Stud*, 2006; 8 (2): 497-508.
16. Noël MJ. Progressive polyamory: Considering issues of diversity. *Sex*, 2006; 9 (5): 602-620.
17. Boyd J-PE. Polyamorous relationships and family law in Canada. Calgary (AB): Canadian Research Institute for Law and the Family; 2017. Report No: 1.
18. Fineman MA. *The neutered mother, the sexual family, and other twentieth century tragedies*. Routledge; 2014.
19. Jordan LS, Grogan C, Muruthi B, Bermúdez JM. Polyamory: Experiences of power from without, from within, and in between. *J Couple Relatsh Ther*, 2017; 16 (1): 1-19.
20. Williams DJ, Prior EE. Contemporary polyamory: A call for awareness and sensitivity in social work. *Soc Work*, 2015; 60 (3): 268-270.
21. Henrich R, Trawinski C. Social and therapeutic challenges facing polyamorous clients. *Sex Relatsh Ther*, 2016; 31 (3): 376-90.
22. Bevacqua J. Adding to the rainbow of diversity: Caring for children of polyamorous families. *J Pediatr Health Care*, 2018; 32 (5): 490-493.
23. Pallotta-Chiarolli M. Polyparents having children, raising children, schooling children. *Lesbian & Gay Psychology Review*, 2006; 7 (1): 48-53.
24. Roth A. (Queer) Family values and "reciprocal IVF": What difference does sexual identity make? *Kennedy Inst Ethics J*, 2017; 27 (3): 443-473.
25. Digoix M. *Same-Sex Families and Legal Recognition in Europe*. Switzerland: Springer; 2020. 178 p. (European Studies of Population).
26. Mackenzie SC, Wickins-Drazilova D, Wickins J. The ethics of fertility treatment for same-sex male couples: Considerations for a modern fertility clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2020; 244: 71-75.
27. Pralat R. More natural does not equal more normal: Lesbian, gay, and bisexual people's views about different pathways to parenthood. *J Fam Issues*, 2018; 39 (18): 4179-4203.
28. Strehovec T. Redefined family as a challenge for modern society and bioethics. *Fam Forum*, 2012; 2: 31-44.
29. Kadioglu TG. Attitudes towards non-nuclear families: Case on multi-parent households [Master's dissertation]. Leuven: KU Leuven, Faculty of Social Sciences; 2023.

Diş Hekimliğinde Yeni Bir Yasal Düzenleme: Muayenehanede İkinci Diş Hekiminin Çalışabilmesi

New Legal Regulation in Dentistry: The Second Dentist in the Practice

Süleyman DİLEK^a

Özet

Bu çalışmada Türk Dişhekimleri Birliği'nin (TDB) de 2018 yılından bu yana destekleyerek takipçisi olduğu ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne (TBMM) 05.02.2024 tarih ve 23 sayılı Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nca görüşe sunulan 1 Mart 2024 tarihinde de yürürlüğe giren 7496 sayılı "Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile diş hekimi muayenehanesinde, bir diş hekiminin daha çalışmasına izin veren yasa değişikliği incelenmiştir. Ülkemiz diş hekimliği pratiğinde yeni bir istihdam çeşidini karşımıza çıkaran bu yasa değişikliğinin mecliste görüşülmesi, kabul edilmesine kadar geçen süreç değerlendirilmiş olup çoklu çalışabilme pratiğine sahip ve yasa ile izin verilmiş olan diğer sağlık profesyonellerinin (tabip, veteriner hekim, eczacı gibi) muayenehanelerde, eczanelerde ve sağlık kabinlerinde gerçekleştirilen istihdamlarla karşılaştırılmıştır. Bu yeni çalışma çeşidi ile diş hekimlerinin muayenehanede, hastaları ve meslektaşları ile yaşayabileceği öngörülen olumlu ve olumsuz durumlar, diş hekimliği meslek etiği kuralları, meslektaş ilişkileri ve sorumlulukları üzerinden irdelenmiştir. Her ne kadar hastane, merkez ve poliklinik çatısı altında diş hekimleri birbiriyle ast-üst, işveren-işçi olmuş olsalar dahi muayenehane pratiğinde bu ilk kez olacaktır ve önemlidir. Önemi diş hekimlerinin bugüne kadar süregelen muayenehane pratiğinin özelliğinden almaktadır. Ülkemizde muayenehane sahipliği ile diş hekimliği yapmak genellikle hekimlerin tıbbi karar verme ve uygulama özerkliği ihtiyacının ön planda yer alması sonucu oluştuğu düşünülebilir. İkinci diş hekimi olarak çalışacak-çalıştırılacak olan hekimin özerkliği ise değişen yasa ile muayenehane sahibi hekim ile aynı mekanı paylaşacak olmaları sebebiyle meslektaş ilişkileri bağlamında düşünülesi önemli bir durum haline gelmiştir. Sonuç olarak diş hekimliği muayenehanesinde bir diş hekiminin daha çalışmasına-çalıştırılmasına izin veren bu yasa maddesini geliştirecek ve olası sorunları önleyecek birtakım mevzuat düzenlemelerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dişhekimliği; muayenehane; meslek etiği; yasa incelemesi.

Abstract

In this study, the amendment to the law allowing one more dentist to work in the dentist's practice with the "Law on Amendments to Certain Health-Related Laws and Decree Law No. 663" numbered 7496, which was submitted to the Grand National Assembly of Turkey (TBMM) for opinion by the Health, Family, Labour and Social Affairs Commission dated 05.02.2024 and numbered 23 and entered into force on 1 March 2024, which the Turkish Dental Association (TDB) has been supporting and following since 2018, is examined. The process until this amendment, which introduces a new type of employment in the practice of dentistry in our country, was discussed and accepted by the parliament was evaluated and compared with the employment of other health professionals (such as physicians, veterinarians, pharmacists, etc.) who have multiple working practices and are permitted by law to work in their offices, pharmacies and health cabins. Thus, with this new type of work, it is aimed to examine the positive and negative situations that may occur between dentists in the practice, their patients and colleagues through the rules of professional ethics of dentistry, collegial relations and responsibilities. Although under the roof of hospitals, centres and polyclinics, dentists have been subordinate-superior, employer-employee with each other, this will be the first time in the practice of dentistry and it is important. It derives its importance from the peculiarity of the practice of dentists that has been going on until today. In our country, the practice of dentistry with practice ownership can be considered as a result of the need for autonomy in medical decision-making and practice. The autonomy of the physician who will work as a second dentist has become an important situation to be considered in the context of collegial relations since they will share the same space with the dentist who owns the practice with the amended law. As a result, there is a need for some legislative arrangements that will improve this article of law that allows another dentist to work in the dental practice and prevent possible problems.

Keywords: Dentistry; practice; professional ethics; law review.

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

Gönderim Tarihi: 14 Mayıs 2024. Kabul Tarihi: 29 Haziran 2024

GİRİŞ

Ülkemizde diş hekimlerinin serbest meslek icrasına dair yasal düzenlemeler; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 3224 sayılı TDB Kanunu, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile TDB ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği ile kurala bağlanmıştır (1-4).

Resmi Gazetede 1 Mart 2024 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un” öncesinde muayenehanede sadece ruhsat sahibi bir diş hekimi çalışabilmekteydi. Yasa değişikliği sonrasında Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te yapılan değişiklikle ruhsat sahibi diş hekimleri muayenehanelerinde bir başka diş hekimini daha çalıştırabilecektir (3,5). Bu çalışmanın konusu olan yasanın maddesi “MADDE 1- 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 43 üncü maddesinin birinci fıkrasında yer alan “tabibi veya dişçinin” ibaresi “tabibinin” şeklinde değiştirilmiş ve maddeye aşağıdaki fıkralar eklenmiştir. ‘Mesleğini serbest olarak icra eden diş tabipleri, ağız ve diş sağlığı muayenehanelerinde diş tabibi istihdam edebilir. İstihdam edilebilecek diş tabibi sayısı birden fazla olamaz.’ şeklinde değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığının yayımladığı Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği “MADDE 18- 8) Gerekli görülmesi halinde, çalışma belgesi düzenlenmek kaydıyla muayenehanede (Mülga ibare: RG-5/3/2024-32480) sağlık meslek mensubu çalıştırılabilir.” ifadesiyle de yürürlüğe girmiştir (3,5).

