

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HEKİMLERİN MESLEKİ PROFESYONELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Fatma Nihal YOLOĞLU

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun YARIŞ

SAMSUN 2014

TEŞEKKÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dallarında bulunduğum süre içinde eğitimime katkıda bulunarak bilgi ve yeteneklerini benimle paylaşan tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmamın temellerini birlikte attığım, iki yıllık asistanlık sürecinde bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyerek eğitimime sonsuz katkısı olan Doç. Dr. Turan Set hocama,

Gerek eğitim sürecimde, gerekse sosyal yaşantımda karşılaştığım engelleri aşmamda son derece anlayışlı ve yardımsever tavırlarıyla benim yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Zekeriya Aktürk'e,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde bulunduğum dönemde, desteğini benden esirgemeyerek adaptasyon sürecimde bana destek olan ve tez çalışmamın devamında bana yardımcı olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Füsun Yarış hocama,

Eğitimim süresince emeğini benden esirgemeyerek hastalıklarına rağmen hep yanımda bana her nevi destek olan annem Remziye Yoloğlu'na,

Hem asistanlık dönemimde hem de hayatımın diğer her aşamasında emeğini, desteğini, sevgisini ve engin sabrını benden esirgemeyen, çok sevdiğim ve saygı duyduğum kıymetli eşim Psikolog Yalçın Yoloğlu'na sonsuz şükran ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Fatma Nihal YOLOĞLU

Samsun, 2014

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VIII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Tanım.....	5
2.2. Tıp etiğinin temel ilkeleri.....	5
2.3. Tıp Etiği Tarihçesi.....	8
2.4. Uluslararası Bildirgeler.....	9
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Yeri.....	14
3.2. Araştırmanın Tipi.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni.....	14
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	14
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	14
3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli.....	16

3.7. Araştırmanın Veri Analizi.....	16
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar.....	16
3.9. Etik Kavramlar.....	16
3.10. Araştırmanın Takvimi.....	16
3.11 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	16
3.12. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	16
4. BULGULAR.....	17
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri.....	17
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Elde Edilen Sonuçlar.....	18
4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Elde Edilen Sonuçlar.....	42
4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Branş ve Meslek Grubuna Göre Elde Edilen Sonuçlar.....	51
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇLAR.....	87
7. ÖNERİLER.....	94
8. KAYNAKLAR.....	95
9. EKLER.....	101
EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	102
EK-2: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan Alınan Yazılı İzin Belgesi.....	111
EK-3: Gönüllüler İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	112

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	17
Tablo 4.1.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	17
Tablo 4.1.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Ünvanlarına Göre Dağılımı.....	18
Tablo 4.2.1. Hekimin Kendi Deneyimine Göre Tedavi Düzenlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar.....	18
Tablo 4.2.2. Hekimin Kendi Deneyimine Göre Tedavi Düzenlemesinin Kabul Edilebilirliğine	19
Tablo 4.2.3. Hekimin Gönüllü Olarak Eğitici Konferans Düzenlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	19
Tablo 4.2.4. Hekimin Gönüllü Olarak Eğitici Konferans Düzenlemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	20
Tablo 4.2.5. Kıdemli Hekimin Yeni Başlayan Hekimden Talepleri Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	20
Tablo 4.2.6. Kıdemli Hekimin Yeni Başlayan Hekimden Taleplerinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	21
Tablo 4.2.7. Hekimin Sesini Yükselterek Konuşma ve Aşağılama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar,.....	21
Tablo 4.2.8. Hekimin Sesini Yükselterek Konuşma ve Aşağılamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	22
Tablo 4.2.9. Hekimin Sabah Toplantılarına Katılmama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	22
Tablo 4.2.10. Hekimin Sabah Toplantılarına Katılmamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	23
Tablo 4.2.11. Hekimin İlaç Mümессillerinin Çalışmasına İzin Verme ve Onlardan Hediye Alma Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	23
Tablo 4.2.12. Hekimin İlaç Mümессillerinin Çalışmasına İzin Verme ve Onlardan Hediye Almasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	24

Tablo 4.2.13. Hekimin Cinsel Açıdan Uygunuz Davranışlarda Bulunma Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	24
Tablo 4.2.14. Hekimin Cinsel Açıdan Uygunuz Davranışlarda Bulunmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	25
Tablo 4.2.15. Hekimin zel İşlerinden Dolayı Klinikteki İşleri Aksatması Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	25
Tablo 4.2.16. Hekimin zel İşlerinden Dolayı Klinikteki İşleri Aksatmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	26
Tablo 4.2.17. Hekimin Hastasına Konuşma Hakkı Vermemesi Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	26
Tablo 4.2.18. Hekimin Hastasına Konuşma Hakkı Vermemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	27
Tablo 4.2.19. Hekimin Temel Tıbbi Kaynaklara Göre Değersiz, Pahalı İlaçları Reçete Etme Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	27
Tablo 4.2.20. Hekimin Temel Tıbbi Kaynaklara Göre Değersiz, Pahalı İlaçları Reçete Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	28
Tablo 4.2.21. Hekimin Hastadan İzinsiz Yakınlarına Bilgi Verme Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	28
Tablo 4.2.22. Hekimin Hastadan İzinsiz Yakınlarına Bilgi Vermesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	29
Tablo 4.2.23. Hekimin Hastanın Gönüllü Getirdiği Hediyeleri Kabul Etme Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	29
Tablo 4.2.24. Hekimin Hastanın Gönüllü Getirdiği Hediyeleri Kabul Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	30
Tablo 4.2.25. Hekimin Hastasına Gereksiz İlaç Başlama veya Cerrahi Tedavi Planlama Sıklığına Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	30
Tablo 4.2.26. Hekimin Hastasına Gereksiz İlaç Başlama veya Cerrahi Tedavi Planlamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Grularına Göre Verilen Cevaplar	31

Tablo 4.2.27. Hekimin Tedavi Düzenlerken Hastanın Fikrini Almama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	31
Tablo 4.2.28. Hekimin Tedavi Düzenlerken Hastanın Fikrini Almamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	32
Tablo 4.2.29. Hekimin Hastaya Tedavi Hakkında Bilgi Vermeme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	32
Tablo 4.2.30. Hekimin Hastaya Tedavi Hakkında Bilgi Vermemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	33
Tablo 4.2.31. Hekimin Tanıyı Hastadan Gizlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	33
Tablo 4.2.32. Hekimin Tanıyı Hastadan Gizlemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	34
Tablo 4.2.33. Hekimin, Sağlık Hizmetleri Sınırlıyken Kaynakları Uygun Kullanabilmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	34
Tablo 4.2.34. Hekimin, Sağlık Hizmetleri Sınırlıyken Kaynakları Uygun Kullanabilmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	35
Tablo 4.2.35. Hekimin Hastalar Arasında Ayırmıcılık Yapması Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	35
Tablo 4.2.36. Hekimin Hastalar Arasında Ayırmıcılık Yapmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	36
Tablo 4.2.37. Hekimin Hastanın Hislerini Önemsememesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	36
Tablo 4.2.38. Hekimin Hastanın Hislerini Önemsememesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar.....	37
Tablo 4.2.39. Hekimin Hastalarından Hediye Talep Etmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	37
Tablo 4.2.40. Hekimin Hastalarından Hediye Talep Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	38
Tablo 4.2.41. Hekimin Hastalarını Bekletmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	38

Tablo 4.2.42. Hekimin Hastalarını Bekletmesinin	
Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	39
Tablo 4.2.43. Hekimin Hastaları İçin Fedakarlıkta Bulunması	
Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	39
Tablo 4.2.44. Hekimin Hastaları İçin Fedakarlıkta Bulunmasının	
Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	40
Tablo 4.2.45. Hekimin Hastaların Mahremiyetine Saygı Göstermesi	
Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	40
Tablo 4.2.46. Hekimin Hastaların Mahremiyetine Saygı Göstermesinin	
Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar	41
Tablo 4.2.47. Hekimin Klinikte Görev Dağılımı Yaparken Bireysel	
İlişkilerine Göre Davranması Sıklığına Yaş Gruplarına	
Göre Verilen Cevaplar	41
Tablo 4.2.48. Hekimin Klinikte Görev Dağılımı Yaparken Bireysel	
İlişkilerine Göre Davranmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına	
Göre Verilen Cevaplar	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

T.T.B.: Türk Tabipler Birliği

A.B.D.: Anabilim Dalı

D.H.B.: Dünya Hekimler Birliği

Med.: Medikal

Üniv.: Üniversite

WONCA: World Organisation of National Colleges and Academies in General Practice/ Family Medicine

ÖZET

Amaç: Ondokuz Mayıs, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki hekimlerin profesyonelliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: 01.01.2014-01.07.2014 tarihleri arasında 188 hekim, 139 hemşireye anket uygulandı. Veriler sayı, yüzde olarak sunulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların 125'i erkek (%38,2) 202'si kadın (%61,8), 188 hekimden 116'sı erkek (%62,0) 72'si kadın (%35,6), 139 hemşirenin 9'u erkek (%6,4) 130'u kadın (%93,6)'dı. Hekimin deneyimlerine göre tedavisine 68'i (%20,8)%20 gözlendiğini, 153'ü (%46,8) kabul edilebildiğini, gönüllü konferanslar düzenlemesine 51'i (%15,7) gözlenmediğini, 130'u(%40,0) kabul edilebildiğini, kıdemli doktorun, kıdemsiz doktordan yapmadığı girişimleri istemesinin 160'ı (%49,1) gözlenmediğini, 179'u(%54,9) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, personele sesini yükseltmesine 95'i (%29,1) gözlenmediğini, 220'si (%67,5) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, sabah toplantılarına katılmamasını, 176'sı (%54,3) gözlenmediğini, 141'i (%43,5) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, mesaide mümessillerin çalışmasının 128'i (%39,3) gözlenmediğini, 114'ü(%35,0) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, uygunsuz cinsel davranışların 303'ü(%92,9) gözlenmediğini,293'ü (%89,9) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, özel işlerinden kliniği aksatmasının 85'i (%56,7) gözlenmediğini, 195'i (%59,8) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, hastayı bilgilendirmemesinin 109'u(%33,4) gözlenmediğini,152'si (%46,6) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, tıbbi kaynaklarda değersiz, pahalı ilaçları yazmasının, 214'ü(%65,6) gözlenmediğini,180'i (%55,2) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, hastadan habersiz, yakınlarını bilgilendirmemesinin 100'ü(%31,0) gözlenmediğini, 89'u(%27,6) kabul edilebileceğini, hastalardan hediye almasının 100'ü(% 31,0) gözlenmediğini, 89'u(%27,6) kabul edilebileceğini, gereksiz ilaç başlamasının 204'ü(%62,6) gözlenmediğini,171'i (%52,5) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmamasının 124'ü(%38,0) gözlenmediğini, 120'si (%36,8) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, tedaviyle ilgili bilgilendirmemesine, 112'si (%34,5) gözlenmediğini, 129'u(%39,7) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, ciddi tanıları gizlemesinin 74'ü(%22,8) gözlenmediğini, 102'si (%31,5) kabul edilebileceğini, kaynaklar sınırlıyken imkanları uygun kullanabilmesinin 55'i

(%17,0)%100 gözlendiğini, 169'u(%52,2) kabul edilebileceğini, ayrımcılık yapmasının 234'ü(%72,2) gözlenmediğini, 245'i (%75,6) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, hastanın yaşadığı travmayı önemsememesine, 124'ü(%38,3) gözlenmediğini, 168'i(%51,9) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, hastalardan hediye istemesinin 267'si (%82,4) gözlenmediğini, 251'i (%77,5) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, hastaları bekletmesinin 128'i (%39,5) gözlenmediğini, 140'ı (%43,2) kabul edilemeyeceğini, fedakârlıkta bulunmasının 66'sı (%20,4)%100 gözlendiğini, 150'si (%46,3) kabul edilebileceğini, mahremiyeti önemsememesinin 187'si (%57,7) gözlenmediğini, 202'si (%62,3) kesinlikle kabul edilemeyeceğini, görevlendirmede bireysel ilişkileriyle davranmasına 134'ü(%41,2) gözlenmediğini, 182'si(%56,0) kesinlikle kabul edilemeyeceğini belirtti.

Sonuç: Hekimler çoğunlukla profesyonel davranmaktadır.

SUMMARY

Objective: Evaluate the professionalism of the doctors who work at Hospitals of Ondokuz Mayıs and Ataturk University Medical Faculty.

Material and the Methodology: Questionnaire was conducted to 188 physician, 139 nurses between 01.01.2014-01.07.2014. Data were presented as number, percentage.

Findings: The questionnaire has been conducted with 188 medical doctors (116 male, 72 female) and 139 nurses (9 male, 130 female).

For the question if the doctor applies treatments based on his/her own personal experience, 20.8% (68) answered as yes, 46.8% (153) said that it is acceptable. For the question if the doctor gives informative seminars, 15.7% (51) answered as never, 40% (130) said that it is acceptable. For the question if the medical doctor avoids supervising the new beginning assistant doctor, 49.1% (160) answered as never, 54.9% said that it is unacceptable. For the question if the medical doctor is raising his voice and humiliating his colleagues, 29.1% (95) answered as never, 67.5% (220) answered that it is unacceptable. For the question of if the medical doctor is participating the morning meetings, 54.3% (176) answered as never, 43.5% (141) said that it unacceptable. For the question if the doctor spends time with sales representatives of the pharmaceutical companies during his working hours, 39.3% (128) answered as never, 35% (114) said that it is unacceptable. For the question if they observed the doctor sexually harassing his/her colleagues/patients, 92.9% (303) answered as never, 89.9% (293) said that it is unacceptable. For the question of if the medical doctor hindering the work by being busy with his/her personnel stuff, 56.7% (185) answered as never, 59.8% (195) said that is unacceptable. For the question of if the doctor is uninformative against his/her patients about their medical treatment, 33.4% (109) answered as never, 46.6% (152) said that it is unacceptable. For the question if the doctor writes prescriptions for unnecessary and expensive drugs, 65.6% (214) answered as never, 55.2% (180) said that it is unacceptable. For the question if the doctor informs relatives of the patient about his medical status without the patient's permission, 31% (100) answered as never, 27.6% (89) said that it is acceptable. For the question if the doctor accepts the presents from his/her patients, 31% (100) answered as never, 27.6% (89) said that it is acceptable. For the question if the doctor applies unnecessary surgeries, 62,6% (204) answered as

never,52.5%(171) said that it is unacceptable.For the question if the doctor hides information from his/her patient, 38%(124)answered as never,36.8%(120)said that it is unacceptable.