Diş hekimlerinin yasa teklifi öncesinde özel muayenehane pratiğine benzer ve yürürlükte olan çoklu meslek icrası sadece müşterek muayenehane olup Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'te tanımlanmıştır (3). Müşterek muayenehane ve tek hekim muayenehanesi pratikleri arasında birtakım önemli farklar bulunmaktadır. Bunlardan biri diş hekimlerinin ayrı muayene odalarının olma zorunluluğu bir diğeri ise diş hekimlerine ayrı ruhsat düzenlenmesidir. Yani her iki hekim bir müştemilatta çalışmakla birlikte iki ayrı muayenehane gibi tıbbi ve idari sorumluluklara tabiidir. Muayenehane ise sadece bir hekim için hazırlanmış olan şartları ve sorumlulukları taşımaktadır. Ruhsatı, vergi levhası, personel çalışma belgesi ve tüm sözleşme metinleri tek bir hekime yani ruhsat sahibine ait özel bir işletme türü olup tüm sorumlulukta o hekime aittir (3).

Diş hekiminin muayenehane dışında çoklu çalışmalarında ise (poliklinik, merkez, hastane) yer alan önemli fark, tüm tıbbi ve idari süreçlerden sorumlu bir mesul müdür bulunmasıdır. Böyle çalışma ortamlarında hekimin alacağı tıbbi kararların veya sorumluluğun paylaşılması olasıdır. Hasta yararı ile kurum çıkarları çatışması yaşanan durumlar için hekim kendi başına karar vermelidir ancak bu gibi çalışma şekillerinde kimi zaman diğer hekimlerin müdahalesi gerçekleşebilir. Oysaki muayenehane koşullarında çalışan diş hekimleri uygulamalarından bizzat kendileri sorumludurlar. Muayenehane pratiği yalnızca hekim ve hasta arasında kendine has birtakım dinamiklerle icra edilen özellikli bir sağlık hizmet sunumudur. Teşhis, bilgilendirme, tedavi ve uygulama ile karar verme süreçlerinde şartlar hasta yararı gözetilecek şekilde hekim hasta arasında başka hiçbir unsur olmaksızın o vakaya özgü bir şekildedir. Hekim çalışma ortamında oluşabilecek çıkar çatışmalarından etkilenmeyerek, hasta yararını önceleyen bir karar vermelidir. Bu sebeple bir ruhsat sahipliğinde ikinci diş hekimi olarak çalışan hekimin karşılaşacağı sorunların bazılarında karar verme özgünlüğünün çalışma koşulları ile ilişkili olarak zayıflayacağı veya diğer hekim tarafından müdahaleye açık olduğu unutulmamalıdır.

Ülkemizde diğer sağlık profesyonelleri üzerinden konunun incelenmesi bu yasa değişikliğinin değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda tabiplerin tek ruhsat altında çoklu çalışmalarına dair yasal hakları bulunmamaktadır (6). Ebe, hemşire ve sağlık memurlarının ise eşit ve ortak sorumlulukla çoklu çalışabilmelerine olanak sağlanmıştır (7). Veteriner hekimlerin bir ruhsat altında üç kişinin çalışmasını mümkün kılan detaylıca hazırlanmış mevzuatları bulunmaktadır (8). Türk Veteriner Hekimleri Birliği internet sitesinde “Hayvan Hastanelerinde, Veteriner Muayenehane ve Polikliniklerinde

Çalışan (Sorumlu Yönetici) Veteriner Hekimlerin Hizmet Sözleşmesi” gibi başlıklara sahip 29 adet farklı sözleşme türü yayımlanmaktadır (9,10). Eczacılar ise ruhsatlı bir eczanede çoklu çalışma, yasal zemin üzerinde “İkinci” ve “Yardımcı Eczacı” şeklinde tanımlamalar eşliğinde detaylıca hazırlanmış ve belli kurallara bağlanmıştır (11). Eczacılar ilgili mevzuatlar sadece onların istihdam şeklini ve şartlarını açıklamakla kalmamış ayrıca veteriner hekimlerde olduğu gibi ücretlendirme, istihdam edilecek olanların koşulları ile sorumluluklar da açıklanmıştır.

Yasal zeminlerinden anlaşılacağı üzere bu istihdam şekilleri aynı ruhsat altında meslektaşların bir arada çalışabilmesine olanak sağlarken, deneyim kazanma, iş yoğunluğu ve sorumlulukların tanımlanması gibi birtakım zaruretlerin ortaya çıkması ile düzenlenmiş olup bunların karşılanmasının amaçlandığı görülmektedir. Diş hekimlerine düzenlenen yasa ise bir cümle üzerinden hazırlanmış olup muayenehanede başka diş hekimin istihdam edilebileceği şeklindedir. Dolayısıyla bu yasa ile ortaya çıkması muhtemel hekimin özerkliği, meslektaş ilişkileri gibi birçok durum değerlendirilmeli ve yasal zemin hızlıca geliştirilmelidir.

YASANIN HAZIRLANMA SÜRECİ

Bu çalışmada yasa değişikliğinin TBMM’nde hazırlanma süreci ve vekillerin görüşleri ile TDB’nin bu yasaya nasıl bir tutum sergilediği üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Bu sebeple yasanın komisyona teklifi, oluşturulan rapor ve mecliste yapılan görüşmeler ile TDB’nin duyuruları internet siteleri üzerinden temin edilmiş ve irdelenmiştir.

Yasa 05.02.2024 tarih ve 23 sayılı Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyon raporu ile meclise sunulmuştur. Bu raporun hazırlanmasında ilk imza sahibi üç milletvekili de tıp doktorudur. Meclise sunulan yasa maddesinin özelinde teklif gerekçesinde diş hekimliği hizmetlerindeki kayıt dışılık, yeni mezunların istihdamı ile intibakları, mesleki deneyim ve bilgisinin artırılmasının amaçlandığına vurgu yapılmaktadır (12). Bu açıklama özelinde diş hekimlerinin eğitim durumu ve mezuniyet sonrası istihdam şekillerinde karşılaşılan sorunlara değinilmiş bu yasal düzenleme ile bunların ortadan kaldırılacağı öne sürülmüştür. Oysa ülkemizde son dönemde fakülte kontenjan sayılarının artışı ve dolayısıyla yeni mezun diş hekimisi sayısının da artmasıyla onların intibak, deneyim ve bilgi artırılması ihtiyacının olup olmadığı, beraberinde çözümün bu şekilde karşılanacağı konusu oldukça şüphelidir.

Yasanın teklif gerekçesi ile komisyon görüşmelerinde diş hekimisi istihdamı dikkat çekmektedir. Bu gerekçe hangi diş hekimisi bağlamında istihdamı ön plana çıkarmaktadır? Eğer istihdam edilecek olan diş hekiminin yararı gözetilmiş ise özlük haklarına dair durumun hem kanun maddesinde hem de yönetmelikte daha net olarak ortaya konması gerektiği düşünülebilir. Kaldı ki istihdam edilecek olan diş hekiminin ücret meselesinde konunun komisyonca detay görülmesi ve müdahil olunmasının doğru olmayacağı belirtilmektedir (12-13). Bu sebeple de ikinci diş hekimisi olarak çalışacak olanlara ne kadar ücret verileceği, işveren ve iş alan diş hekimisi arasında bir belirsizliğe dönüşebilecektir.

Yasa teklifine bazı milletvekilleri muayenehane ve tek hekim çalışması unsurları ile ikinci diş hekimisi olarak çalışacakların özlük haklarına dair düşünce, görüş ve önerilerini sunmuşlardır (13). Ayrıca diş hekimliği pratiğinin geliştirilmesine değinilmiş olup muayenehanelerde ikinci bir diş hekiminin çalışabiliyor olması uygulama bağlamında aslında hekimlik pratiğinin gelişmesinden çok genişlemesi olarak değerlendirilebilir. Öte yandan çok sayıda diş hekimisi istihdamı doğrudan hekimlik uygulamalarının gelişmesi yerine toplumun ihtiyaç duyan kesimi için onlara daha ulaşılabilir olması anlamına gelebilecektir.

Yukarıda izahatlarının yapıldığı üzere komisyonca gerekçelendirilen ve meclise sunulan yasa değişikliğinin, diş hekimlerini ilgilendiren ilk maddesine; milletvekilleri değerlendirmelerinde kısmi itirazda bulunmuş ve diş hekimleri ile toplum ağız ve diş sağlığının başka sorunlarına değinmiş olsalar dahi teklife olumlu bakmışlar ve yasalastırmışlardır.

Ülkemiz diş hekimliğinin temsili olan meslek örgütü TDB ise internet sitesinden yapılan duyurularda, yasa değişikliğinin muayenehanede bir başka diş hekiminin daha çalışabilmesine 2018'den bu yana taleplerinin olduğu, muayenehanede dişhekimisi istihdam edilebilmesine olanak sağlayan yasanın hazırlık sürecinde TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda TDB'yi temsilen Merkez Yönetim Kurulu üyelerinden katılım ile içinde bulunulduğu belirtilmektedir (14). Bu yasa değişikliği ile ülkemiz dişhekimliği eğitiminde insan gücü planlaması yapılmadan açılan fakülteler ve belirlenen kontenjanlarla ihtiyacın çok üstünde dişhekimisi yetiştirilmesinin yarattığı açık ve gizli işsizlik sorununun çok daha kapsamlı ve radikal değişiklikleri gerektirdiği öte yandan muayenehanede dişhekimisi istihdamıyla daha etkin faaliyet göstereceği ve dişhekimlerinin çalışma alanlarına bir sağlık kuruluşu daha eklenmiş olacağı da ifade edilmiştir (15). TDB ayrıca yasa değişikliğiyle ilgili üyelerine sadece bir diş hekimisi çalıştırılabileceği, oda kayıt belgesi zorunluluğu gibi bilgilendirme de yayımlamıştır (16-20).

Duyurularından anlaşıldığı üzere TDB muayenehanede ağız ve diş sağlığı sunumunu oldukça önemsemektedir. Bu yasa ile TDB, uzun bir süredir muayenehane pratiğiyle hizmet vermekte olan diş hekimlerine ve henüz mesleğe adım atmışlara yeni bir istihdam türü oluşacağını böylece muayenehanelerin etkinliğinin artacağını belirtmektedir. Bu duyurularda dikkat çeken bir husus “muayenehanelerde diş hekimisi çalıştırılabileceği” dir. Dikkat çekici husus mesleki eşitlik ilkesinin, bir diş hekiminin diğerini çalıştırabilmesi-istihdam edebilmesi gibi bir söylemin ön planı çıkartılarak bozulma olasılığını dile getirmesidir.

Yasanın oluşum süreçlerinde, ikinci diş hekiminin değil muayenehanenin ruhsat sahibi diş hekimini merkeze alan ve sadece ikinci diş hekiminin çalıştırılmasına izin verilmesi üzerinden değerlendirilen bir tutum olduğu gözlenmektedir. Bu tutumun ortaya çıkaracağı istenmeyen ve olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi şüphesiz iki hekim arasındaki meslektaş ilişkisidir. Bu ilişkinin nasıl olması gerektiğine dair Hipokrat andı ve Diş Hekimliği Mezuniyet Andı gibi referans metinler incelendiğinde eşitlik ve kardeşlik ilişkisine atıfta buldukları görülebilir (21-23). Ülkemizde hekimlik özelinde meslektaş arası ilişkiyi düzenleyen bir diğer önemli metin Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi' dir ve bu metinde de meslektaşların birbirleriyle olan ilişkisinin önemine, karşılıklı yardıma ve saygıya atıfta bulunduğu görülmektedir (24). Meslektaşlar arası ilişkinin nasıl olması gerektiğine dair ülkemiz diş hekimliği camiasında “TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları” metni ise mesleki ilişki sınırlarını iyimser ve eşit bir yaklaşımla çizmiştir (25). Meslektaşlar arası ilişkiyi anlatan tüm bu metinlerde kardeşlik, eşitlik ve karşılıklı iyi niyet dikkat çekmektedir. Yürürlüğe giren yasa değişikliğinin ise hem teklif gerekçesinde “mesleğini serbest olarak icra eden diş tabiplerinin ağız ve diş sağlığı muayenehanelerinde diş tabibi olarak çalıştırılabilmesi...” hem de yasalaşan maddesinde “ (Ek ikinci fıkra:21/2/2024-7496/1 md.) Mesleğini serbest olarak icra eden diş tabipleri, ağız ve diş sağlığı muayenehanelerinde diş tabibi istihdam edebilir.” meslektaş arası ilişki değişip eşitlik durumundan sapma göstererek daha çok istihdam eden ve edilene dönüşmektedir (5,12,13).

TDB her yıl istihdam edilecek olan sözleşmeli diş hekimlerine dair ücretlendirme miktarını yayımlamaktadır (26). Bu yasa ile oluşan çalışma şekline, meslektaş ilişkisine, ikinci diş hekimlerinin özlük haklarına dair ise “Muayenehanelerde Dişhekimisi Yanında Çalışacak Dişhekimisi için Örnek Sözleşme” yayımlamıştır (27). Bu sözleşmede muayenehanenin sahibi “Ruhsat Sahibi Dişhekimisi”, ikinci diş hekimisi ise “Çalışan Dişhekimisi” olarak anılmıştır.

Ayrıca ücret, prim, yol ve yemek kısımları boş bırakılmış olmakla birlikte “Tarafların Hak ve Yükümlülükleri” başlığı altında, çalışan diş hekiminin, başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı sorunlarının saptanması, tedavi edilmesi ve koruyucu dişhekimliği kapsamında yapılması gereken tıbbi hizmetleri dikkat ve özen yükümlülüğü, meslek etiği ile güncel tıbbi kurallara uygun şekilde ve tam bir mesleki bağımsızlık içinde yerine getirmesi gerektiği, hastanın tedavisinin olağandışı uzaması, tedavi şartlarının değişmesi ve diğer nedenlerle ortaya çıkabilecek maddi ve tıbbi anlaşmazlıkları derhal ruhsat sahibi diş hekimine bildirmekle, mesleki etik kuralların yanı sıra sır saklama ve kişisel verilerin korunması ile ilgili kural ve yasalara uymakla yükümlü olduğuna dair hususlar yer almaktadır (27).

TDB'nin “Örnek Sözleşme” olarak yayımladığı sözleşme genel itibariyle İş Kanunu'ndaki herhangi bir iş alanında karşılıklı tarafların uymakla yükümlü olduğu hususların sıralandığı tarzda bir sözleşme olup mesleki hususlara çok az nitelikte yer verilmiştir. Bu sözleşme mesleki etik değerler bağlamında eşit diş hekimlerinin meslektaş ilişkisinden çok, işveren ve iş alan iki tarafın anlaşmaya varmasına rehberlik edecek niteliktedir. Mesleki pratikte ortaya çıkabilecek tıbbi hatalı uygulama ve kusurlu davranış gibi önemli bazı konularda ise meslek etik kurallarını işaret etmiş ancak detaylı bir rehberlik sunulmamıştır.

Bu bölümde izahatı yapıldığı üzere değişikliğe sunulan yasa ile bir muayenehanede bir başka diş hekimin çalışmasına yasal imkan sağlanmış ancak oluşan yeni çalışma durumunun mesleki etik çerçevesinde olası sonuçları ise TBMM ve TDB tarafından irdelenmemiştir.

DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

Bu yasa değişikliği ile uygulamada karşılaşılabilecek önemli bir konu hekimin tıbbi süreçlerdeki özerkliği olgusudur. Ülkemizde her ne kadar hastane, merkez ve poliklinik çatısı altında olup diş hekimlerinin birbiriyle ilişkileri bağlamında ast-üst, işveren-işçi pozisyonları olmuş olsa dahi yasal anlamda diş hekimliği muayenehanesi pratiğinde bu ilk kez olacaktır ve önemlidir. Önemi ise diş hekimlerinin bugüne kadar süregelen muayenehane pratiğinden almaktadır. Ülkemizde muayenehane sahipliği daha çok hekimin tıbbi karar verme ve uygulama özerkliği ihtiyacı ile doğan bir sonuç olmuştur. Hekimin kendi değerlerinden yola çıkarak hastası ve uygulayacağı tedavi şekillerine dair karar verme süreçlerinin bağımsız olması gerekmektedir (28). Bunu ihtiyaç görmüş ve kendi muayenehanesinde çalışmakta olan diş hekiminin “bir başka diş hekimini ücret karşılığında çalıştırdığında” onun bu özerkliğine bizatihi kendisinin müdahale edip etmeyeceği ise düşünülesi bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Muayenehanede ruhsat sahibi diş hekimini tercih etmiş ancak çeşitli sebeplerle ikinci diş hekimince tedavi edilmekte olan hasta ile ilgili mesleki bir sorunla karşılaşıldığında karar verme süreci etkilenebilecektir. Çünkü bu karar alınırken hastanın ilişkide olduğu bir başka diş hekimi de oradadır. Üstelik bu diş hekimi diğer hekimin maaşını vermekte ve geçimini sağlamaktadır. Bir süre zarfında muhtemel kendi hastasının tedavilerinin de bir kısmını ikinci olarak çalışan diğer hekime devredecek veya uygulama tedavileri de paylaşılacaktır. Bu şekilde yapılan çalışmalarda hastanın tıbbi sorumluluğu, aydınlatılması ve onamı ile mahremiyeti, kişisel sağlık verileri gibi durumları ile hekimlerin tıbbi uygulama hatası ve malpraktis konularında hangi hekimin nasıl sorumluluk alması gerektiği sorunu ise karşımıza gelecektir.

Mesleki ilişki özelinde ise dişhekimi, başka bir meslektaşının hatalı mesleki uygulamalar sürdürdüğüne ya da etik açıdan yanlış davrandığına tanık olması halinde öncelikle onu uymalı, eğer sonuç alamaz ise durumu ilgili dişhekimleri odasına yazılı olarak bildirmelidir (25). Bu ifade TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları içerisinde meslektaş ilişkilerinde değinilmiş olan önemli bir konudur. Diş hekimi çalıştığı muayenehanede bildirim gereken benzer bir durumun ifşası ile karşı karşıya kaldığı durumlarda nasıl hareket etmesi gerektiği konusunda muhtemelen bir çelişki yaşayacaktır. Hayatını geçindirmek için çalıştığı yerde işverenin ifşası kolayca değerlendirebileceği bir durum olmayacaktır.

Öte yandan ilgili yasa değişikliğinin istihdam konusunda azımsanamayacak derecede olumlu etkilerinin olacağı unutulmamalıdır. TDB'nin 2022 yılı Kasım ayında yayımlanmış olduğu "Dişhekimliğinde İnsan Gücü Planlaması" raporunda 2003 yılında ülkemizde bulunan diş hekimliği fakülteleri öğrenci kontenjanının 2022 yılında on kat arttığı ve 2028 yılında aktif çalışan diş hekimi sayısının ise 100 bin olacağı varsayılmakta olup diş hekimliğini ciddi bir istihdam sorunu beklediği ifade edilmektedir (29). Türkiye'de günümüz itibarıyla kaç diş hekimi muayenehanesi olduğuna dair veriye bu çalışmada ulaşılamamıştır. Ancak TDB'nin 2017 yılında internet sitesi üzerinden yayımladığı "Dişhekimliği Günü ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası" başlıklı kutlama mesajında "...Türk Dişhekimleri Birliği'nin (TDB) verilerine göre ülkemizde Temmuz 2016 itibarı ile 10.775 özel dişhekimliği muayenehanesi bulunmaktadır." açıklamasıyla muayenehanede ikinci bir diş hekiminin daha çalışmasının istihdama katkısı olacağı anlaşılmaktadır (30).

Çalışmakta olan diş hekimi muayenehanelerinin hali hazırda ağız ve diş sağlığı hizmeti sunuyor olmaları, yardımcı personel ve donanım ihtiyaçları olmaması, özellikle buraları tercih eden hastaların olması, günümüzde diş hekimliği uygulamalarının çok çeşitli ve hassas çalışma gerektirmesi ve uzun süreler alması, hastaların estetik beklentilerinin yükselmesi gibi nedenler bir hekiminin daha çalışmasına dair bir başka olumlu sonucu şeklinde düşünülebilir.

Ayrıca yasa maddesiyle uzun süredir mesleğini layığıyla icra etmiş ve yaş almalarından dolayı çok hasta bakamayan ancak tecrübeli hekimlerin çalışma yükünü hafifletebileceği de göz ardı edilmemelidir. Bunun yanında birtakım rahatsızlıklara yakalanan, engellilik yaşayan veya mesleki yükünü azaltmak isteyen hekimler için olumlu sonuç olarak değerlendirilebilir.

Muayenehanelerde ikinci diş hekimi olarak çalışacak olan hekimlerin yeni mezun olmaları durumunda tecrübeli ve muayenehane yönetimi ile pratiğini uzun süredir icra eden bir başka diş hekimi ile çalışması onlar açısından önemli bir kazanım da olabilecektir. Bu durumda sadece mesleki beceri değil beraberinde aktif uygulama alanında diş hekimliğindeki mesleki profesyonelliğin de gelişeceği düşünülebilir.

Sonuç olarak; bu yasa değişikliği komisyon çalışmaları, milletvekilleri görüşleri ve TDB nezdinde itiraz görmemiş, uygun görülmüş ve yasalaşmıştır. Bununla birlikte muayenehane şartlarında birlikte çalışacak olan diş hekimleri arasında meslektaş ilişkilerini ve sunulacak olan sağlık hizmetinde sorumluluk konularını kritik bir aşamaya getireceği düşünülmektedir. Bu yasa değişikliği ile bir diş hekimi muayenehanesinde bir başka diş hekiminin de çalışmasının-çalıştırılmasının önü açılmış ancak icra edildiği andan itibaren mesleki birçok konuda yasal bazı düzenlemelerin hazırlanması gerektiği de göz ardı edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. TBMM. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 1928.
Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>). Erişim Tarihi:19.03.2024.
2. TBMM. Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu. 1985.
Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>).Erişim Tarihi:19.03.2024.
3. Sağlık Bakanlığı. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. 2022.
Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39749&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>).
Erişim Tarihi:19.03.2024.
4. Türk Dişhekimleri Birliği. Türk Dişhekimleri Birliği ve Dişhekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği. 1991. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8106&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>). Erişim Tarihi:19.03.2024.
5. TBMM. Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim: (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/03/20240301-1.htm>). Erişim Tarihi:19.03.2024.
6. Sağlık Bakanlığı. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. 2008.
Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=11969&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>).Erişim Tarihi:20.03.2024.

7. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Kabinleri Hakkında 2023/07 Sayılı Genelge. 2023.
Erişim:(https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46434/0/saglik-kabinlerihakkindagenelgepdf.pdf?_tag1=D56FC99E7AF1F97C201BFFF2581894CF709B8A71). Erişim Tarihi:20.03.2024.
8. Tarım ve Orman Bakanlığı. Veteriner Hekim Muayenehane ve Poliklinik Yönetmeliği. 2011.
Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15393&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>).
Erişim Tarihi:20.03.2024.
9. Türk Veteriner Hekimleri Birliği. Kamu Dışında Görev Alan Veteriner Hekimlerin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ. 2015 Erişim: (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150713-9.htm>).
Erişim Tarihi:20.03.2024.
10. Türk Veteriner Hekimleri Birliği. Veteriner Hekimlik Sözleşmeleri. 2024.
Erişim: (<https://tvhb.org.tr/sozlesmeler-2/>). Erişim Tarihi:20.03.2024.
11. Sağlık Bakanlığı. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik. 2014.
Erişim:(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19569&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>).
Erişim Tarihi:20.03.2024.
12. TBMM. Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi. Erişim:(<https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D28/Y2/T2/WebOnergeMetni/a800f6e6-a902-4e8b-9701-07e4bffe0c65.pdf>). Erişim Tarihi:19.03.2024.
13. TBMM Sağlık, Aile Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu. Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi (2/1980) Raporu.
Erişim: (<https://cdn.tbmm.gov.tr/KKBSPublicFile/D28/Y2/T2/DosyaKomisyonRaporunuVerdi/9547fed9-6917-4a0d-847d-15b238b0a464.pdf>). Erişim Tarihi:19.03.2024.
14. Türk Dişhekimleri Birliği. Muayenehanede Dişhekimi İstihdam Edilebilmesine Olanak Sağlayan Düzenleme Komisyonunda Kabul Edildi. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4464). Erişim Tarihi:19.03.2024.
15. Türk Dişhekimleri Birliği. Muayenehanede Dişhekimi İstihdamına da İzin Veren Kanun Teklifi Meclis'e Sunuldu. 2024. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4461). Erişim Tarihi:19.03.2024.
16. Türk Dişhekimleri Birliği. Muayenehanede Dişhekimi İstihdamına da İzin Veren Kanun Maddesi TBMM Genel Kurulunda Kabul Edildi. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4469). Erişim Tarihi:19.03.2024.
17. Türk Dişhekimleri Birliği. Yine Bir Torba Yasa Kabul Edildi. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4472).
Erişim Tarihi:19.03.2024.
18. Türk Dişhekimleri Birliği. Torba Yasa Yürürlüğe Girdi. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4477).
Erişim Tarihi:19.03.2024.
19. Türk Dişhekimleri Birliği. Yönetmelik'te Değişenler Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4479).
Erişim Tarihi:19.03.2024.
20. Türk Dişhekimleri Birliği. Yönetmelik'te Değişenler (2)*. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4483).
Erişim Tarihi:19.03.2024.
21. Altuner İ. Hipokrat Yemini. İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. J Soc Sci. 2015;(7):1-7.
Erişim: (<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2154072>). Erişim Tarihi:20.03.2024.
22. İlgili Ö, Şahinoğlu S, Aciduman A, Tuzcu K, Şems Ş. (2016). İslam Dünyasında Hekim Andı Uygulaması ve Hipokrat Andı'nın İzleri (İslam Dünyasında Hekim Andı). Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 6(3), 137-149.
23. Uzel İ, Diş Hekimliği Andı. 2022. Erişim: (https://dentistry.cu.edu.tr/storage/ogrenci_isleri/2021-2022/YeminToreni2022.pdf). Erişim Tarihi:20.03.2024.
24. Sağlık Bakanlığı. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. 1960.
Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>). Erişim Tarihi:20.03.2024.
25. Türk Dişhekimleri Birliği. TDB Dişhekimliği Meslek Etiği Kuralları. 2018.
Erişim: https://www.tdb.org.tr/mevzuat_goster.php?Id=210. Erişim Tarihi:20.03.2024.
26. Türk Dişhekimleri Birliği. 2024 Yılı Sözleşmeli Çalışan Dişhekimlerinin Ücretleri. 2024.
Erişim: (https://www.tdb.org.tr/sag_menu_oda_goster.php?Id=147). Erişim Tarihi:20.03.2024.
27. Türk Dişhekimleri Birliği. Muayenehaneler ve Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Ücretli Çalışan Dişhekimleri İçin Örnek Sözleşmeler Yayınlandı. Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=4526). Erişim Tarihi:11.06.2024.
28. Oğuz NY, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kuçur D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2005.
29. Türk Dişhekimleri Birliği. Dişhekimliğinde İnsan Gücü Planlaması Raporu. 2022.
Erişim: (https://tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/Dishekimliginde_Insangucu_Planlamasi.pdf).Erişim Tarihi:20.03.2024.
30. Türk Dişhekimleri Birliği. Dişhekimliği Günü ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası. 2017.
Erişim: (https://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2819). Erişim Tarihi:20.03.2024.

Klinik Stajlarda Gözlemlenen “Kötü Haber Verme” Vakaları: Öğrenci Deneyimi

The Cases of "Delivering Bad News" that Observed on Clinical Internships: Student's Experience

Sibel CEVAHİR^a

Özet

Tıp eğitimi öğrencilerini kliniğe hazırlamayı amaçlar. Dolayısıyla tıp eğitiminin bir parçası olan etik ilkelere uygun klinik karar verme becerisinin kazanılmasında klinik deneyimler ve rol modelleri gözlemlenmenin önemi tartışılmaz. Bu makalede bir tıp öğrencisinin klinik stajlarda kötü haber verme sürecine ilişkin gözlemleri ve düşünceleri aktarılmıştır. Bu amaçla dört vaka üzerinden yapılan gözlemler ve oluşturulan sorular sunulmuştur. Ardından bu soruları oluşturan nedenlere ilişkin bir durum değerlendirmesi yapılarak vakalar kötü haber verme sürecinin etik gerekçeleri çerçevesinde tartışılmıştır. Son olarak klinik etik eğitimine ilişkin öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karar verme; klinik staj; kötü haber verme; tıp eğitimi.

Abstract

Medical education aims to prepare students for the profession. The importance of clinical experiences and observing role models in cultivating clinical-ethical decision-making skills is undeniable. This article explores a medical student's observations and reflections on the process of delivering bad news during clinical internships. Observations and questions arising from four specific cases are presented, followed by an analysis identifying the factors that prompted these questions. The cases are then discussed within the ethical framework of delivering bad news. Finally, recommendations for clinical ethics education are provided.

Keywords: Clinical internships; decision-making; delivering bad news; medical education.

GİRİŞ

Tıp fakülteleri; öğrencilerini hayattaki en zor kararları vermeye hazırlamaktadır (1). “Tıp eğitimi; hekimlerin mesleki ve etik açıdan en üst düzeyde uygulamalara yönelmelerini sağlayacak yeterlilikleri, becerileri ve yetenekleri edinmelerini hedeflemektedir” (2). Tıp fakültelerinde; toplumun iyiliğini, bireyin kararlarını, adaleti yani birçok başka faktörü göz önüne alarak karar vermek öğretilmektedir. Tıp bilimi; tıbbi endikasyonların yanı sıra sosyal endikasyonları, etik ilkelere uygun kararlar almayı, insanı bütün olarak ele alıp o bütüne her yönüyle sağlık hizmeti sunmayı kapsamaktadır.

Tıp eğitimi, tıp fakültesi eğitimiyle başlayan ve hekimin aktif mesleki yaşamdan çekilmesine kadar devam eden dinamik bir süreç olarak tanımlanabilir. Tıp Eğitimi Üzerine Dünya Tıp Birliği (DTB) Tutum Belgesi'nde klinik eğitiminin sağlık sisteminin tüm basamaklarında, her tür tedavi kurumunda ve tanımlı hedeflere sahip çıraklık modelinde bir eğitim olması gerektiği ifade edilmiş; bu şekilde kazanılacak deneyimler ve eğitimin, tıp öğrencilerinin pratiğe hazırlanması açısından önemi vurgulanmıştır (2). Kısacası klinik deneyim ve gözlemlerin tıp eğitiminde yadsınamaz bir yeri mevcuttur. Klinik eğitimde bireyler yalnız tıbbi bilgiyi değil bir hekimin sahip olması gereken etik ilkeleri de öğrenir. Hekim adaylarına verilen tüm klinik ve teorik eğitim bu etik ilkeleri de oluşturmak ve daimi kılmak içindir. Ancak tıp eğitiminin bir parçası olan klinik gözlemlerde öğrenciler bazen bu etik ilkelere uygun davranılmadığını saptamaktadır (3,4).