For the question if the doctor hides information about effectiveness of the treatment and its side effects,34.5%(112)answered as never,39.7%(129)said that it is unacceptable. For the question if the doctor avoids telling his/her patient that he/she has a serious illness,22.8%(74)answered as never,31.5%(102)said that it is acceptable.For the question if the doctor is capable of utilising the limited medical sources effectively, 17%(55)answered as yes,52.2%of the participants (169)said that it is acceptable.For the question if the doctor is discriminates his/her patients,72.2%(234)answered as never,75.6%(245)answered as unacceptable.For the question of if the doctor ignores the trauma effect on his/her patients,38.3%(124)answered as never, 61.9%(168)said that it is unacceptable.For the question if the doctor asks for presents from his/her patients,82.4%(267)answered as never,77.5%(251)said that it is unacceptable.For the question if the doctor being late for the clinic, keeps his/her patients waiting,39.5%(128) answered as never,43.2%(140)said that is unacceptable. For the question of if the doctor ignores privacy of his/her patients,57.7%of the participants (187)answered as never,62.3%(202)answered as“never acceptable”.

Conclusion: Most of the doctors behave professionally.

GİRİŞ ve AMAÇ

1.1 Giriş

Hızlı bilimsel ve teknolojik gelişmelerin olduğu günümüz dünyasında profesyonellik her alanda olduğu gibi hekimlik mesleğinde de üzerinde durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinin dengeli bir şekilde sürdürülmesi, hem hastanın hekime olan güveninin sağlanması hem de hekimin mesleki doyuma ulaşması açısından oldukça önemlidir. Hasta-hekim ilişkisinde hastanın güvenini kötüye kullanma, cinsel taciz, hastanın maddi olarak sömürülmesi ve hatalı tıbbi uygulamalar gibi birçok olayda hekimler zarar görmektedir. Bunların sonucunda güven ortamında zedelenme ve yanlış önyargılar oluşabilmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde hekimin etik davranması profesyonellik için ana unsurlardan biridir ve bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde hayati önem taşımaktadır. Hekim, uğraş alanı olan insanı yalnızca biyolojik özellikleriyle değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmek durumundadır. Bu çok etkenlilik nedeniyle hasta-hekim ilişkisinin genelde ahlâk, özelde tıp etiği ve hukuk ile ilgili yönleri bulunmaktadır.(1)

Hekimle hasta arasındaki ilişki hastanın başvurusuyla başlar. Bu ilişkinin temel amacı, hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Hekim, hastanın ihtiyacının sadece hastalığının tanı ve tedavisiyle sınırlı olmadığını bilincinde olmalıdır. Hastanın bilgi edinme, sorularına yanıt bulma, teselli alma, semptomlarından kurtulma gibi talep ve beklentileri olduğunu ve bunları da karşılamakla yükümlü olduğunu unutmamalıdır. Hastanın hastalığıyla başa çıkması için gereksinim duyacağı bilgi ve motivasyona ulaşacak şekilde eğitimi, cesaretlendirilmesi, sorularının yanıtlanması, endişe ve korkularının giderilmesi, teselli edilmesi ve tedaviye katılımını sağlayacak şekilde bir partnerlik kurulması esas olmalıdır. Klinik uygulamada hekimle hasta arasındaki ilişki, etik açısından önemli ölçüde hekim ve hastanın kimlikleri ve rolleri ile belirlenir. Hastanın hekime güvenmesinin nedeni, onun kendisi için en iyi olanı yapacağına inanmasından çok, en iyi olanı seçmesi için gereksindiği bilgiyi kendisine sağlayacağına inanması olmaktadır. (1)

Geçmişten günümüze kadar Tıp Etiği ve Deontoloji bilim dalları tarafından irdelenen konularla hekimlerin mesleki profesyonelliği değerlendirilmiştir. Hekimlik mesleğinde etik kavramlar, hasta hakları ve deontolojik olarak belirlenen kurallar çerçevesinde profesyonellik tanımı oluşturulmuştur. Tıp etiği kuralları, M.Ö. 1750-1800 yıllarında düzenlenen Hammurabi Kurallarına kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. (2) Geçmişten günümüze kadar tıp

bilimiyle ilgili bilgiler değişime uğradıkça tıp ahlakı ve hukuki kurallar da yeniden şekillenmiştir. Tıp bilimi geliştikçe ve bilgiler değişime uğradıkça, ahlaki ve hukuki kurallar da değişerek yeni şekiller almıştır. Bu hızlı değişim, henüz çözümlenmemiş birçok etik sorunun gündeme gelmesine zemin hazırlamaktadır. Etik bilincine ve duyarlılığına sahip olmak, her tıbbi eylemin bir etik boyutunun olduğunu benimsemeyi gerektirir. Bu etik bilinç ve duyarlılık sorunların ortaya çıkışında ve çözümünde rol almaktadır. Çağdaş insanın bireysel haklarına düşkün ve her türlü otoriteye başkaldırmaya eğilimli oluşu genel olarak tıp ile toplum, özel olarak da hekim ile hasta ilişkisi üzerinde kendini göstermiştir. Bu ilişkiler hasta haklarının kuvvetle vurgulandığı bir mahiyet kazanmıştır. (3)

Hekime sağlık hizmeti almak için başvuran bireylerin nesnel olarak değerlendirilmesinin yanı sıra yaşadığı toplum, ekonomik ve sosyokültürel durum da dikkate alınarak hasta merkezli yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir. Verilen sağlık hizmeti koruyucu, tedavi ve rehabilite edici özellik taşımalıdır. Bu etkileşim sürecinde tıbbi etikle ilgili unsurlar da göz önüne alınmalıdır. Hekimlerin ahlaki değerlerinin incelenmesi amacıyla yapılan bir istatistiksel çalışmada hekimlerin mesleki etik değerleriyle kişisel etik değerlerinin aynı paralellikte olmadığı tespit edilmiş, hekimlerin toplumsal ahlak, örf, adet ve kuralların uygulanmasında yetersiz olduğu, “eğer kanunlara aykırı değilse ahlak dışı da değildir” yaklaşımı sergiledikleri, bu nedenle de toplumsal kuralların dışında davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir. (4)

Toplumunu oluşturan bireyler çok farklı kişilik özelliklerine sahiptirler. Bundan dolayı hekim hasta iletişimde kaliteyi, hekimin bireysel değer yargıları ve toplumsal öğrenimleri belirlemektedir. Bu nedenle hekimler arasında belirgin tutum farklılıkları ortaya çıkmakta, hekim hasta iletişimde yanlış algılara yol açmaktadır. Bu durum tıp etiğiyle ilgili ortak bir dile sahip olmanın önemine dikkat çekmektedir. (5) Ancak tıp etiği ile ilgili eğitimlerde tam bir standardizasyon oluşturulmadığı için ve tıp etiği alanı henüz olgunlaşmasını tamamlamadığı için mezuniyet sonrasında bu ortak dile sahip olma konusunda sorunlar yaşanmaktadır. Oysa hem klinik pratikte hem de akademik düzeyde bir standardizasyon oluşturulursa, tıp etiğinde söylemden ziyade işlevsellik kazanılmış olur. Sağlık çalışanları etik kavramlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunda bu kuralları uygulamada zorluk çekmeyecektir. Tıp etiğinde eğitimin nasıl olması gerektiği ile ilgili yapılan bir çalışmada, etik eğitiminin belli bir standartta yapılandırılması gerektiği, sadece klasik derslerle değil

öğrenen merkezli yöntemlerle, eğitim süresinin tamamına yayılarak ve en önemlisi rol modellerin aktif çabalarıyla yürütülmesi ve değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. (6)

Hekim-hasta ilişkisindeki bireysel yaklaşımlar zamanla hasta haklarının daha ciddi olarak gündeme taşınmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin modernleşmesi, ekonomik ve sosyal gelişmeler de bu süreci desteklemiştir. Hastaların sağlık bakımına ulaşma, mahremiyet ve bilgi edinme hakları yasal olarak korunmaya alınmıştır. Hasta haklarının kapsamca genişlemesi ve yaygın kabul görmesi, hekimlerin meslek hatalarıyla ilgili ithamların artışı tıp camiasında genel bir huzursuzluğa yol açmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde etik durumun değerlendirildiği bir çalışmada, hekimlerin gerek maddi, gerek çalışma koşulları açısından mesleki tatmine ulaşamadıkları ve bunun yansıması olarak da hekimlik mesleğinin saygınlığının toplumsal ve hasta nezdinde giderek azaldığı belirtilmiştir. (7) Tıbbi etik kurallarının öğrenilmesi ve hayata geçirilmesi mevcut sorunlarla mücadelede bir önlem niteliği taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının hasta yaklaşımında eğitim alma gerekliliği ortaya çıkmıştır. (8,9)

Hekimlerin, klinik uygulamalarda sık karşılaştıkları, karar vermede zorlandıkları ve eğitim talep ettikleri etik sorunları belirlemek amaçlı yapılan bir çalışmada, hekimlerin bu konularla karşılaşma sıklığı, başa çıkma gücü ile etik eğitim ihtiyacı sorgulanmış ve etik kurallara uygun hizmet sunmada güçlük yaşadıkları, güçlük yaşanan bu sorunlarla karşılaşma sıklığı ve eğitim talebi tartışılarak bir etik eğitim müfredatı taslağı oluşturulup, sertifika eğitimlerine bu taslak çerçevesinde etik eğitimin eklenmesi önerilmiştir. (10)

Hasta merkezli yaklaşımın benimsendiği günümüzde hasta hakları da dikkate alınarak tıp etiği ilkelerinin şekillendirilmesi gerekmektedir. Bu ilkelerin akademisyenler tarafından klinik öncesi eğitim döneminde hekimlere benimsetilmesi önemlidir. Dünyadaki tüm tıp fakülteleri, giderek artan bir biçimde öğrencilerinin etik öğrenimi için yeterli zaman ve kaynak sağlamaları gerektiğinin farkına varmıştır. Dünya Hekimler Birliği (DHB) ve Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu gibi örgütlerden de bu yönde hareket etmeleri için güçlü bir destek almaktadırlar. (11) Yapılan bir çalışmada tıbbi etik eğitiminin kapsamı gereken maddelerin: I) Hekimlik kimliği ve hekimlik rolünün kazandırılması (12), II) Tıbbi uygulamalarda etik açıdan haklı kararlar verme yeterliliğinin geliştirilmesi (13), III) Tıbbi uygulamalardan doğan sorunları belirleyerek ve çözümüne katkıda bulunarak hasta bakımının kalitesinin artırılması (14), IV) Hastalarla kurulan ilişkilerde, bir hekim olarak sorumlulukların ve hakların bilinmesi (15), V) Hekim adaylarının ve hekimlerin, sağlık hizmetinin sunumunda

kendilerinden ne beklendiğinin farkında olması VI) Empatik yaklaşımda bulunma becerisinin geliştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır.

Tüm dünyada standart bir etik öğretim sağlandığında ise tüm hekimlerin aynı etik dili kullanması sağlanmış olur. Bu şekilde mezuniyet sonrasında etik kuralların mesleki pratikte uygulanması aşamasındaki zorluklar daha kolay aşılabacaktır.

1.2 Amaç

Bu tez çalışmasının amacı tıp etiği ile ilgili bir standardizasyon oluşturarak tüm hekimler için ortak bir etik dil oluşturmak ve hasta yaklaşımında daha profesyonel bir tutum içinde olabilmeleri için yapılabilecekler konusunda fikir oluşturmaktır. Bu şekilde tüm hekimler gerek hasta-hekim ilişkisinde, gerek kendi meslek grubundaki diğer hekimlerle ortak bir yaklaşımda bulunarak bireysel tutum farkından doğan sorunları daha kolay aşacaktır. Bunun yanında hekimler tıbbi uygulamalarda tıp etiği bağlamında bireysel olarak tutum ve davranışlarını gözden geçirme fırsatı bulacaklardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Tanım

Etik: İnsanın toplumsal ölçekte gerçekleştirdiği ve başkalarını ilgilendiren sonuçları olan davranışları ve bunları düşünme süreçleri ile ilgilidir. Bu ilgili oluşun sonucunda etiğin somut olarak ortaya çıkışı üç şekilde olur: I) Felsefik etik davranışlar bağlamında iyinin ne olduğu ve neyin iyi olduğu konusunu ele almakta, insanın ideal davranışını tanımlamayı amaçlamaktadır. II) Toplum yaşamında etiğin karşılığı, insanların birbirleriyle olan ilişkilerinde neleri yapmaları, nelerden kaçınmaları gerektiğiyle ilgili kurallar kümesidir; kısaca genel ahlakıdır. III) Mesleki etik ise belli bir alanda etkinlik gösteren bireylerin uymaları gereken kuralları belirler.(9)

Tıp etiği: Tıbbi ilişkiler çerçevesinde sağlık profesyonellerinin iyi davranmak adına neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiğinin belirlenmesidir. Bu çerçevede soyut düşünme, akıl yürütme ve konulmuş kurallara uyma etkinliklerini kapsar. Tıbbi eylemler çerçevesinde neyin iyi neyin kötü olduğunu, mutlak iyilik ve kötülük olup olmadığını temel alır. (16) Başka bir tanıma göre ise tıp etiği, insanlara tıbbi eylemlerde yol göstererek başlangıç noktasını oluşturan genel ahlak kavramları ile tıbbi uygulamalardaki eğilimleri ortaya çıkaran ilkeler bütünüdür. (2)

Klinik uygulamada etik kurallar doğru tıbbi-etik karar verme becerisi kazandırması nedeniyle, hastaların ve sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmaya, böylece sağlık hizmetinin kalitesini yükseltmeye önemli katkı sağlar.

2.2 Tıp etiğinin temel ilkeleri:

Eski Yunan döneminde Hipokrat, günümüze kadar geçerliliğini koruyan etik ilkeler tanımlamıştır. Bu ilkeler; genç yaşta tıp eğitimine başlamak, beden temizliğine özen göstermek, güzel ahlaklı ve doğru sözlü olmak, yalancı olmamak, kötü kişilerle ilişki kurmamak, hastanın yanında uzun süre kalmamak, doğru sözlü olmak, paraya çok değer vermemek, kötü davranışlarda bulunmamak ve sarhoş olmamak, hasta çağırdığında gitmek, hastaya karşı nazik olmak, sır tutmak, yazdığı ilacı kendi hazırlamamak, hastanın yanına tekrar çağırılana kadar gitmemek, tıptaki yeni gelişmeleri takip etmek, kimseye muhtaç olmamak, yeni ilaçları kanaati olmadan vermemek, çocuk düşürmemek, kimseye hakaret etmemek ve öğüt verici olmak, konsültasyon isterken insancıl olmak ve hasta haklarını gözetmek ve gururlu olmamak olarak maddelendirilmiştir. (2)

Tıp etiği ilkeleri tıbbi uygulamalarda yol gösterici olmaktadır. Bu ilkelerden bazıları tüm dünya genelinde, akademisyenler ve klinisyenler arasında kabul görmüş olan özerkliğe saygı, zarar vermeme, yarar sağlama ve adil olma ilkeleridir. Bu ilkelerin yanı sıra yaşama saygı duyma, aydınlatma ve onam alma, sır saklama, mahremiyete saygı gösterme, dürüstlük, özgecilik, ayrımcılıktan kaçınma, eşitlik, gerçeği söyleme, ihtisasa saygı duyma ve dayanışma da genellikle kabul gören diğer etik kavramlardır. (17,18)

Yapılan bir çalışmada tıp etiği ilkelerinin hayata geçirilmesinin hem mesleki hem de evrensel değerlerin korunmasındaki önemi vurgulanmıştır. (19)

Günümüzde birçok tıbbi kaynakta tanımlanan etik ilkeler arasında en temel olarak kabul edilen beş ilke vardır: I) yararlılık, II) zarar vermeme, III) özerkliğe saygı, IV) aydınlatılmış onam V) adalet ilkeleridir. (2)

Yararlılık İlkesi: Seçilen tedavi yöntemi hastanın en azından ağrısının giderilmesi, acısının hafifletilmesi veya hastalığının şiddetinin azaltılmasını sağlamalıdır. İlaç kullanımının gerekliliği ile ilgili hemşireler, bazı hekimlerin sırf firma kazansın diye fazla ilaç yazdığını, tıbbi gereklilik olmasa bile hastaların ilaç isteklerini geri çevirmediğini ve eczacıların karne yoluyla çok ilaç yazdırdıklarını belirtmişlerdir. (7) Herhangi bir hastalıkla ilgili tedavi seçiminde, tercih edilen tedavi hastanın hastalığına şifa olmayacaksa veya gerekli değilse tercih edilmemelidir. Tıbbın amaçlarına cevap veren tıbbi uygulamaların tercih edilmesi, tıbbi etikte yararlılık ilkesinin gereğidir. (20)

Yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarının olduğu, ancak hastaya yaklaşımlarda ya da hastayla ilgili karar alırken çatışma yaşadıkları görülmektedir. Aynı çalışmada hekim ve hemşirelerin etik duyarlılıklarının en zayıf olduğu ilkenin yararlılık ilkesi olduğu gözlenmiştir. (21)

Zarar Vermeme İlkesi: Bu ilke hastaya zarar vermemenin yanı sıra diğer sağlık çalışanlarına ve topluma da zarar verilmemesi gerektiğini savunur. Hipokrat bu ilkedен bahsederken “önce zarar verme” ifadesini kullanmıştır. Bazen de zarar vermemek adına daha masum kabul edilebilecek bir zarar kabullenilebilmektedir. (22) Bu durumda ilkenin ihlal edileceği durum söz konusu olduğunda en az zarar verilecek şekilde ve ihlalin etkilerini en aza indirecek şekilde tercih yapılmalıdır. (23)

Özerkliğe Saygı İlkesi: Hastanın kendisini etkileyecek konularda son söz sahibi olması anlamına gelir. Tıbbi gelişme sürecinde en çok değişime uğrayan etik kurallardan biridir. Geleneksel tıbbın, hekimin hastasını nasıl tedavi edeceğiyle ilgili bireysel tercihlerinden

uzaklaşp, hastanın da karar verme sürecine dahil edilmesine doğru yön değiştiren bir seyri vardır. Günümüzde birçok anayasal uygulama da hekimlerin tedavi seçiminde bireysel yaklaşımını sınırlandırmaktadır.

Tıbbi ilişkiler çerçevesinde özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşulları; hastanın durumu hakkında anlayabileceği biçimde bilgilendirilmesi, bilgi verilip seğenekler sunulduktan sonra kendisi hakkındaki son kararı vermenin ona bırakılması, tanı ve tedavi amaçlı her bir girişim için ayrı izninin alınması, reddettiği girişimlerin yapılmaması, mahremiyetine saygı gösterilmesi, açık sözlü olunması, gerçeklerin gizlenmemesi, vaat edilenlerin yerine getirilmesi, sırlarının saklanması, durumu hakkında bilgi almak istemiyorsa bu isteğine de saygı gösterilmesi olarak sıralanabilir. (24,25)

Adalet İlkesi: Bu ilke daha çok sağlık kaynaklarının kullanımında sosyal adalet ve eşitliğe önem veren bir yaklaşımı belirler. Ancak pahalı ve sınırlı kaynakların tüm hastalarda eşit olanakla sağlanması güçtür. Son yıllarda her bir hastanın ihtiyacını ve göreceği tıbbi yararı esas alarak dengeler oluşturma, olanakları ve kaynakları paylaşırma formülü genel kabul görmektedir. Konuyu kuramsal düzeyde ele alan kimi yazarlar, eldeki kaynakları herkese mutlak bir eşitlik anlayışı içinde dağıtmayı uygun bulurken kimileri ise bireyin gereksinimi, çabası, katılımı gibi unsurlar üzerinden değerlendirme yapma eğilimi göstermektedir. (26,27) Bu sorunun çözümünde tıp etiği uzmanları, klinisyenler ve sağlık kurumu yetkililerinin yer aldığı görevli kurullar oluşturularak sağlık kaynaklarının dengeli bir şekilde paylaşılması en uygun çözüm olarak görülmektedir.

Aydınlatılmış Onam İlkesi: Hastaya yapılacak müdahalenin hastaya açıklanması gerekmektedir. Aynı zamanda hasta verilen bilgiyi anlamalıdır. Onam gönüllü olmalı ve hastanın onam verme konusunda yeterli olması gerekmektedir. Hastanın bu bilgilendirmeyi anladığını değerlendirecek olan da yine bilgiyi veren kişidir. (28)

Aydınlatılmış onam alınırken hasta, sorumluluğu paylaştığı için bilgi veren hekimin yarar-zarar dengesinin yarar yönde olması için azami özen göstermelidir. Yapılan bir çalışmada hekimlerin klinik uygulamalar sırasında, en çok aydınlatılmış onam sırasında ne kadar bilgi verilmesi gerektiğini belirlemede zorlandıkları tespit edilmiştir. (10)

2.3 Tıp Etiği Tarihçesi

Hasta-hekim ilişkisinin konu alındığı en eski kaynaklar M.Ö. 1800-1750 yıllarında düzenlenen Hammurabi Kanunlarıdır. Bu kanunlarda hekimin sorumluluklarına değinilmiş ve verilecek cezalardan söz edilmiştir. M.Ö. 4. Yüzyılda Konfüçyüs tarafından öne sürülen görüşle birlikte tıpta sosyal ve ahlaki felsefenin etkilerine değinilmiştir. Konfüçyüs en önde gelen değerın insan sevgisi olması gerektiğinden bahsetmiştir. Bu fikri benimseyen hekimler tarafından 13. Yüzyılda “tıbbi hizmetler için kısaslar” isimli bir kitap yayınlanmış ve bu kitapta iyi hekimlerin tıbbi yardıma ihtiyacı olanları tedavi eden ve cömert olan kişiler olduğu vurgulanmıştır. Konfüçyüs’ün geleneksel tıbbi görüşündeki dürüstlük ilkesiyle batı tıbbi etiğinde baskın fikir olan kardeşlik düşüncesi 1933 yılında yayınlanan “Tıbbi Uygulamalar Etiği” isimli kitapta birleştirilmiştir. (2)

M.Ö. 5. Yüzyılda, Eski Yunan toplumunda bilimsel tıbbın ve deontolojinin kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat, günümüze kadar geçerliliğini koruyan kurallarla bir hekimin nasıl olması gerektiğinin ve görevlerinin tanımlandığı “Hipokrat Aforizmaları” adlı kitabı yazmıştır. Hipokrat’a göre hekim dış görünüş bakımından temiz, düzenli ve güler yüzlü olmalı, ahlaki değerlere sahip olmalı, bencil olmamalı ve fazla para istememeli, hasta muayenesi, konsültasyon ve cerrahi müdahaleden kaçmamalı, tıptaki yeni gelişmeleri takip etmeli, sır tutmalı ve gerçeğe uygun rapor düzenlemelidir. (2)

Ortaçağda Hipokrat’ın aforizmaları etkisini sürdürürken acil vakalarda yavaş hareket etme, hastayı terk etme, etkinliği bilinmeyen ilaçları hastasında deneme, uygun ücret alma ve hastanın sırrını saklamama gibi konularda yasal kontroller uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca bu dönemde tıp eğitiminin önemi de vurgulanmıştır. (2)

18. yüzyılda politik etiğın gelişmesiyle, hekimlik artık her yerde bir meslek olarak kabul görmüştür. Politik etik kavramıyla hekim, halkın beklentilerine uygun davranmasının gerekliliğine inanmış, etik sorumlulukları kabul etmiştir. 18. Yüzyılın sonlarında Percival’in yayınladığı “Tıp Hukuku” kitabında “tıp etiği” kavramı ilk kez kullanılmıştır. Bu kitapta tıp etiğinin içeriği olarak hastanelerin sorumlulukları, mesleki davranış biçimi, eczacılarla ilişkiler ve yasaların sorumlulukları konuları işlenmiştir. Bu sorumlulukların ana teması hekimin hastası ve meslektaşları ile ilişkilerinde centilmen olması gerektiğidir. Kitabın içerdiği ahlaki kuralların temelinde ise hekimin hastasına karşı şefkatli ve sabırlı yaklaşması, gizliliğe önem vermesi, meslektaşlarına karşı nezaketli olması gerektiği belirtilir. (2)

19.yüzyıl ortalarında mesleğe uygun olmayan davranışlarda bulunan hekimler hakkında yasal bir sistem oluşturulmuş ve mesleki yeterliliğin gerekliliğinden bahsedilmiştir. Yine bu yüzyılda Cabot tarafından yayınlanan “Tıp Etiği” makalesinde, hastaya yaklaşımda bilimsel tıbbın öne geçtiği yaklaşım sergilenmiş ve ilk kez hastaya tanısının söylenmesi, tedavi ve prognoz hakkında bilgi verilmesi gerektiğine değinilmiştir. 1949 yılında Fletcher sağlık hizmetlerinin sunumunda vicdanın önemine değinmiş ve yetkinin, hekimin görevinden çok hasta hakkına kayması gerektiğini savunmuştur. (2)

20. yüzyılda hekimlerin toplumda saygınlık kazanmasıyla birlikte tıp etiği, politik etik ve deontoloji kavramları yerine oturmuştur. İlkeler ve ödevler herkes tarafından bilinerek onaylanmıştır. (2)

2.4. Uluslararası Bildirgeler

İnsan hakları evrensel bir değerdir. Dil, din, sınıf, cinsiyet, etnik köken gibi ayrımlar gözetilmeksizin, herkesin yasalarla korunan gereksinim ve çıkarlarını ifade eder. 1948 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletlerin İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde insanın, insan olarak doğmaktan gelen hakları olduğu söylenmiştir. Bu haklar kişiseldir, evrenseldir, dokunulamaz ve devredilemez haklardır. Sağlık hakları ise sağlıklı yaşama hakkı ve sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı olarak tanımlanabilir. (11)

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde konferanslar yapılarak hedefler ortaya konulmakta ve bu konuda birçok bildirge yayınlanmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi dünya genelinde bir çabayı gerektirmektedir. Sağlık gelişim politikaları hükümetler, ulusal ve uluslararası örgütler, toplumlar ve bireylerin ortak çabasıyla yürütülürse başarı şansı daha fazladır. Bu bildirgelerden tüm dünyada kabul görenleri Alma-Ata Bildirgesi, Lizbon Bildirgesi, Ottawa Şartı, Adelaide Tavsiyeleri, Amsterdam Bildirgesi, Kopenhag Bildirgesi, Bali Bildirgesi, Ljubljana Bildirgesi, Jakarta Deklarasyonu, Dubrovnik Sözleşmesi olarak sıralanabilir. (2)

Alma-Ata Bildirgesi: 1978 yılında yayınlanmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin açıklandığı ve önceliklerinin vurgulandığı bildirgede, devletin bu hizmetler konusunda görevlerinin neler olduğu üzerinde durulmuştur. Bildirgede yayınlanan öneriler çerçevesinde her ülkenin kendi yapısına uygun bir örgütlenmeyle, belirlenen amaçları uygulaması önerilmiştir. (29) Bildirgede toplantının amaçları şöyle sıralanmıştır: 1) tüm ülkelerde temel sağlık hizmetleri düşüncesini geliştirmek, 2) ulusal düzeyde sağlık örgütlenmeleri ve sağlık hizmetlerinin

içinde, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle ilgili denemeler konusunda bilgi alışverişinde bulunmak, 3) temel sağlık hizmetleriyle ilgili olarak dünyadaki sağlık ve sağlık bakımı durumunu değerlendirmek, 4) temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde ortaya çıkan uygulama zorluklarını giderecek çalışma yöntemlerini araştırmak, 5) temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde teknik işbirliği ve desteğin sağlanması için hükümetlerin ve uluslararası örgütlerin görevlerine açıklık getirmek, 6) temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileri biçimlendirmek olarak sıralanmıştır. (30)

Lizbon Bildirgesi: 1981 yılında yayınlanmıştır. Genel olarak hasta hakları üzerinde durulmuştur. Bildirge maddeleri şöyle sıralanmıştır: 1) hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir, 2) Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir. 3) Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir. 4) Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir. 5) Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir. 6) Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir. (31)

Ottowa Şartı: 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde yayınlanmıştır. Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir. Sağlık için ön koşullar barış, barınma, eğitim, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak sıralanmıştır.