^aİntern Hekim, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli-İzmit, Türkiye. ✉sibelcevahir.9@gmail.com ORCID: 0009-0006-9170-2033
Gönderim Tarihi: 21 Ağustos 2024 • Kabul Tarihi: 23 Eylül 2024

GEREKÇE

Tıp etiğiyle ilgili ilk öğretileri barındıran Hipokrat yemininden günümüze tıp etiği büyük bir değişime uğramıştır. Ancak etik ilkelerin geleceğin hekimlerine aktarılmasına yönetsel değişikliklere rağmen devam edilmiştir (5-7). Tıp eğitimi klinik ve teorik eğitimleriyle bilinçli veya bilinçsiz etik eğitimini hep bir parçası olarak barındırmıştır (8). Son yıllarda yapılan çalışmalar tıp eğitiminin hekim adayları için etik sorunların nasıl çözüleceğini öğretmekte eksik kalabileceğini ileri sürmekte ve hekim adaylarının klinik eğitimleri boyunca meslektaşları tarafından meydana getirilmiş yeni etik ikilemlerle mücadele etmek durumunda kaldığını iddia etmektedir. Bu iddiaya çarpıcı bir örnek Feudthner ve arkadaşlarının çalışmasıdır. Bu çalışmaya katılan 665 klinik dönem tıp öğrencisinin % 98'i kendine veya hastaya yönelik aşağılayıcı ifadelerle karşılaştığını, % 61'i etik olmayan davranışlara şahit olduğunu ve % 53'ü kendisinden hastaları yanlış yönlendirmesinin (aldatmasının) beklendiğini ifade etmiştir (3).

Tıp öğrencilerinin klinik eğitimlerinde karşılaştığı etik ikilemlerle ilgili yapılmış çalışma sayısı ne yazık ki oldukça yetersizdir (9).Türkiye'deki durumu gösteren çalışmalarda eğitim yılı ilerledikçe sağlık öğrencilerinin etik duyarlılığının azaldığı gösterilmiştir (10).

Bu metin bir tıp fakültesi öğrencisinin klinikte karşılaştığı etik problemlerin birkaçını aktarmayı amaçlamaktadır. Öncelikle dört vaka üzerinden kötü haber verme sürecine ilişkin gözlemler ve onların oluşturduğu sorular sunulup ardından bu soruları oluşturan nedenlere ilişkin bir durum değerlendirmesiyle vakalar kötü haber verme sürecinin etik gerekçeleri çerçevesinde tartışılmış ve klinik etik eğitimine ilişkin önerilerle sonuçlandırılmıştır.

Burada verilecek vaka örnekleri belirli bir kişiyi işaret etmeyecek şekilde anonimleştirilmiş örneklerdir. Cinsiyet, yaş ve çocuk sayısı gerçeği yansıtmamaktadır.

Birinci Vaka

Polikliniğe üç oğluyla gelen altmışlı yaşlardaki erkek hasta; genel sağlık durumunun iyi olduğunu, ek bir şikâyeti olmadığını ifade etmekteydi. Hastanın bilinen bir lösemisi vardı ve pozitron emisyon tomografisi (PET) sonucuyla başvurmuştu. Muayene sırasında; hekim, PET sonucuna göre akciğerinde bir yara olduğunu ifade etti. Oysa raporda malignite yazıyordu. Daha sonra kendisinin konseye çıkması ve süreçle ilgili karar alınması gerektiği konusunda hastaya açıklama yapıldı. Hastaya ait bir iletişim bilgisi gerekiyordu. Hekim hastanın oğluna iletişim bilgisi yazması için bir kâğıt uzattığında hasta birkaç kez kendi numarasının yazılmasını istedi. Ancak hastanın çocuklarının yazdığı iki numara da hastanın değildi. Hasta odadan ayrıldıktan sonra oğlu odaya döndü ve aslında neler olduğu konuşuldu. Hekim hastanın durumunu ve tedavi seçeneklerinin değerlendirileceğini hasta yakınına açıkladı. Hasta yakını ailecek alınan kararla tedaviyi reddetmeyi düşündüklerini ifade etti. Hekim bunun konsey sonrası değerlendirilmesini ve zaten tedavinin boşa olduğunu düşündüklerinde kendilerinin de tedaviyi önermediklerini söyledi.

Aile tedaviyi reddetse bu geçerli bir karar olur muydu?

Hasta yarısından ötürü tedavi almaya karar verse bu aydınlatılmış onam olur muydu?

Hastanın hayatıyla ilgili verebileceği büyük kararları belki engelleyen bu durum ne zamana dek devam ettirilecekti?

Hasta iyileştiğinde ona ne söylenecekti?

İkinci Vaka

A Yazar bazı özellikleriyle ilk vakadan farklı olan başka bir hastaya da akciğerinde yara tanısı konulmasına tanıklık etmiştir. Bu kez hasta doksanlı yaşlarda bir kadındı. Halihazırda düşkün görünüyordu. Hekimin hiçbir sorusuna cevap vermiyor, olayı anlamaz haldeydi. İştihya problemi ve demansı vardı. Bu hasta da konseye sevk edilip şimdilik eve gidebileceği söylendi.

Bu hastaya poliklinik şartlarında hastalığı anlatılabilir miydi?

Hastaya hastalığı anlatılmasa bile hasta hekim iletişimi tamamen kesilerek hasta yakınıyla iletişime geçilmesi doğru bir yol muydu yoksa hastanın durumuna rağmen iletişim çabası gerekli miydi?

Hastayla iletişim kurulamaması hastanın tanısının gizlenmesini etik açıdan savunulabilir kılar mıydı?

Üçüncü Vaka

Muayeneye gelen 68 yaşındaki bir erkek hastanın arkasından aralarındaki ilişkiyi bilmediğimiz bir yakını odaya girdi ve doktora gizlice sus işareti yaptı. Hastanın tedavisini görmekte olduğu kanser tanısı hakkında bilgisi yoktu. Görüşme hekimin üstü kapalı cümleleri etrafında kısaca sonlandırıldı ve hasta yakınına bilgi vermek üzere hasta dışarı çıkarıldı.

Bu hastaya kendisine yapılan işlemler, aldığı tedavi ve hastane ziyaretlerinin sebebi ne olarak söyleniyordu?

Bu hastadan yapılan işlemler için alınan onamlara ne derece aydınlatılmış diyebilirdik?

Hastayla ilişkisini bilmediğimiz bir hasta yakınının sessiz komutlarına uyarken hastamızın özerkliğine saygımızın önüne koyduğumuz neydi?

Tedavisinin bir bölümünü geride bırakmış ve halen devam eden bu hasta kanser tanısını başka yolla öğrendiğinde hiçbir şey olmamışçasına tedavisini, aile ve hasta-hekim ilişkilerini devam ettirebilir miydi?

Dördüncü Vaka

Bir anne, oğul PET sonucuyla kliniğe başvurdu. Hasta 45 yaşında bir erkekti, onun yerine eşiyle oğlu gelmişti. Hekimin söyleyeceklerine hastanın inanmayacağı düşünüldüğünden ses kaydı almak için ricada bulunmuşlardı. Ancak bunun yerine hastanın aranması ve sonucun hekim tarafından iletilmesi kararına varıldı.

Hasta önceki randevusuna eşiyle gelmiş ancak kendisine ön tanı söylenmeden tetkikler istenmişti. Şimdi eşi ve oğlu bu tetkiklerin sonucu için gelmişti. Endişeliydiler. PET raporuna göre maligniteyle uyumlu olabilecek akciğerde bir odak mevcuttu. Öncelikle hekim hasta yakınlarına sitem etti; daha önceki gelişlerinde bir türlü hastadan uzaklaşmadıkları ve özel olarak konuşmak istemedikleri için. Hastanın malignite ihtimaline olası tepkisini sordu.

Hekimin önerisiyle hasta arandı. Hoparlördeki hastaya hekim tarafından “ciğerinde PETte bir şey gördük biyopsi yapıp tam ne olduğunu anlayacağız” şeklinde bilgi verildi. Biyopsi açıklanırken ve konuşmada malignite ifadesi geçmemişken hasta biyopsiyi reddetti. Hekim başka seçenekler veya süreç hakkında hastayı bilgilendirmedi. Telefon kapandıktan sonra bunlar hasta yakınlarıyla tartışıldı.

Hastanın biyopsiyi reddetme nedeni hekimiyle kuramamış oldukları olumlu ilişki olabilir miydi?

Bu hastanın biyopsi ret kararı ne kadar aydınlatılmıştı?

Hastaya diğer seçeneklerin sunulmaması, hasta olmadan onun adına poliklinik görüşmesi yapılması etik açıdan uygun muydu?