Sağlığı geliştirmek başlığı altındaki amaçlar ise sağlığı destekleyerek politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa yararlı kılınması, varolan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermek ve tüm insanlara eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamak, hükümetlerle sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörleri, gönüllü organizasyonları, yerel yönetimleri ve medyayı ortak bir hedefte birleştirmek olarak belirlenmiştir. Bu amaçlara ulaşmak için sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesinin araç olarak kullanılması önerilmiştir. (32)

Adelaide Tavsiyeleri: 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde yayınlanmıştır. Sağlıklı halk politikasının nasıl olması gerektiği ile ilgili tavsiyeler belirlenmiştir. Tavsiyelerde: 1) halk sağlığı politikasının temel amacının, insanların sağlıklı yaşam sürdürmeleri için destekleyici ortam hazırlamak olduğu, 2) devlet politikaları belirlenirken sağlığı önemli bir

faktör olarak dikkate almaları gerektiği, 3) sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla, 2000 yılına kadar kötü durumda olan ülke ve grupların sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler ve gruplar arası görülen farklılıkları % 25 oranında düşürme, 4) küresel halk sağlığına katkıda bulunmak için uluslararası işbirliği gerektiği, 5) gelecekte gelişebilecek zorluklar ve bunların çözümü için neler yapılabileceği belirtilmiştir. (33)

Amsterdam Bildirgesi: 1994 yılında, Lizbon Bildirgesinde hasta haklarıyla ilgili konunun eksikliklerini tamamlamak için yayınlanmıştır. Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi olarak da adlandırılır. Hasta haklarını bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi başlıkları altında ele almıştır. Sağlık bakımında insan hakları ve değerleri konusunda; insan olduğu için herkesin saygı görmeye, kendi yaşamını belirlemeye, fiziksel ve ruhsal bütünlük içerisinde güvenli bir yaşam sürdürmeye, özel yaşamına saygı gösterilmesine, ahlaki ve kültürel değerlere, dinsel ve felsefi inançlara sahip olmaya ve bunlara saygı gösterilmesine, sağlığının korunması ve en yüksek sağlık seviyesine kavuşmaya hakkının olduğu belirtilmektedir. (34)

Bilgilendirme konusunda; sağlık hizmetleri ve uygulanması bilgilerinin herkes için ulaşılabilir olması gerektiği, hastaların sağlık durumlarıyla ilgili bilgi alma hakkı olduğu, ancak bilgilendirmenin hasta üzerinde olumsuz etkisi olabileceği durumda bilgilendirme hakkının kısıtlanabileceği, bilgilendirmenin hastanın anlayacağı şekilde yapılması gerektiği vurgulanmıştır. (34)

Onay konusunda; herhangi bir tıbbi girişimin hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması koşuluyla yapılabileceği, reddedilen veya durdurulan bir girişimin sonuçlarının hastaya açıklanmasının gerekliliği, hastanın yapılacak girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa ve iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı acil durumlarda hastanın onay verdiği varsayılarak müdahale yapılabileceği, hasta temsilcisinin onay vermediği ancak girişimin yapılması gerektiği durumda kararın mahkemeye ya da hakem heyeti benzeri bir organa bırakılması gerektiği, bilimsel araştırmalar için ise hastanın ayrıca onayının alınma zorunluluğu bulunmaktadır. (34)

Mahremiyet ve özel hayat konusunda; hastaya ait tüm bilgilerin, ölümünden sonra bile gizli kalması gerektiği, bu bilgilerin hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabileceği, diğer sağlık personeline ihtiyaç olduğunda bilgi paylaşılırken hastanın onayı olduğunun varsayılabilmesi, hastanın özel hayatının korunmasını sağlayacak fiziksel

özellikleri ve önlemleri sağlık hizmetini aldığı kurumdan bekleme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. (35)

Bakım ve tedavi konusunda; sağlık hizmetlerinin ayırmsız, koşulsuz, maddi, insani ve finansman kaynaklarından bağımsız olarak herkes için eşit ulaşılabilirlikte olması gerektiği vurgulanmıştır.

Başvuru konusunda; hakların kullanımı sırasında yaşanacak anlaşmazlıklarda hastanın mahkemelere başvurma, hakemlik isteme gibi mekanizmaların olması gerektiği öngörülmüştür. (34)

Kopenhag Bildirgesi: 1994 yılında yayınlanmıştır. Sağlık politikalarıyla ilgili olup Avrupa'da sağlığa yönelik yapılan eleştiriler karşısında gereken değişimlerin yapılması planlanmıştır. Bildirgede eşitsizlik, bulaşıcı hastalıkların yayılması gibi sağlık konusundaki eleştiriler değerlendirilmiştir. Bu konuda gerekli değişimlerin yapılmasını öngörürken, konuyla ilgili hedefler belirlenmesini ve bu hedeflere yönelik izleme ve değerlendirme çalışmalarının geliştirilmelisinin zorunluluğu üzerinde durmaktadır. (35)

Katılımcı üye devletler herkese sağlık hizmeti verilmesini ve hizmeti, en çok ihtiyaç duyan insanlara ve ülkelere yönlendireceklerine ilişkin söz vermişlerdir. Mağdur ve yüksek riskli gruplara ayrıcalıklı destek, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine ve bağımsızlığını yeni kazanmış devletlere öncelikli destek, silahlı çatışma ve afet kurbanlarına destek sağlanması öngörülmüştür. Konferansta daha iyi yönetilen sağlık hizmetlerinin önemine ve gelişimine dikkat çekilmiş ve bu konuda bir eylem planı belirlenmiştir. (35)

Bali Bildirgesi: 1994'de Endonezya'nın Bali kentinde yayınlanmıştır. İçeriğinde Amsterdam bildirgesinde değinilmeyen intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi alma hakkı konularında düzeltmeler yer almaktadır. Hastanın kaliteli tıbbi bakım alma hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilgilendirilme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi alma hakkı, onur hakkı ve dini destek hakkı gibi hasta hakları üzerinde durulmuştur. Diğer hasta hakları bildirelerinden kısmen ayrıldığı konular; intihar girişimi söz konusu olduğunda hekimlerin bilinci kapalı hastayı kurtarmaya gayret etmesi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği vermesi, hasta olmayan kişilerin de sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemler konusunda bilgilendirilmesi gerektiği konularıdır. Bildirgede, herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğunun vurgulanması gereği dile getirilmektedir. (36)

Jakarta Deklarasyonu: 1997 yılında Endonezya'nın Jakarta kentinde yayınlanmıştır. Sağlığı geliştirme eylem planları ve bunların önceliklerine değinilmiştir. Bu eylem planları; 1) sağlığı geliştirmek ve iyi bir sağlık düzeyine sahip olmak değerli ve paha biçilemez bir yatırımdır, 2) sağlık için barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, beslenme, gelir düzeyi gibi ön koşullar vardır, 3) yoksulluk sağlık için en büyük tehdittir, 4) Ottawa şartında belirtilen sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, topluluk eylemlerini güçlendirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme, sağlığın geliştirilmesinde temel teşkil etmektedir, 5) sağlıkla ilgili ortaya çıkan tehditlere karşı yeni eylem planları belirleme zorunluluğu vardır. (37)

Ljubljana Bildirgesi: 1996 yılında yayınlanmıştır. Güneydoğu Avrupa'da sağlık hizmetlerinden yararlanamayan halk için neler yapılabileceği konusuna değinilmiştir. Sağlık reformlarının insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kurallarına dayandırılması gerektiği ve her önemli sağlık reformu için sağlığın kazanılması konusunda kesin hedefler belirlenmesinin önemi vurgulanmıştır.

Sağlık reformlarının finansmanı konusunda, hükümetlerin finansmanı sağlık hizmetini tüm insanlara eşit ve etkili biçimde ulaştırmayı sağlaması gerektiği belirtilmiştir. Yapılacak reformlar, her düzeyde sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve sağlığı korumayı, hayat kalitesini iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve tedavi etmeyi, hastaların rehabilitasyonunu, acı çeken ve ölümcül hastalara bakılmasını temin etmeli, aynı zamanda hastanın ortak karar verme sürecine katılımını güçlendirmenin yanında hizmetin kapsamlı ve sürekli bir şekilde, kültürel çevrelerine uyumlu olarak verilmesinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. (38)

Dubrovnik Sözleşmesi: 2001 yılında Hırvatistan'da yayınlanmıştır. Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi, finansman kaynakları ve sağlıkta kalite konularına değinilmiştir. Bu konular; 1) vatandaşlara uygun, elde edilebilir ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak ve ulaşılabilirliğini sağlamak, 2) toplum ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirmek ve bu yolla sosyal birleşmeyi kuvvetlendirmek, 3) kan ve kan ürünleri konusunda güvenilirlik sağlamak, 4) ücretsiz sunulan entegre acil sağlık bakım servislerini güçlendirmek, 5) bulaşıcı hastalıkların gözetimi ve kontrolünü sağlamak, 6) elde edilebilir ve güvenilir beslenme kaynaklarının oluşturulmasını sağlamak şeklinde maddelendirilmiştir. (39)

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanan çalışma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesine göre hazırlanan Etik Kurul raporu onayı alınıp Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan klinisyen hekimlere ve hemşirelere, çalıştıkları kliniklerde gönüllülük esasına göre elden dağıtılıp toplanarak anket uygulanmıştır. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde de Tıbbi Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak Etik Kurul raporu onayı alınıp klinisyen hekimlere ve hemşirelere çalıştıkları kliniklerde gönüllülük esasına göre elden dağıtılıp toplanarak hazırlanan anket uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı, analitik özellikleri olan bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni Ocak 2004 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesindeki klinisyen hekim ve hemşireler ile Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesindeki klinisyen hekim ve hemşirelerdir.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya katılmayı kabul eden klinisyen hekimler ve kliniklerde çalışan hemşirelerle çalışma yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları

Veri toplamada tıbbi etik konusuyla ilgili yapılan yayınlar incelenerek tıbbi etik başlığı altında önemli olan ilkelere uygun olarak hazırlanan sorulardan oluşturulmuş olan anket kullanılmıştır. Araştırmanın verileri kişilerin yaşı, cinsiyeti, çalıştığı klinik, görevi ve ünvanı soruldu. Anketteki diğer sorular ise;

Klinikte çalışan hekimin tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor olması, hekimin gönüllü olarak asistan, intörnler veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenlemesi, kıdemli doktorun yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını isteyip kıdemli doktorun girişiminin tekniğini açıklayıp yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılması, hekim klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda

bulunarak onları utandırması, hekimin nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddedip nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılması, hekimin çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin vermesi ve bu nedenle ilaç mümessillerinin de hekimden randevu almadan ziyarete gelip hekime düzenli olarak hediyeler vermesi, hekimin çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunması, hekimin çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramayıp işlerin aksamasına neden olması, hekimin hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılması, hekimin uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete etmesi, hekimin hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi vermesi, hekimin hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul etmesi, hekimin hastasına çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlaması veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlaması, hekimin tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmaması, tedaviye karar verirken hastanın fikrini almaması, hekimin hastasına verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermemesi, hekimin kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizleyip konuyu yalnızca hastanın yakınları ile paylaşması, hekimin sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabilmesi, hekimin hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapması, hekimin hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almayıp hastanın hissettiklerini önemsememesi, hekimin hastalarından çeşitli hediyeler talep etmesi, hekimin çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletmesi, hekimin hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakârlıkta bulunması, hekimin hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermemesi, hekimin klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ederek herkese eşit davranmaması konularının kliniklerde ne kadar sıklıkta yaşandığı ve bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğunu sorgulayan anket yoluyla veriler elde edilmiştir. Soruların her birinde görülme sıklığı yüzdeler ölçek üzerinden değerlendirilirken, davranışın kabul edilebilirliği maddeler halinde düzenlenmiş şıklar üzerinden cevaplandırılmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli

Anket çalışması Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında, beş ay boyunca çalışmaya katılmayı kabul eden klinisyen hekim ve hemşirelere, gönüllülük esasına göre

uygulanmıştır. Anketler kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelere elden dağıtılıp toplanmıştır. Çalışmaya katılan kişilere araştırmanın içeriği ile ilgili bilgi verildikten sonra anket uygulanmıştır. Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında çalışmaya katılan 188 hekim ve 139 hemşire ile toplamda 327 kişinin katılımıyla çalışma tamamlanmıştır.

3.7. Veri Analizi

Uygulanan anketteki veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences Version 18.0) istatistik programına aktarılmış olup veriler sayı, yüzde ve ortalama olarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

3.9. Etik Konular

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı
2. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı
3. Araştırmaya katılmayı kabul eden her kişiye araştırma hakkında bilgi verilerek gönüllüler için bilgilendirilmiş olur formu dolduruldu.

3.10. Araştırmanın Takvimi

Ocak 2014 tarihinden itibaren konu ile ilgili literatür taramasına başlandı. Tıbbi etik konusuyla ilgili yapılan çalışmalar toplandı ve Mayıs 2014 tarihinden önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı. Araştırmanın veri toplama süreci Ocak 2014 ve Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.11. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden klinisyen hekimler ve kliniklerde çalışan hemşireler çalışmaya alındı.

3.12. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Kliniklerde çalışmayan hekim ve hemşireler çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Demografik Özellikleri

4.1.1. Çalışmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Çalışmaya toplamda 125'i erkek (% 38,2), 202'si kadın (% 61,8) olmak üzere 327 kişi katıldı. Hekimlerin yaş ortalaması $32,37 \pm 7,78$ iken hemşirelerin yaş ortalaması $30,06 \pm 7,27$ olarak saptandı. Yaş gruplarına göre sayı ve yüzdeleri Tablo 4.1.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Çalışmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	Sayı	Yüzde
25 yaş ve altı	67	20,5
25-35 yaş arası	172	52,6
35 yaş ve üstü	88	26,9
Total	327	100,0

4.1.2. Çalışmaya Katılanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Katılımcıların 188'i doktor (% 57,5), 139'u hemşire (% 42,5) idi. Katılımcı erkeklerin 116'sı hekim (% 62,0), 9'u hemşire (% 6,4) iken kadınların 72'si hekim (% 38,0), 130'u (%64,4) hemşire idi. Meslek gruplarına göre katılımcıların sayı ve yüzdeleri Tablo 4.1.2.'de ve hekimlerin ünvanları Tablo 4.1.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Cinsiyet		Sayı	Yüzde
Erkek	Doktor	116	92,8
	Hemşire	9	7,2
	Toplam	125	100,0
Kadın	Doktor	72	35,6
	Hemşire	130	64,4
	Toplam	202	100,0

Tablo 4.1.3. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Ünvanlarına Göre Dağılımı

Görev	Sayı	Yüzde
Profesör	15	8,0
Doçent	10	5,3
Yardımcı doçent	14	7,4
Uzman	11	5,9
Asistan	138	73,4
Total	188	100,0

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Elde Edilen Sonuçlar

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor.” sorusuna katılımcılardan 150 kişi çalıştıkları klinikte bu durumun % 20 ve daha az sıklıkta gözlendiğini belirtti. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1. Hekimlerin Kendi Deneyimlerine Göre Tedavi Düzenlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	30	21	11	5	0	67
	25-35 yaş arası	69	34	45	20	4	172
	35 yaş ve üstü	51	15	12	7	3	88
Toplam		150	70	68	32	7	327

Hekimlerin tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna 153 katılımcı bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Yaş arttıkça kabul edilebilirlik oranında artış olduğu gözlemlendi. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.2. Hekimlerin Kendi Deneyimlerine Göre Tedavi Düzenlemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	7	11	26	22	1	67
	25-35 yaş arası	11	19	39	96	7	172
	35 yaş ve üstü	13	18	20	35	2	88
Toplam		31	48	85	153	10	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim gönüllü olarak asistan, intörnler veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenliyor.” sorusuna katılımcılardan 122 kişi bu durumun çalıştıkları klinikte % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.3.’de verilmiştir.