TARTIŞMA

Tartışmaya bir dizi öznel ifade ile giriş yapmak uygun olacaktır. Sorulabilecek birçok soruya rağmen bu vakalarda neden bu kararlar alındı, etik açıdan hangi temellere oturtuldu ya da bir temele oturtuldu mu, bilemiyorum. Teorik etik eğitimi sırasında vaka örnekleri tartışsak da klinik eğitimimizde bu tartışmaları yapma şansı bulamamaktayız. Kimi kliniklerde sadece klinik yoğunluğu bu gibi tartışmalara zaman ayırmaya engel olurken kimilerinde sorgulamaktan duyduğumuz korku, nasıl soracağımızı bilememek bunun nedeni. Eğitim aldığımız fakültelerde sormanın kıymeti anlatılırken her sorumuzda yanlış bir şey söyleme endişesiyle donatılıyor zaman içinde etik eğitiminin en önemli unsurlarından soru sorma becerisini kaybediyoruz.

Dwyer susmanın sistematik olarak nasıl öğretildiğine dikkat çekmektedir. Verdiği bir örnekle bir öğrencinin “çeneni kapalı tut” mottosunu nasıl ikinci kişiliği haline getirdiğini anlatır (11). Schwappach ve arkadaşları tıp öğrencilerinde hasta güvenliği söz konusu olduğunda bile sessiz kalma davranışının devam ettiğini gösteren bir çalışmada sessiz kalma nedenlerini kategorize etmiş; belirsiz risk, olumsuz tepki korkusu, hastanın varlığı, nasıl söyleyeceğini bilememe, efektif olmayacağı inancı ve öngörülemez tepki başlıklarına ulaşmıştır (12). Yapılan farklı çalışmalar sağlık çalışanlarının da meslek hayatlarında sessiz kalma davranışını tercih edebildiğini ortaya koymuş ve neden olan faktörleri benzer bulmuştur (13).

Tıp öğrencileri kliniklerde çoğunlukla gözlemcidir. Klinikte bir etik sorunla karşılaştıklarında eylemlerin dayandırıldığı ilkeler kendilerine açıklanmamakta ve daha önce bahsedilen nedenlerle sorgulamak mümkün olmamaktadır. Ayrıca öğrencilerin gözlemleri çoğunlukla uzun bir sürecin sadece bir anını içerdiğinden sürecin tamamıyla ilgili net bilgi vermemektedir. Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği (Association of American Medical Colleges, AAMC) Yönetim Kurulu üyesi Marie Walters, “Öğrenciler bazı onay süreçlerine tanık olsalar da hastalar gözlemlediğimiz ameliyatlara için onay verdiğinde genellikle etrafta değiliz” diyerek hasta hekim ilişkisinin yalnızca bir anını gözlemlediğimizi belirtmektedir (14). Yukarıdaki sebepler klinik etik eğitimini verimsizleştirmektedir.

Tıp etiği eğitimlerinde dört temel ilkedenden-prensipten bahsedilmektedir: yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerkliliktir. Bu dört prensip etik karar verme süreçlerinin temel parçasıdır. Yararlılık, hastanın yararına hareket etme; zarar vermeme, hastanın zararına neden olmama ve acı çektirmeme; adalet, kaynakların adil dağıtımı; özerklik, kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı olarak tanımlanabilir (15).

Özerklik ilkesi, hekimin hastayla bedeni üzerindeki işlemlerle ilgili karar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi açıklamasını zorunlu kılar. Ayrıca aydınlatılmış onamı, gerçeği söylemeyi ve gizliliği destekler (15). Dolayısıyla kötü haberin hastayla paylaşılması da özerklik ilkesinin bir parçasıdır.

Kötü haberin paylaşılması üzerine çalışmalar hekimlerin bu konuda tereddüt edebildiğini göstermektedir. Avrupa genelinde gastroenterologlarla yapılan bir çalışmada bazı hekimlerin hastalık varlığını gizlemeyi ancak hastalığı farklı adlandırmayı; bazılarının ise tüm gerçeği hastaya açıklamayı uygun gördüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınına bilgi verilmesi konusunda da farklı uygulamalar olduğu ortaya konmuştur (16). Yunanistan’daki bir çalışmada kötü haberin paylaşılmasını etkileyen faktörler hastanın karakteri, olası tepkisi, okuryazarlık seviyesi, yaşı, cinsiyeti, ailevi durumu, kültürel durumu, hasta yakınının istekleri, doktorun etik prensipleri ve prognoz olarak belirlenmiştir (17). Türkiye’den bir çalışmada kanser tanısı hakkında asla gerçeği söylememeyi tercih eden, nadiren, genellikle ve her zaman gerçeği söylemeyi tercih eden hekimlerin oranları sırasıyla % 9, % 39, % 45 ve % 7 olarak tespit edilmiştir. Bu kararı etkileyen faktörler hasta yakınının isteği, alınan tıp eğitimi ve klinik deneyimleriyle hekimin uzmanlık alanı olarak belirlenmiştir (18).

Hastaların istekleri genellikle tanı ve prognoz hakkında tam olarak bilgilendirilme yönündedir. Türkiye’de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların % 92,3’ünün doktor tarafından tanının söylenmesi gerektiğini düşündüğü ve % 78,8’inin tedavisi hakkındaki kararlara katılmayı istediği ortaya konmuştur (19).

Hastaların tıbbi bilgileri hakkındaki gerçeği bilme hakkı kadar bilmeme hakkı da mevcuttur. Bu bağlamda hastalar dilerse tedavi bilgilerinin kendileriyle paylaşılmamasını, başkasıyla paylaşılmasını isteyebilir. Yapılan çalışmalar hastaların değişen özelliklerinin (yaş, cinsiyet, kültür) bilmeme isteklerini artırdığını göstermektedir ancak temelde literatür gerçeğin söylenmesi veya söylenmemesinde kararın hastanın tercihine bırakılmasını savunur. Oysa hastanın tanısını bilmek istememe yönündeki kesin dileğine rağmen tıp öğrencilerinin % 11,7’si taniyi, % 7’si prognozu hastayla paylaşmayı tercih edeceklerini belirtmiştir (20).

Kötü haberin paylaşılmasıyla ilgili farklı yaklaşımların nedeni etik ilkelerin çatışmasına bağlanabilmektedir. Özerkliğe saygı ilkesi doğrultusunda hastanın durumunu bilme hakkı kötü haberin söylenilmesini gerekli kılar. Ancak hastanın bilgilendirilmek istemediği durumlarda özerklik hastadan gerçeğin gizlenmesini haklı çıkarabilir. Kötü haberin paylaşılmasında tartışma nedeni olan diğer nokta hastanın zarar görme ihtimalidir. Kötü haber karşısında bireylerin verebileceği farklı yanıtların bireyin ruh sağlığına, tedavi uyumuna zarar verirken suistimale açık hale gelmelerine neden olması burada bahsedilen zararlardandır.

Yapılan çalışmalarda tanı ve prognozla ilgili hekimleri tarafından bilgilendirilen ve hekimleriyle olumlu ilişki geliştiren hastaların tedavi arayışları ve tedavi uyumları daha iyi bulunmuştur. Bilinmeyen hakkında endişelenmek daha yıpratıcı olduğundan korku ve stresin gerçeğin söylenmesiyle azalacağı ve gerçeğin planlanmamış şekilde ortaya çıkmasıyla oluşan zarara oranla hekimin planlı şekilde hastaya tanı ve prognoz

hakkında bilgi vermesinin daha az zarara neden olabileceği söylenebilir (21,22).

Tüm bu araştırmalar ışığında vakaları tekrar incelersek birinci vakada hastanın tanıyı öğrenme ve süreçle ilgili bilgi alma isteği mevcuttu. Bu durumda hekimin tutumu etik açıdan savunulabilir değildir. Hastanın ilk görüşmede tanıyla ilgili ayrıntılara boğulmaması gerekse de anlayacağı kadarıyla hasta bilgilendirilebilirdi. Hastayla uygun ilişki kurulabilmesi için bu bilgilendirme gereklidir (23).