Tablo 4.2.3. Hekimin Gönüllü Olarak Eğitici Konferans Düzenlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş grubu	25 yaş ve altı	26	25	4	6	6	67
	25-35 yaş arası	64	42	28	22	16	172
	35 yaş ve üstü	32	18	21	9	8	88
Toplam		122	85	53	37	30	327

Hekimlerin gönüllü olarak asistan, intörnler veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenlemesinin ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna 130 kişi bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.4.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.4. Hekimin Gönüllü Olarak Eğitici Konferans Düzenlemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	8	13	11	19	16	66
	25-35 yaş arası	11	27	24	70	40	171
	35 yaş ve üstü	5	9	10	41	23	88
Toplam		24	49	45	130	79	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kıdemli doktor yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını istiyor. Kıdemli doktor girişimin tekniğini açıklıyor ve yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılıyor.” sorusuna katılımcılardan 243 kişi bu durumun kliniklerinde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.5’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.5. Kıdemli Hekimin Yeni Başlayan Hekimden Talepleri Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	48	10	6	1	2	67
	25-35 yaş arası	130	22	11	6	3	172
	35 yaş ve üstü	65	11	9	1	2	88
Toplam		243	43	26	8	7	327

Kıdemli doktorun yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını isteyerek girişimin tekniğini açıklayıp, yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna 180 kişi bu durumun kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.6’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.6. Kıdemli Hekimin Yeni Başlayan Hekimden Taleplerinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	40	18	3	5	1	67
	25-35 yaş arası	84	46	18	16	8	172
	35 yaş ve üstü	56	21	3	7	1	88
Toplam		180	85	24	28	10	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda bulunarak onları utandırıyor.” sorusuna katılımcılardan 212 kişi çalıştıkları klinikte bu durumun % 20 ve az sıklıkta olduğunu belirtti. Katılımcıların verdiği cevaplar Tablo 4.2.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.7. Hekimin Sesini Yükselterek Konuşma ve Aşağılama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	39	13	6	7	2	67
	25-35 yaş arası	107	34	18	11	2	172
	35 yaş ve üstü	66	14	5	1	2	88
Toplam		212	61	29	19	6	327

Hekimin, klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda bulunarak onları utandırıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 221 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş gruplarıyla verilen yanıtlar arasında istatistiksel anlamlılık yoktu. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.8. Hekimin Sesini Yükselterek Konuşma ve Aşağılamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	50	13	2	2	0	67
	25-35 yaş arası	112	37	13	8	2	172
	35 yaş ve üstü	59	21	3	5	0	88
Toplam		221	71	18	15	2	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizdeki hekim nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddediyor. Nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılıyor.” sorusuna katılımcılardan 258 kişi bu durumun çalıştıkları klinikte % 20 ve daha az sıklıkta gözlendiğini belirtti. Katılımcıların verdikleri cevaplar Tablo 4.2.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.9. Hekimin Sabah Toplantılarına Katılmayı Reddetme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	48	8	9	0	2	67
	25-35 yaş arası	134	18	15	3	2	172
	35 yaş ve üstü	76	2	9	1	0	88
Toplam		258	28	33	4	4	327

Hekimin nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddederek nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 144 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.10’da verilmiştir.

Tablo 4.2.10. Hekimin Sabah Toplantılarına Katılmayı Reddetmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	31	20	6	8	2	67
	25-35 yaş arası	63	50	26	22	11	172
	35 yaş ve üstü	50	18	10	8	2	88
Toplam		144	88	42	38	15	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin veriyor. Bu nedenle ilaç mümessilleri de hekimden randevu almadan ziyarete geliyor. Hekime düzenli olarak hediyeler veriyor.” sorusuna katılımcılardan 227 kişi çalıştıkları kliniklerde bu durumun % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.11. Hekimin İlaç Mümessillerinin Çalışmasına İzin Verme ve Onlardan Hediye Alma Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş grubu	25 yaş ve altı	52	5	5	3	2	67
	25-35 yaş arası	108	23	22	11	8	172
	35 yaş ve üstü	67	8	7	5	1	88
Toplam		227	36	34	19	11	327

Hekimin çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin veriyor ve bu nedenle ilaç mümessilleri de hekimden randevu almadan ziyarete gelip hekime düzenli olarak hediyeler veriyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 114 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.12. Hekimin İlaç Müessesilerinin Çalışmasına İzin Verme ve Onlardan Hediye Kabul Almasının Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	24	19	17	6	1	67
	25-35 yaş arası	53	51	31	33	4	172
	35 yaş ve üstü	37	30	10	10	1	88
Toplam		114	100	58	49	6	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunuyor.” sorusuna katılımcılardan 319 kişi % 20 ve daha az oranda çalıştıkları klinikte bu durumun görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.13. Hekimin Cinsel Açıdan Uygunsuz Davranışta Bulunma Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%40-%60 arası	%60-%80 arası	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	65	2	0	67
	25-35 yaş arası	168	3	1	172
	35 yaş ve üstü	86	2	0	88
Toplam		319	7	1	327

Hekimin çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunuyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 294 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.14’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.14. Hekimin Cinsel Açından Uygunuz Davranışta Bulunmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	60	2	1	1	3	67
	25-35 yaş arası	152	11	2	1	6	172
	35 yaş ve üstü	82	0	4	1	1	88
Toplam		294	13	7	3	10	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramıyor ve işlerin aksamasına neden oluyor.” sorusuna katılımcılardan 278 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.15’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.15. Hekimin Özel İşlerinden Dolayı Klinikteki İşlerini Aksatması Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş grubu	25 yaş ve altı	51	8	6	1	1	67
	25-35 yaş arası	147	16	7	1	1	172
	35 yaş ve üstü	80	6	1	1	0	88
Toplam		278	30	14	3	2	327

Hekimin çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramaması ve işlerin aksamasına neden olması durumunun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 196 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.16’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.16. Hekimin Özel İşlerinden Dolayı Klinikteki İşlerini Aksatmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	38	23	1	5	0	67
	25-35 yaş arası	97	52	12	5	6	172
	35 yaş ve üstü	61	22	1	2	2	88
Toplam		196	97	14	12	8	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılıyor.” sorusuna katılımcılardan 237 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.17. Hekimin Hastaya Konuşma Hakkı Vermemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	42	14	6	5	0	67
	25-35 yaş arası	123	28	13	4	4	172
	35 yaş ve üstü	72	10	4	1	1	88
Toplam		237	52	23	10	5	327

Hekimin hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 152 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.18’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.18. Hekimin Hastaya Konuşma Hakkı Vermemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	31	30	3	2	1	67
	25-35 yaş arası	71	79	13	5	4	172
	35 yaş ve üstü	50	31	4	3	0	88
Toplam		152	140	20	10	5	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor.” sorusuna katılımcılardan 299 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.19. Hekimin Temel Tıbbi Kaynaklara Göre Değersiz, Pahalı İlaçları Reçete Etme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	59	3	0	3	2	67
	25-35 yaş arası	156	9	5	2	0	172
	35 yaş ve üstü	84	4	0	0	0	88
Toplam		299	16	5	5	2	327

Hekimin uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 181 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.20’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.20. Hekimin Temel Tıbbi Kaynaklara Göre Değersiz, Pahalı İlaçları Reçete Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	34	18	8	5	2	67
	25-35 yaş arası	94	48	17	8	5	172
	35 yaş ve üstü	53	28	5	1	1	88
Toplam		181	94	30	14	8	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor.” sorusuna katılımcılardan 177 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.21. Hekimin Hastadan İzinsiz, Hasta Yakınlarına Bilgi Verme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	30	15	5	9	8	67
	25-35 yaş arası	92	22	20	22	16	172
	35 yaş ve üstü	55	8	8	10	7	88
Toplam		177	45	33	41	31	327

Hekimin hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 92 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.22’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.22. Hekimin Hastadan İzinsiz, Hasta Yakınlarına Bilgi Vermesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	16	19	10	20	2	67
	25-35 yaş arası	50	30	33	48	11	172
	35 yaş ve üstü	26	20	15	21	6	88
Toplam		92	69	58	89	19	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul ediyor.” sorusuna katılımcılardan 162 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.23’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.23. Hekimin Hastanın Gönüllü Getirdiği Hediyeleri Kabul Etme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	34	16	7	7	3	67
	25-35 yaş arası	83	33	37	9	10	172
	35 yaş ve üstü	45	13	17	10	3	88
Toplam		162	62	61	26	16	327

Hekimin hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul ediyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 139 kişi bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.24’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.24. Hekimin Hastanın Gönüllü Getirdiği Hediye­leri Kabul Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	8	13	16	26	4	67
	25-35 yaş arası	19	17	48	76	12	172
	35 yaş ve üstü	7	16	25	37	3	88
Toplam		34	46	89	139	19	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlıyor veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlıyor.” sorusuna katılımcılardan 278 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.25’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.25. Hekimin Hastasına Gereksiz İlaç Başlama veya Cerrahi Tedavi Planlama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	53	5	3	2	4	67
	25-35 yaş arası	148	17	6	1	0	172
	35 yaş ve üstü	77	11	0	0	0	88
Toplam		278	33	9	3	4	327

Hekimin hastasına, çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlaması veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlamasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 172 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.26’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.26. Hekimin Hastasına Gereksiz İlaç Başlama veya Cerrahi Tedavi Planlamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	33	23	8	3	0	67
	25-35 yaş arası	88	55	20	7	2	172
	35 yaş ve üstü	51	26	6	4	1	88
Toplam		172	104	34	14	3	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmıyor, tedaviye karar verirken hastanın fikrini almıyor.” sorusuna katılımcılardan 218 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.27’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.27. Hekimin Tedavi Düzenlerken Hastanın Fikrini Almama Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	45	8	5	5	4	67
	25-35 yaş arası	106	31	17	14	4	172
	35 yaş ve üstü	67	14	3	1	3	88
Toplam		218	53	25	20	11	327

Hekimin tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmayıp tedaviye karar verirken hastanın fikrini almamasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 120 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.28’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.28. Hekimin Tedavi Düzenlerken Hastanın Fikrini Almamasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	26	24	5	10	2	67
	25-35 yaş arası	59	51	34	26	2	172
	35 yaş ve üstü	35	38	7	7	1	88
Toplam		120	113	46	43	5	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermiyor.” sorusuna katılımcılardan 227 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.29’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.29. Hekimin Hastaya Tedavi Hakkında Bilgi Vermeme Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	47	5	11	4	0	67
	25-35 yaş arası	118	31	13	8	2	172
	35 yaş ve üstü	62	15	7	2	2	88
Toplam		227	51	31	14	4	327

Hekimin hastasına, verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermiyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 131 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.30’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.30. Hekimin Hastaya Tedavi Hakkında Bilgi Vermemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	36	23	5	3	0	67
	25-35 yaş arası	62	66	28	12	4	172
	35 yaş ve üstü	33	37	12	6	0	88
Toplam		131	126	45	21	4	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizliyor. Konuyu öncelikle hastanın yakınları ile paylaşıyor.” sorusuna katılımcılardan 227 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.31’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.31. Hekimin Tanıyı Hastadan Gizlemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	36	11	9	3	8	67
	25-35 yaş arası	73	26	34	15	24	172
	35 yaş ve üstü	33	14	12	13	16	88
Toplam		142	51	55	31	48	327

Hekimin, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizleyip konuyu öncelikle hastanın yakınları ile paylaşıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 102 kişi bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.32’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.32. Hekimin Tanıyı Hastadan Gizlemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	17	10	14	22	4	67
	25-35 yaş arası	33	16	57	49	17	172
	35 yaş ve üstü	11	16	22	31	8	88
Toplam		61	42	93	102	29	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabiliyor.” sorusuna katılımcılardan 102 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 60 - % 80 sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.33’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.33. Hekimin Sağlık Hizmetleri Sınırlıyken Kaynakları Uygun Kullanabilmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	11	10	6	20	20	67
	25-35 yaş arası	21	21	30	46	54	172
	35 yaş ve üstü	8	10	10	36	24	88
Toplam		40	41	46	102	98	327

Hekimin sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabiliyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 170 kişi bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.34’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.34. Hekimin Sağlık Hizmetleri Sınırlıyken Kaynakları Uygun Kullanabilmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	4	6	6	28	23	67
	25-35 yaş arası	7	13	22	91	39	172
	35 yaş ve üstü	5	3	6	51	23	88
Toplam		16	22	34	170	85	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapıyor.” sorusuna katılımcılardan 297 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.35’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.35. Hekimin Hastalar Arasında Ayrımcılık Yapması Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	57	6	1	2	1	67
	25-35 yaş arası	158	6	4	3	1	172
	35 yaş ve üstü	82	4	0	1	1	88
Toplam		297	16	5	6	3	327

Hekimin hastaları arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 248 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.36’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.36. Hekimin Hastalar Arasında Ayırmıcılık Yapmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	50	13	1	2	1	67
	25-35 yaş arası	131	27	6	4	4	172
	35 yaş ve üstü	67	15	1	3	2	88
Toplam		248	55	8	9	7	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almıyor, hastanın hissettiklerini önemsemiyor.” sorusuna katılımcılardan 232 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.37’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.37. Hekimin Hastanın Hislerini Önemsememesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	46	14	3	3	1	67
	25-35 yaş arası	120	26	12	10	4	172
	35 yaş ve üstü	66	13	4	4	1	88
Toplam		232	53	19	17	6	327

Hekimin hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almayıp hastanın hissettiklerini önemsemiyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 170 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.38’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.38. Hekimin Hastanın Hislerini Önemsememesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	33	29	3	2	0	67
	25-35 yaş arası	89	57	17	8	1	172
	35 yaş ve üstü	48	33	4	3	0	88
Toplam		170	119	24	13	1	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastalarından çeşitli hediyeler talep ediyor.” sorusuna katılımcılardan 309 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.39’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.39. Hekimin Hastalarından Hediye Talep Etmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	62	4	1	0	67
	25-35 yaş arası	162	6	3	1	172
	35 yaş ve üstü	85	3	0	0	88
Toplam		309	13	4	1	327

Hekimin hastalarından çeşitli hediyeler talep ediyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 254 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.40’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.40. Hekimin Hastalarından Hediye Talep Etmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	51	12	2	2	0	67
	25-35 yaş arası	133	22	6	4	7	172
	35 yaş ve üstü	70	13	2	3	0	88
Toplam		254	47	10	9	7	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletiyor.” sorusuna katılımcılardan 261 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.41’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.41. Hekimin Hastalarını Bekletmesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	48	5	9	2	3	67
	25-35 yaş arası	135	23	5	7	2	172
	35 yaş ve üstü	78	8	1	1	0	88
Toplam		261	36	15	10	5	327

Hekimin çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletiyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 140 kişi bu durumun kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.42’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.42. Hekimin Hastalarını Bekletmesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	27	30	6	4	0	67
	25-35 yaş arası	66	64	17	18	7	172
	35 yaş ve üstü	34	46	3	5	0	88
Toplam		127	140	26	27	7	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakârlıkta bulunuyor.” sorusuna katılımcılardan 111 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 90 ve daha fazla sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.43’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.43. Hekimin Hastaları İçin Fedakarlıkta Bulunması Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	13	13	6	12	23	67
	25-35 yaş arası	22	26	26	33	65	172
	35 yaş ve üstü	23	11	13	18	23	88
Toplam		58	50	45	63	111	327

Hekimin hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakarlıkta bulunuyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 151 kişi bu

durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.44’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.44. Hekimin Hastaları İçin Fedakarlıkta Bulunmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	2	5	14	31	15	67
	25-35 yaş arası	13	21	29	77	32	172
	35 yaş ve üstü	1	7	15	43	22	88
Toplam		16	33	58	151	69	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermiyor.” sorusuna katılımcılardan 276 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.45’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.45. Hekimin Hastaların Mahremiyetine Saygı Göstermemesi Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	55	5	3	4	0	67
	25-35 yaş arası	141	19	6	5	1	172
	35 yaş ve üstü	80	2	4	0	2	88
Toplam		276	26	13	9	3	327

Hekimin hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermiyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 205

kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.46’da gösterilmiştir.

Tablo 4.2.46. Hekimin Hastaların Mahremiyetine Saygı Göstermemesinin Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	37	23	2	1	4	67
	25-35 yaş arası	105	48	4	7	8	172
	35 yaş ve üstü	63	19	0	5	1	88
Toplam		205	90	6	13	13	327

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ediyor, herkese eşit davranmıyor.” sorusuna katılımcılardan 225 kişi bu durumun çalıştıkları kliniklerde % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.47’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.47. Hekimin Klinikte Görev Dağılımı Yaparken Bireysel İlişkilerine Göre Davranması Sıklığına Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

Yüzde		%20 ve altı	%20-%40 arası	%40-%60 arası	%60-%80 arası	%90 ve üzeri	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	43	11	6	4	3	67
	25-35 yaş arası	113	22	25	10	2	172
	35 yaş ve üstü	69	8	6	3	2	88
Toplam		225	41	37	17	7	327

Hekimin klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ederek herkese eşit davranmıyor olmasının ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna katılımcılardan 183 kişi bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Katılımcıların bu soruya verdiği cevaplar Tablo 4.2.48’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.48. Hekimin Klinikte Görev Dağılımı Yaparken Bireysel İlişkilerine Göre Davranmasının Kabul Edilebilirliğine Yaş Gruplarına Göre Verilen Cevaplar

		Kesinlikle kabul edilemez	Kabul edilemez	Kararsızım	Kabul edilebilir	Kesinlikle kabul edilebilir	Toplam
Yaş Grubu	25 yaş ve altı	33	26	4	4	0	67
	25-35 yaş arası	95	56	11	8	2	172
	35 yaş ve üstü	55	22	5	6	0	88
Toplam		183	104	20	18	2	327

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Elde Edilen Sonuçlar

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor” sorusuna kadınlardan 104 kişi (% 51,5) % 20 ve daha az sıklıkta, 44 kişi (% 21,8) % 20-% 40 arasında, 32 kişi (% 15,8) % 40-% 60 arasında, 17 kişi (% 8,4) % 60-% 80 arasında, 5 kişi (% 2,5) % 90 ve üzerinde sıklıkta, erkeklerden 46 kişi (% 36,8) % 20 ve daha az sıklıkta, 26 kişi (% 20,8) % 20-% 40 arasında, 36 kişi (% 28,8) % 40-% 60 arasında, 15 kişi (% 12,0) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 24 kişi (% 11,9) kesinlikle kabul edilemez, 35 kişi (% 17,3) kabul edilemez, 57 kişi (% 28,2) kararsızım, 83 kişi (% 41,1) kabul edilebilir, 3 kişi (% 1,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 7 kişi (% 5,6) kesinlikle kabul edilemez, 13 kişi (%10,4) kabul edilemez, 28 kişi (% 22,4) kararsızım, 70 kişi (% 56,0) kabul edilebilir, 7 kişi (% 5,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim gönüllü olarak asistan, intörner veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenliyor.” sorusuna kadınlardan 82 kişi (% 40,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 53 kişi (% 26,2) % 20-% 40 arasında, 27 kişi (% 13,4) % 40-% 60 arasında, 22 kişi (% 10,9) % 60-% 80

arasında, 18 kişi (% 8,9) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 40 kişi (% 32,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 32 kişi (% 25,6) % 20-% 40 arasında, 26 kişi (% 20,8) % 40-% 60 arasında, 15 kişi (% 12,0) % 60-% 80 arasında, 12 kişi (% 9,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 17 kişi (% 8,4) kesinlikle kabul edilemez, 27 kişi (% 13,4) kabul edilemez, 28 kişi (% 13,9) kararsızım, 78 kişi (% 38,6) kabul edilebilir, 52 kişi (% 25,7) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 7 kişi (% 5,6) kesinlikle kabul edilemez, 22 kişi (% 17,6) kabul edilemez, 17 kişi (% 13,6) kararsızım, 52 kişi (% 41,6) kabul edilebilir, 27 kişi (% 21,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kıdemli doktor yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını istiyor. Kıdemli doktor girişimin tekniğini açıklıyor ve yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılıyor.” sorusuna kadınlardan 147 kişi (% 72,8) % 20 ve daha az sıklıkta, 32 kişi (% 15,8) % 20-% 40 arasında, 13 kişi (% 6,4) % 40-% 60 arasında, 5 kişi (% 2,5) % 60-% 80 arasında, 5 kişi (% 2,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 96 kişi (% 76,8) % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi (% 8,8) % 20-% 40 arasında, 13 kişi (% 10,4) % 40-% 60 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 117 kişi (% 57,9) kesinlikle kabul edilemez, 54 kişi (% 26,7) kabul edilemez, 13 kişi (% 6,4) kararsızım, 13 kişi (% 6,4) kabul edilebilir, 5 kişi (% 2,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 63 kişi (% 50,4) kesinlikle kabul edilemez, 31 kişi (% 24,8) kabul edilemez, 11 kişi (% 8,8) kararsızım, 15 kişi (% 12,0) kabul edilebilir, 5 kişi (% 4,0) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda bulunarak onları utandırıyor.” sorusuna kadınlardan 124 kişi (% 61,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 37 kişi (% 18,3) % 20-% 40 arasında, 19 kişi (% 9,4) % 40-% 60 arasında, 17 kişi (% 8,4) % 60-% 80 arasında, 5 kişi (% 2,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 88 kişi (% 70,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 24 kişi (% 19,2) % 20-% 40 arasında, 10 kişi (% 8,0) % 40-% 60 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 60-% 80 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 152 kişi (% 75,2) kesinlikle kabul edilemez, 41 kişi (% 20,3) kabul edilemez, 5 kişi (% 2,5) kararsızım, 3 kişi (% 1,5) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 69 kişi (% 55,2) kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi (% 24,0) kabul edilemez, 13 kişi (% 10,4) kararsızım, 12 kişi (% 9,6) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddediyor. Nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılıyor.” sorusuna kadınlardan 154 kişi (% 76,2) % 20 ve daha az sıklıkta, 16 kişi (% 7,9) % 20-% 40 arasında, 24 kişi (% 11,9) % 40-% 60 arasında, 4 kişi (% 2,0) % 60-% 80 arasında, 4 kişi (% 2,0) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 104 kişi (% 83,2) % 20 ve daha az sıklıkta, 12 kişi (% 9,6) % 20-% 40 arasında, 9 kişi (% 7,2) % 40-% 60 arasında sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 85 kişi (% 42,1) kesinlikle kabul edilemez, 55 kişi (% 27,2) kabul edilemez, 31 kişi (% 15,3) kararsızım, 22 kişi (% 10,9) kabul edilebilir, 9 kişi (% 4,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 59 kişi (% 47,2) kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi (% 26,4) kabul edilemez, 11 kişi (% 8,8) kararsızım, 16 kişi (% 12,8) kabul edilebilir, 6 kişi (% 4,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin veriyor. Bu nedenle ilaç mümessilleri de hekimden randevu almadan ziyarete geliyor. Hekime düzenli olarak hediyeler veriyor.” sorusuna kadınlardan 142 kişi (% 70,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 22 kişi (% 10,9) % 20-% 40 arasında, 18 kişi (% 8,9) % 40-% 60 arasında, 12 kişi (% 5,9) % 60-% 80 arasında, 8 kişi (% 4,0) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 85 kişi (% 68,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 14 kişi (% 11,2) % 20-% 40 arasında, 16 kişi (% 12,8) % 40-% 60 arasında, 7 kişi (% 5,6) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 72 kişi (% 35,6) kesinlikle kabul edilemez, 60 kişi (% 29,7) kabul edilemez, 40 kişi (% 19,8) kararsızım, 27 kişi (% 13,4) kabul edilebilir, 3 kişi (% 1,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 42 kişi (% 33,6) kesinlikle kabul edilemez, 40 kişi (% 32,0) kabul edilemez, 18 kişi (% 14,4)

kararsızım, 22 kişi (% 17,6) kabul edilebilir, 3 kişi (% 2,4) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunuyor.” sorusuna kadınlardan 196 kişi (% 97,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi (% 2,5) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,5) % 60-% 80 arasında, erkeklerden 123 kişi (% 98,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 2 kişi (% 1,6) % 40-%60 arasında kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 184 kişi (% 91,1) kesinlikle kabul edilemez, 7 kişi (% 3,5) kabul edilemez, 4 kişi (% 2,0) kararsızım, 2 kişi (% 1,0) kabul edilebilir, 5 kişi (% 2,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 110 kişi (% 88,0) kesinlikle kabul edilemez, 6 kişi (% 4,8) kabul edilemez, 3 kişi (% 2,4) kararsızım, 1 kişi (% 0,8) kabul edilebilir, 5 kişi (% 4,0) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramıyor ve işlerin aksamasına neden oluyor.” sorusuna kadınlardan 174 kişi (% 86,1) % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi (% 7,4) % 20-% 40 arasında, 9 kişi (% 4,5) % 40-% 60 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 104 kişi (% 83,2) % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi (% 12,0) % 20-% 40 arasında, 5 kişi (% 4,0) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 60-% 80 arasında sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 119 kişi (% 58,9) kesinlikle kabul edilemez, 67 kişi (% 33,2) kabul edilemez, 6 kişi (% 3,0) kararsızım, 6 kişi (% 3,0) kabul edilebilir, 4 kişi (% 2,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 77 kişi (% 61,6) kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi (% 24,0) kabul edilemez, 8 kişi (% 6,4) kararsızım, 6 kişi (% 4,8) kabul edilebilir, 4 kişi (% 3,2) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılıyor.” sorusuna kadınlardan 142 kişi (% 70,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 37 kişi (% 18,3) % 20-% 40 arasında, 13 kişi (% 6,4) % 40-% 60 arasında, 7 kişi (% 3,5) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 1,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 95 kişi (% 76,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi (% 12,0) % 20-% 40 arasında, 10 kişi (% 8,0) % 40-% 60 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 98 kişi (% 48,5) kesinlikle kabul edilemez, 92 kişi (% 45,5) kabul edilemez, 9 kişi (% 4,5) kararsızım, 2 kişi (% 1,0) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 54 kişi (% 43,2) kesinlikle kabul edilemez, 48 kişi (% 38,4) kabul edilemez, 11 kişi (% 8,8) kararsızım, 8 kişi (% 6,4) kabul edilebilir, 4 kişi (% 3,2) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor.” sorusuna kadınlardan 187 kişi (% 92,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi (% 4,5) % 20-% 40 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 40-% 60 arasında, 4 kişi (% 2,0) % 60-% 80 arasında, erkeklerden 112 kişi (% 89,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi (% 5,6) % 20-% 40 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 107 kişi (% 53,0) kesinlikle kabul edilemez, 61 kişi (% 30,2) kabul edilemez, 20 kişi (% 5,9) kararsızım, 10 kişi (% 5,0) kabul edilebilir, 4 kişi (% 2,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 74 kişi (% 59,2) kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi (% 26,4) kabul edilemez, 10 kişi (% 8,0) kararsızım, 4 kişi (% 3,2) kabul edilebilir, 4 kişi (% 3,2) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor.” sorusuna kadınlardan 112 kişi (% 55,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 26 kişi (% 12,9) % 20-% 40 arasında, 21 kişi (% 10,4) % 40-% 60 arasında, 22 kişi (% 10,9) % 60-% 80 arasında, 21 kişi (% 10,4) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 65 kişi (% 72,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 19 kişi (% 15,2) % 20-% 40 arasında, 12 kişi (% 9,6) % 40-% 60 arasında, 19 kişi (% 15,2) % 60-% 80 arasında, 10 kişi (% 8,0) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 62 kişi (% 30,7) kesinlikle kabul edilemez, 39 kişi (% 19,3) kabul edilemez, 40 kişi (% 19,8) kararsızım, 49 kişi (% 24,3) kabul edilebilir, 12 kişi (% 5,9) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 30 kişi (% 24,0) kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi (% 24,0) kabul edilemez, 18 kişi (% 14,4) kararsızım, 40 kişi (% 32,0) kabul edilebilir, 7 kişi (% 5,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul ediyor.” sorusuna kadınlardan 100 kişi (% 49,5) % 20 ve daha az sıklıkta, 37 kişi (% 18,3) % 20-% 40 arasında, 36 kişi (% 17,8) % 40-% 60 arasında, 15 kişi (% 7,4) % 60-% 80 arasında, 14 kişi (% 6,9) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 62 kişi (% 49,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 25 kişi (% 20,0) % 20-% 40 arasında, 25 kişi (% 20,0) % 40-% 60 arasında, 11 kişi (% 8,8) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 20 kişi (% 9,9) kesinlikle kabul edilemez, 26 kişi (% 12,9) kabul edilemez, 58 kişi (% 28,7) kararsızım, 89 kişi (% 44,1) kabul edilebilir, 9 kişi (% 4,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 14 kişi (% 11,2) kesinlikle kabul edilemez, 20 kişi (%16,0) kabul edilemez, 31 kişi (% 24,8) kararsızım, 50 kişi (% 40,0) kabul edilebilir, 10 kişi (% 8,0) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlıyor veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlıyor.” sorusuna kadınlardan 170 kişi (% 84,2) % 20 ve daha az sıklıkta, 20 kişi (% 9,9) % 20-% 40 arasında, 6 kişi (% 3,0) % 40-% 60 arasında, 3 kişi (% 1,5) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 1,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 108 kişi (% 86,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 13 kişi (% 10,4) % 20-% 40 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 110 kişi (% 54,5) kesinlikle kabul edilemez, 59 kişi (% 29,2) kabul edilemez, 22 kişi (% 10,9) kararsızım, 9 kişi (% 4,5) kabul edilebilir, 2 kişi (% 1,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 62 kişi (% 49,6) kesinlikle kabul edilemez, 45 kişi (% 36,0) kabul edilemez, 12 kişi (% 9,6) kararsızım, 5 kişi (% 4,0) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmıyor, tedaviye karar verirken hastanın fikrini almıyor.” sorusuna kadınlardan 132 kişi (% 65,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 36 kişi (% 17,8) % 20-% 40 arasında, 13 kişi (% 6,4) % 40-% 60 arasında, 12 kişi (% 5,9) % 60-% 80 arasında, 9 kişi (% 4,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 86 kişi (% 68,8) % 20 ve daha az sıklıkta, 17 kişi (% 13,6) % 20-% 40 arasında, 12 kişi (% 9,6) % 40-% 60 arasında, 8 kişi