Hastanın tanıyı öğrenme talebinin olmaması ikinci vakada tanının gizlenmesi için bir sebep olarak sunulamazken hastanın bilişsel durumu ve iletişim kurulamaması nedeniyle bu hastayla poliklinik ortamında tıbbi bilgilerinin paylaşılabilmesi doğal karşılanabilir. Ancak uygun bir ortama rağmen hastayla iletişim kurulamaması, hastanın bilmeme hakkını kullanması veya bilişsel fonksiyonlarında bir sorun gözlemlenmesi hastaya tanısının kesin olarak söylenmemesini ve hasta yakınlarıyla bilgi paylaşılmasını haklı çıkaracaktır (23).

Birinci ve ikinci vakanın aynı şekilde yönetildikleri göze çarpmaktadır. Ancak hastalık yoktur hasta vardır yaklaşımı etik olgular için de geçerlidir. Dolayısıyla burada ortak nokta kötü haberin verilmesi olsa da olguların farklı şekillerde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hasta- hekim ilişkisi zamanla değişikliğe uğramıştır. Günümüzde bu ilişki güven üzerine kurulu bir partnerliğe benzetilebilir (24). Ancak üçüncü vakada hasta yakınının ikazına hekimin uyması hasta için ve hastanın yanında mücadele eden hekim kimliğine uymamaktadır. Hekimin hastayla değil hasta yakınıyla ilişki içerisine girdiği görülmektedir. Oysa hekim temelde hastasına karşı sorumludur. Hastayı çevresinden ayrı olarak ele alamayacağımız gibi çevredeki tüm faktörleri gözetip hastayı gözetmemek de hekimin sorumluluğunun ihmalidir.

Hastanın medikal bilgilerinin başkalarıyla paylaşılabilmesi hastanın rızasıyla mümkündür. Hastalar bazı durumlarda bilginin sadece yakınlarıyla paylaşılması talebinde bulunabilir. Ancak bu gibi taleplerin en azından sözlü olarak uygun şartlar altında iletilmesi önemlidir. Son vakada hastanın randevuya gelmemesi bilmeme hakkını kullanması ve yakınlarının başvurması onların bilgilendirilmesini kabul ettiği şeklinde yorumlanabilir (25). Ancak bunun açık bir rıza göstergesi olmadığı unutulmamalıdır. Ayrıca hastayla telefonda yapılan görüşme kötü haberin veya herhangi bir medikal bilginin paylaşılması için uygun şartları sağlamamaktadır.

Aydınlatılmış onamdaki gibi bir medikal işlemin reddinin de aydınlatılmış olması gerekmektedir (26). Temel olan aydınlatılmış, iletişime dayalı bir karar sürecidir. Ancak dördüncü vakada hastanın reddi aydınlatılmış ret değildir. Ayrıca hastanın gelecek süreçle ilgili bilgilendirilmesi yapılmamıştır.

SONUÇ

Tıp eğitimi tıp etiği eğitimini de kapsar. Tıp eğitiminin kalitesinden yalnızca öğretim elemanları değil tüm hekimler, bir bütün olarak meslek, tıp fakülteleri, eğitim kurumları ve hükümetler sorumludur (2). Dolayısıyla etik eğitiminden de yalnızca üniversitelerdeki öğretim üyeleri sorumlu olmadığı gibi bu sorumluluk yalnızca teorik eğitimle sınırlı da değildir.

Tıp eğitiminin kalitesinden sorumlu her bireyin bu bilinçle hareket etmesi, özellikle öğrencilerle iletişim kuran hekimlerin etik problemleri çözerken bu problemleri açıklaması ve hekim adaylarının etik olguları daha iyi anlamasını sağlaması, en önemlisi etik ilkelere uygun hareket etmesi gerekmektedir.

Hekim adaylarının klinikte bulunma amaçları eğitim olduğundan tıbbi uygulamalar gibi etik uygulamaların da şeffaflık ve özenle açıklanması gerekmektedir. Rol modellerin tıp eğitiminde ve etik öğrenmedeki önemi göz önünde tutularak hekimler olumlu rol modeller olma yolunda kendilerini geliştirmelidir. Klinikte karşılaşılan etik sorunlar yalnızca etik uzmanları tarafından değil klinik hekimlerce de öğrencilerle tartışılmalı böylece karşılaşılan olası etik sorunlarda öğrencilerin nasıl sessiz kalmayacağı uygulamalı olarak öğretilmelidir.

TEŞEKKÜR

Bu yazının bir kafa karışıklığından fazlasına dönüşmesinde ve somutlaşmasındaki tüm desteği, eşsiz yardımları ve akıl hocalığı için sayın Doç. Dr. Aslıhan Akpınar'a teşekkür ediyorum.

KAYNAKLAR

1. Aslan D, Odabaşı O. Tıp Eğitiminde “Mentorluk” ve “Rol Modelliği” Kavramları. TED 2013; 38 (38): 43-49.
2. WMA-The World Medical Association. WMA Statement on medical education [Internet]. WMA-the World Medical Association; 2020 [Erişim Tarihi: 20.08.2020] Erişim adresi: (<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-education/>).
3. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Academic Medicine 1994; 69 (8): 670-679.
4. White CB, Kumagai AK, Ross PT, et al. A qualitative exploration of how the conflict between the formal and informal curriculum influences student values and behaviors. Academic Medicine 2009; 84 (5): 597-603.
5. Sokol DK. William Osler and the jubjub of ethics; or how to teach medical ethics in the 21st century. Journal of the Royal Society of Medicine 2007; 100: 544-546.
6. Kavas MV, Işıl Ülman Y, Demir F et al. The state of ethics education at medical schools in Turkey: Taking stock and looking forward. BMC Medical Education 2020; 20 (1): 1-15.
7. Souza AD, Vaswani V. Diversity in approach to teaching and assessing ethics education for medical undergraduates: A scoping review. Annals of Medicine and Surgery 2020; 56: 178-185.
8. Lehmann LS, Sulmasy LS, Desai S. Hidden curricula, ethics, and professionalism: Optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: A position paper of the American college of physicians. Annals of Internal Medicine 2018; 168 (7): 506-508.
9. Bickel J. Medical students' professional ethics: Defining the problems and developing resources. Academic Medicine 1991; 66 (12): 726-729.
10. Yıldız Ayvaz M, Karadağ ÖE, Gür G, ve ark. Sağlık Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2024; 32 (5): 350-355.
11. Dwyer J. Primum non tacere: An ethics of speaking up. The Hastings Center Report 1994; 24 (1): 13-18.
12. Schwappach D, Sendhofer G, Kamolz LP, et al. Speaking up culture of medical students within an academic teaching hospital: Need of faculty working in patient safety. PLoS ONE 2019; 14 (9).
13. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. BMC Health Services Research 2014; 14: 61-68.
14. Weiner S. What informed consent really means [internet]. AAMC-Association Of American Medical Colleges; 2019 [Erişim tarihi: 24.01.2019]. Erişim adresi: (<https://www.aamc.org/news/what-informed-consent-really-means>).
15. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. Medical Principles and Practice 2021; 30: 17-28.
16. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? The Lancet 1993; 341: 473-476.
17. Mystakidou K, Liossi C, Vlachos L, et al. Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. Palliative Medicine 1996; 10 (3): 195-200.
18. Ozdogan M, Samur M, Artac M, et al. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. Journal of Palliative Medicine 2006; 9 (5): 1114-1119.
19. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. Journal of Medical Ethics 2008; 34 (5): 384-388.
20. Elger BS, Harding TW. Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ. Journal of Medical Ethics 2002; 28 (4): 258-265.
21. Shahidi J. Not telling the truth: Circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. European Journal of Cancer Care 2010; 19: 589-593
22. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. Nursing Ethics 2004; 11 (5): 500-513.
23. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. Malaysian Journal of Medical Sciences 2018; 25 (3): 135-139.
24. Harbissettar V, Krishna K, Srinivasa P, et al. The enigma of doctor-patient relationship. Indian Journal of Psychiatry 2019; 61 (4): 776-781.
25. Davies B. The right not to know and the obligation to know. Journal of medical ethics. 2020; 46 (5): 300-303.
26. Peterson K. Informed refusal: A patient's right? Nursing 2022; 52 (9): 15-20.