(% 6,4) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 76 kişi (% 37,6) kesinlikle kabul edilemez, 67 kişi (% 33,2) kabul edilemez, 25 kişi (% 12,4) kararsızım, 30 kişi (% 14,9) kabul edilebilir, 4 kişi (% 2,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 44 kişi (% 35,2) kesinlikle kabul edilemez, 46 kişi (% 36,8) kabul edilemez, 21 kişi (% 16,8) kararsızım, 13 kişi (% 10,4) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermiyor.” sorusuna kadınlardan 140 kişi (% 69,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 30 kişi (% 14,9) % 20-% 40 arasında, 22 kişi (% 10,9) % 40-% 60 arasında, 8 kişi (% 4,0) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 87 kişi (% 69,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 21 kişi (% 16,8) % 20-% 40 arasında, 9 kişi (% 7,2) % 40-% 60 arasında, 6 kişi (% 4,8) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 78 kişi (% 38,6) kesinlikle kabul edilemez, 89 kişi (% 44,1) kabul edilemez, 20 kişi (% 9,9) kararsızım, 13 kişi (% 6,4) kabul edilebilir, 2 kişi (% 1,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 53 kişi (% 42,4) kesinlikle kabul edilemez, 37 kişi (% 29,6) kabul edilemez, 25 kişi (% 20,0) kararsızım, 8 kişi (% 6,4) kabul edilebilir, 2 kişi (% 1,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizliyor. Konuyu öncelikle hastanın yakınları ile paylaşıyor.” sorusuna kadınlardan 92 kişi (% 45,5) % 20 ve daha az sıklıkta, 32 kişi (% 15,8) % 20-% 40 arasında, 28 kişi (% 13,9) % 40-% 60 arasında, 17 kişi (% 8,4) % 60-% 80 arasında, 33 kişi (% 16,3) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 50 kişi (% 40,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 19 kişi (% 15,2) % 20-% 40 arasında, 27 kişi (% 21,6) % 40-% 60 arasında, 14 kişi (% 11,2) % 60-% 80 arasında, 15 kişi (% 12,0) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 40 kişi (% 19,8) kesinlikle kabul edilemez, 23 kişi (% 11,4) kabul edilemez, 61 kişi (% 30,2) kararsızım, 61 kişi (% 30,2) kabul edilebilir, 17 kişi (% 8,4) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 21 kişi

(% 16,8) kesinlikle kabul edilemez, 19 kişi (% 15,2) kabul edilemez, 32 kişi (% 25,6) kararsızım, 41 kişi (% 32,8) kabul edilebilir, 12 kişi (% 9,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabiliyor.” sorusuna kadınlardan 25 kişi (% 12,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 28 kişi (% 13,9) % 20-% 40 arasında, 26 kişi (% 12,9) % 40-% 60 arasında, 59 kişi (% 29,2) % 60-% 80 arasında, 64 kişi (% 31,7) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 15 kişi (% 12,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 13 kişi (% 10,4) % 20-% 40 arasında, 20 kişi (% 16,0) % 40-% 60 arasında, 43 kişi (% 34,4) % 60-% 80 arasında, 34 kişi (% 27,2) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 12 kişi (% 5,9) kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi (% 7,9) kabul edilemez, 19 kişi (% 9,4) kararsızım, 97 kişi (% 48,0) kabul edilebilir, 58 kişi (% 28,7) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 4 kişi (% 3,2) kesinlikle kabul edilemez, 6 kişi (% 4,8) kabul edilemez, 15 kişi (% 12,0) kararsızım, 73 kişi (% 58,4) kabul edilebilir, 27 kişi (% 21,6) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapıyor.” sorusuna kadınlardan 180 kişi (% 89,1) % 20 ve daha az sıklıkta, 12 kişi (% 5,9) % 20-% 40 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 40-% 60 arasında, 5 kişi (% 2,5) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 1,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 117 kişi (% 93,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 4 kişi (% 3,2) % 20-% 40 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 60-% 80 arasında kliniklerinde bu durumun gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 147 kişi (% 72,8) kesinlikle kabul edilemez, 43 kişi (% 21,3) kabul edilemez, 1 kişi (% 0,5) kararsızım, 5 kişi (% 2,5) kabul edilebilir, 6 kişi (% 3,0) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 101 kişi (% 80,8) kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi (% 9,6) kabul edilemez, 7 kişi (% 5,6) kararsızım, 4 kişi (% 3,2) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almıyor, hastanın hissettiklerini önemsemiyor.” sorusuna kadınlardan 145 kişi (% 71,8) % 20 ve daha az sıklıkta, 33 kişi (% 16,3) % 20-% 40 arasında, 8 kişi (% 4,0) % 40-% 60 arasında, 13 kişi (% 6,4) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 1,5) % 90

ve üzerinde, erkeklerden 87 kişi (% 69,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 20 kişi (% 16,0) % 20- % 40 arasında, 11 kişi (% 8,8) % 40-% 60 arasında, 4 kişi (% 3,2) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 109 kişi (% 54,0) kesinlikle kabul edilemez, 75 kişi (% 37,1) kabul edilemez, 12 kişi (% 5,9) kararsızım, 6 kişi (% 3,0) kabul edilebilir, erkeklerden 61 kişi (% 48,8) kesinlikle kabul edilemez, 44 kişi (% 35,2) kabul edilemez, 12 kişi (% 9,6) kararsızım, 7 kişi (% 5,6) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastalarından çeşitli hediyeler talep ediyor.” sorusuna kadınlardan 189 kişi (% 93,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi (% 5,4) % 20-% 40 arasında, 1 kişi (% 0,5) % 40-% 60 arasında, 1 kişi (% 0,5) % 60-% 80 arasında, erkeklerden 120 kişi (% 96,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 2 kişi (% 1,6) % 20-% 40 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 40-% 60 arasında sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 154 kişi (% 76,2) kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi (% 16,3) kabul edilemez, 7 kişi (% 3,5) kararsızım, 7 kişi (% 3,5) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 100 kişi (% 80,0) kesinlikle kabul edilemez, 14 kişi (% 11,2) kabul edilemez, 3 kişi (% 2,4) kararsızım, 2 kişi (% 1,6) kabul edilebilir, 6 kişi (% 4,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletiyor.” sorusuna kadınlardan 161 kişi (% 79,7) % 20 ve daha az sıklıkta, 22 kişi (% 10,9) % 20-% 40 arasında, 10 kişi (% 5,0) % 40-% 60 arasında, 7 kişi (% 3,5) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 100 kişi (% 80,0) % 20 ve daha az sıklıkta, 14 kişi (% 11,2) % 20-% 40 arasında, 5 kişi (% 4,0) % 40-% 60 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 60-% 80 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 88 kişi (% 43,6) kesinlikle kabul edilemez, 83 kişi (% 41,1) kabul edilemez, 17 kişi (% 8,4) kararsızım, 13 kişi (% 6,4) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 39 kişi (% 31,2) kesinlikle kabul edilemez, 57 kişi (% 45,6) kabul edilemez, 9 kişi (% 7,2) kararsızım, 14 kişi (% 11,2) kabul edilebilir, 6 kişi (% 4,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakârlıkta bulunuyor.” sorusuna kadınlardan 45 kişi (% 22,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 28 kişi (% 13,9) % 20-% 40 arasında, 27 kişi (%13,4) % 40-% 60 arasında, 39 kişi (% 19,3) % 60-% 80 arasında, 63 kişi (% 31,2) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 13 kişi (% 10,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 22 kişi (% 17,6) % 20-% 40 arasında, 18 kişi (% 14,4) % 40-% 60 arasında, 24 kişi (% 19,2) % 60-% 80 arasında, 48 kişi (% 38,4) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 9 kişi (% 4,5) kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi (% 7,9) kabul edilemez, 37 kişi (% 18,3) kararsızım, 96 kişi (% 47,5) kabul edilebilir, 44 kişi (% 21,8) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 7 kişi (% 5,6) kesinlikle kabul edilemez, 17 kişi (% 13,6) kabul edilemez, 21 kişi (% 16,8) kararsızım, 55 kişi (% 44,0) kabul edilebilir, 25 kişi (% 20,0) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermiyor.” sorusuna kadınlardan 170 kişi (% 84,2) % 20 ve daha az sıklıkta, 13 kişi (% 6,4) % 20-% 40 arasında, 10 kişi (% 5,0) % 40-% 60 arasında, 7 kişi (% 3,5) % 60-% 80 arasında, 2 kişi (% 1,0) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 106 kişi (% 84,4) % 20 ve daha az sıklıkta, 13 kişi (% 10,4) % 20-% 40 arasında, 3 kişi (% 2,4) % 40-% 60 arasında, 2 kişi (% 1,6) % 60-% 80 arasında, 1 kişi (% 0,8) % 90 ve üzerinde sıklıkta kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 129 kişi (% 63,9) kesinlikle kabul edilemez, 54 kişi (% 26,7) kabul edilemez, 3 kişi (% 1,5) kararsızım, 9 kişi (% 4,5) kabul edilebilir, 7 kişi (% 3,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 76 kişi (% 60,8) kesinlikle kabul edilemez, 36 kişi (% 28,8) kabul edilemez, 3 kişi (% 2,4) kararsızım, 4 kişi (% 3,2) kabul edilebilir, 6 kişi (% 4,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ediyor, herkese eşit davranmıyor.” sorusuna kadınlardan 138 kişi (% 68,3) % 20 ve daha az sıklıkta, 26 kişi (% 12,9) % 20-% 40 arasında, 20 kişi (% 9,9) % 40-% 60 arasında, 11 kişi (% 5,4) % 60-% 80 arasında, 7 kişi (% 3,5) % 90 ve üzerinde, erkeklerden 87 kişi (% 69,6) % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi (% 12,0) % 20-% 40 arasında, 17 kişi (% 13,6) % 40-% 60 arasında, 6 kişi (% 4,8) % 60-% 80 arasında kliniklerinde bu durumun gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğuna ise kadınlardan 114 kişi (% 56,4) kesinlikle kabul edilemez, 65 kişi (% 32,2) kabul edilemez, 10 kişi (% 5,0) kararsızım, 12 kişi (% 5,9) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,5) kesinlikle kabul edilebilir, erkeklerden 69 kişi (% 55,2) kesinlikle kabul edilemez, 39 kişi (% 31,2) kabul edilemez, 10 kişi (% 8,0) kararsızım, 6 kişi (% 4,8) kabul edilebilir, 1 kişi (% 0,8) kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Cerrahi ve Dahili Branş ve Görev Grubuna Göre Elde Edilen Sonuçlar

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 19 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 18 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 13 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 22 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 8 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 53 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 23 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 36 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 20 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 56 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 21 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 16 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 1 kişi kesinlikle kabul edilemez, 8 kişi kabul edilemez, 10 kişi kararsızım, 32 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 3 kişi kesinlikle kabul edilemez, 4 kişi kabul edilemez, 18 kişi kararsızım, 8 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 12 kişi kesinlikle kabul edilemez, 20 kişi kabul edilemez, 25 kişi kararsızım, 72 kişi kabul edilebilir, 6 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 15 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 32 kişi kararsızım, 41 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim gönüllü olarak asistan, intörnler veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenliyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 23 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 6 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 17 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 32 kişi

% 20 ve daha az sıklıkta, 32 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 29 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 20 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 22 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 50 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 23 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 17 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 6 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 3 kişi kesinlikle kabul edilemez, 10 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 24 kişi kabul edilebilir, 7 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 3 kişi kesinlikle kabul edilemez, 9 kişi kabul edilemez, 8 kişi kararsızım, 11 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 7 kişi kesinlikle kabul edilemez, 18 kişi kabul edilemez, 12 kişi kararsızım, 47 kişi kabul edilebilir, 51 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 11 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 16 kişi kararsızım, 48 kişi kabul edilebilir, 18 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kıdemli doktor yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını istiyor. Kıdemli doktor girişimin tekniğini açıklıyor ve yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 41 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 6 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 23 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 105 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 14 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 11 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 74 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 14 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 11 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 26 kişi kesinlikle kabul edilemez, 11 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 11 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 18 kişi kesinlikle kabul edilemez, 6 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 75 kişi kesinlikle kabul edilemez, 38 kişi kabul edilemez, 12 kişi kararsızım, 7 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 61 kişi kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 9 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda bulunarak onları utandırıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 33 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60- % 80 sıklıkta, hemşirelerden 10 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 102 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 20 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 9 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 67 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 29 kişi kesinlikle kabul edilemez, 10 kişi kabul edilemez, 8 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 24 kişi kesinlikle kabul edilemez, 7 kişi kabul edilemez, 1 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 91 kişi kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 77 kişi kesinlikle kabul edilemez, 21 kişi kabul edilemez, 3 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddediyor. Nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 48 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 3 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 26 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 3 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 114 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 9 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60- % 80 sıklıkta, hemşirelerden 70 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 17 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 30 kişi kesinlikle kabul edilemez, 10 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 9 kişi kesinlikle kabul edilemez, 14 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir,

dahili branş hekimlerden 63 kişi kesinlikle kabul edilemez, 38 kişi kabul edilemez, 15 kişi kararsızım, 16 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 42 kişi kesinlikle kabul edilemez, 26 kişi kabul edilemez, 18 kişi kararsızım, 15 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin veriyor. Bu nedenle ilaç mümessilleri de hekimden randevu almadan ziyarete geliyor. Hekime düzenli olarak hediyeler veriyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 39 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 20 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 95 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 17 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 73 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 7 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 6 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 15 kişi kesinlikle kabul edilemez, 19 kişi kabul edilemez, 7 kişi kararsızım, 10 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 9 kişi kesinlikle kabul edilemez, 9 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 45 kişi kesinlikle kabul edilemez, 42 kişi kabul edilemez, 25 kişi kararsızım, 22 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 45 kişi kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi kabul edilemez, 17 kişi kararsızım, 12 kişi kabul edilebilir, 11 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunuyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 53 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, hemşirelerden 31 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 2 kişi % 20- % 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 135 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, hemşirelerden 100 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 45 kişi kesinlikle kabul edilemez, 2 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 26 kişi kesinlikle kabul edilemez, 2

kişi kabul edilemez, 1 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 128 kişi kesinlikle kabul edilemez, 4 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 95 kişi kesinlikle kabul edilemez, 5 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramıyor ve işlerin aksamasına neden oluyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 45 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 26 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 4 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 114 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 16 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 93 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 4 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 6 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 33 kişi kesinlikle kabul edilemez, 13 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 18 kişi kesinlikle kabul edilemez, 10 kişi kabul edilemez, 3 kişi kararsızım, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 81 kişi kesinlikle kabul edilemez, 41 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 7 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 64 kişi kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi kabul edilemez, 3 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 40 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 14 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 12 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 105 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 20 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 4 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 78 kişi % 20 ve daha az

sıklıkta, 13 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 19 kişi kesinlikle kabul edilemez, 24 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 15 kişi kesinlikle kabul edilemez, 15 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 61 kişi kesinlikle kabul edilemez, 60 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 3 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 57 kişi kesinlikle kabul edilemez, 41 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 39 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 20 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 95 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 17 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 73 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 7 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 6 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 15 kişi kesinlikle kabul edilemez, 19 kişi kabul edilemez, 7 kişi kararsızım, 10 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 9 kişi kesinlikle kabul edilemez, 9 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 45 kişi kesinlikle kabul edilemez, 42 kişi kabul edilemez, 25 kişi kararsızım, 22 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 45 kişi kesinlikle kabul edilemez, 30 kişi kabul edilemez, 17 kişi kararsızım, 12 kişi kabul edilebilir, 11 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 25 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde

sıklıkta, hemşirelerden 13 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 88 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 9 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 17 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 12 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 51 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 16 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 15 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 10 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 13 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 12 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 18 kişi kabul edilebilir, 5 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 8 kişi kesinlikle kabul edilemez, 5 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 13 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 39 kişi kesinlikle kabul edilemez, 29 kişi kabul edilemez, 31 kişi kararsızım, 31 kişi kabul edilebilir, 5 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 33 kişi kesinlikle kabul edilemez, 23 kişi kabul edilemez, 15 kişi kararsızım, 27 kişi kabul edilebilir, 7 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul ediyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 24 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 13 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 10 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 71 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 32 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 19 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 10 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 57 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 14 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 19 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 8 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 7 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 5 kişi kesinlikle kabul edilemez, 7 kişi kabul edilemez, 11 kişi kararsızım, 26 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 5 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 20 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 13 kişi kesinlikle kabul edilemez, 22 kişi kabul edilemez, 41 kişi kararsızım, 48 kişi kabul edilebilir, 11 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 16 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 28 kişi kararsızım, 45 kişi kabul edilebilir, 9 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlıyor veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 47 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 25 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 115 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 91 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 25 kişi kesinlikle kabul edilemez, 20 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 14 kişi kesinlikle kabul edilemez, 11 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 66 kişi kesinlikle kabul edilemez, 53 kişi kabul edilemez, 11 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, hemşirelerden 67 kişi kesinlikle kabul edilemez, 20 kişi kabul edilemez, 13 kişi kararsızım, 3 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmıyor, tedaviye karar verirken hastanın fikrini almıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 37 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 8 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 5 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 18 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 4 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 94 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 23 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 8 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 69 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 16 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 10 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 5 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 19 kişi kesinlikle kabul edilemez, 20 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 10 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 8 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul

edilebilir, dahili branş hekimlerden 47 kişi kesinlikle kabul edilemez, 47 kişi kabul edilemez, 21 kişi kararsızım, 20 kişi kabul edilebilir, hemşirelerden 44 kişi kesinlikle kabul edilemez, 34 kişi kabul edilemez, 14 kişi kararsızım, 11 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermiyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 42 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 18 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 10 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 91 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 25 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 11 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 6 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 76 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 14 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 24 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 8 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 13 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 3 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 50 kişi kesinlikle kabul edilemez, 54 kişi kabul edilemez, 23 kişi kararsızım, 7 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 44 kişi kesinlikle kabul edilemez, 44 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 7 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizliyor. Konuyu yalnızca hastanın yakınları ile paylaşıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 21 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 15 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 7 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 3 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 20 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 62 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 20 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 19 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 14 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 20 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 39 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 17 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 18 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 10 kişi

% 60-% 80 sıklıkta, 21 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 9 kişi kesinlikle kabul edilemez, 7 kişi kabul edilemez, 13 kişi kararsızım, 22 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 10 kişi kesinlikle kabul edilemez, 1 kişi kabul edilemez, 7 kişi kararsızım, 12 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 23 kişi kesinlikle kabul edilemez, 21 kişi kabul edilemez, 40 kişi kararsızım, 39 kişi kabul edilebilir, 12 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 19 kişi kesinlikle kabul edilemez, 13 kişi kabul edilemez, 33 kişi kararsızım, 29 kişi kabul edilebilir, 11 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabiliyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 7 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 17 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 16 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 5 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 10 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 7 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 10 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 15 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 20 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 49 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 41 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 18 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 16 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 26 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 34 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 1 kişi kesinlikle kabul edilemez, 3 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 33 kişi kabul edilebilir, 7 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 2 kişi kesinlikle kabul edilemez, 4 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 16 kişi kabul edilebilir, 10 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 5 kişi kesinlikle kabul edilemez, 7 kişi kabul edilemez, 12 kişi kararsızım, 71 kişi kabul edilebilir, 40 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 8 kişi kesinlikle kabul edilemez, 8 kişi kabul edilemez, 11 kişi kararsızım, 50 kişi kabul edilebilir, 28 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 48 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 4 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta,

hemşirelerden 23 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 130 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 1 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 96 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 41 kişi kesinlikle kabul edilemez, 6 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, hemşirelerden 19 kişi kesinlikle kabul edilemez, 8 kişi kabul edilemez, 3 kişi kabul edilebilir, 5 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 114 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 74 kişi kesinlikle kabul edilemez, 25 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 22 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almıyor, hastanın hissettiklerini önemsemiyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 37 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 10 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 22 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 97 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 23 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 8 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi %90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 76 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 26 kişi kesinlikle kabul edilemez, 18 kişi kabul edilemez, 7 kişi kararsızım, 1 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 13 kişi kesinlikle kabul edilemez, 17 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 69 kişi kesinlikle kabul edilemez, 52 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, hemşirelerden 62 kişi kesinlikle kabul edilemez, 32 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastalarından çeşitli hediyeler talep ediyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 50 kişi % 20 ve

daha az sıklıkta, 2 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 28 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 134 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 1 kişi % 40-% 60 sıklıkta, hemşirelerden 97 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 39 kişi kesinlikle kabul edilemez, 8 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 23 kişi kesinlikle kabul edilemez, 6 kişi kabul edilemez, 3 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 116 kişi kesinlikle kabul edilemez, 14 kişi kabul edilemez, 1 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 76 kişi kesinlikle kabul edilemez, 19 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletiyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 39 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 10 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 22 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 7 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 119 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 8 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 4 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 81 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 11 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 8 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 14 kişi kesinlikle kabul edilemez, 22 kişi kabul edilemez, 7 kişi kararsızım, 8 kişi kabul edilebilir, 2 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 14 kişi kesinlikle kabul edilemez, 12 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 3 kişi kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 52 kişi kesinlikle kabul edilemez, 63 kişi kabul edilemez, 6 kişi kararsızım, 11 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 99 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 14 kişi kararsızım, 16 kişi kabul edilebilir, 5 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakârlıkta bulunuyor” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 5 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 10 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 4 kişi

% 40-% 60 sıklıkta, 9 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 25 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 7 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 6 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 8 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 7 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 22 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 17 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 18 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 27 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 51 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 24 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 17 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 17 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 19 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 28 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 5 kişi kesinlikle kabul edilemez, 5 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 19 kişi kabul edilebilir, 15 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 4 kişi kabul edilemez, 8 kişi kararsızım, 17 kişi kabul edilebilir, 5 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 6 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 28 kişi kararsızım, 61 kişi kabul edilebilir, 24 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 5 kişi kesinlikle kabul edilemez, 8 kişi kabul edilemez, 13 kişi kararsızım, 54 kişi kabul edilebilir, 25 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim, hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermiyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 46 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 2 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 24 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 4 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 119 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 9 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 12 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 1 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 87 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 5 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 8 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 26 kişi kesinlikle kabul edilemez, 22 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 15 kişi kesinlikle kabul edilemez, 9 kişi kabul edilemez, 7 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 101 kişi kesinlikle kabul edilemez, 28 kişi kabul edilemez, 1 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 3 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 63 kişi kesinlikle kabul edilemez, 31 kişi kabul

edilemez, 3 kişi kararsızım, 4 kişi kabul edilebilir, 4 kişi kesinlikle kabul edilebilir olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan bireylere sorulan “Kliniğinizde çalışan hekim klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ediyor, herkese eşit davranmıyor.” sorusuna cerrahi branş klinikte çalışan hekimlerden 33 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 10 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 7 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, hemşirelerden 21 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 6 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 3 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 3 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 1 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, dahili branş klinikte çalışan hekimlerden 99 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 13 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 16 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 5 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 2 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta, hemşirelerden 72 kişi % 20 ve daha az sıklıkta, 12 kişi % 20-% 40 sıklıkta, 11 kişi % 40-% 60 sıklıkta, 6 kişi % 60-% 80 sıklıkta, 4 kişi % 90 ve üzerinde sıklıkta bu durumun kliniklerinde gözlemlendiğini belirtti.

Bu durumun ne kadar kabul edilebilir olduğu sorusuna ise cerrahi branş hekimlerden 30 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 4 kişi kararsızım, 2 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, hemşirelerden 16 kişi kesinlikle kabul edilemez, 16 kişi kabul edilemez, 2 kişi kararsızım, 5 kişi kabul edilebilir, 1 kişi kesinlikle kabul edilebilir, dahili branş hekimlerden 79 kişi kesinlikle kabul edilemez, 45 kişi kabul edilemez, 5 kişi kararsızım, 6 kişi kabul edilebilir, hemşirelerden 58 kişi kesinlikle kabul edilemez, 33 kişi kabul edilemez, 9 kişi kararsızım, 5 ise kabul edilebilir, olduğunu belirtti.

5. TARTIŞMA

327 katılımcının % 57,5'i hekim, % 42,5'i hemşireydi. Katılımcıların % 38,2'si erkek, % 61,8'i kadın; kadınların % 35,6'sı doktor, % 64,4'ü hemşireyken erkeklerin % 92,8'i doktor, % 7,2'si hemşireydi. Hekimlerin yaş ortalaması $32,37 \pm 7,78$ iken hemşirelerin yaş ortalaması $30,06 \pm 7,27$ olarak saptandı. 25 yaş ve altı katılımcı sayısı % 20,5, 25-35 yaş arası katılımcı sayısı % 52,6, 35 yaş ve üstü katılımcı sayısı % 26,9 idi. Çalışmaya katılan hekimlerin % 8,0'i profesör, % 5,3'ü doçent, % 7,4'ü yardımcı doçent, % 5,9'u uzman hekim, ve % 73,4'ü asistan doktordu.

5.1. Hekimin Kendi Deneyimlerine Göre Tedavi Düzenlemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı da olsa kendi deneyimlerine göre tedavi düzenleme sıklığının kliniklerinde % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Verilen cevaplarda yaş grupları açısından fark gözlenmedi. Bu cevabı verenlerin % 51,5'i kadın, % 36,8'i erkekti. Soruya verilen cevaplarda cerrahi ve dahili klinikler arasında fark görülmezken, cerrahi klinikteki hemşireler bu durumun kliniklerinde daha az görüldüğünü belirtmişlerdir.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtmiş olup verilen cevaplar yaş grupları ile ilişkilendirilememiştir. Erkeklerin % 56,0'ı kadınların % 41,1'i kabul edilebilir olduğunu belirtirken cerrahi ve dahili klinikler arasında ve meslek grupları arasında belirgin fark saptanmamıştır.

Türk Tabipler Birliği'nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları adlı yayınında "Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz." ifadesi yer almaktadır. (40) Annas'a göre hastanın tedavisi düzenlenirken alınacak kararlarda ekonomik kaygılardan uzaklaşarak hekim ve hastanın üzerinde uzlaşacağı ortak bir kararla tedavi yapılmalıdır. (41)

Hekimlerin meslektaşlarıyla uyumu ve çıkar çatışması yaşama durumuyla ilgili bir çalışmada hekimlerin % 24'ünün diğer meslektaşlarıyla uyum sorunu ve çıkar çatışması yaşadığı belirtilmiş, bu durumun % 17,2'sinin etik dışı uygulamalar ve % 4,6'sının hekim hatalarının bildirilmesi nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir. (7)

Tıpta usta çırak ilişkisinin önemine değinen bir çalışmada mesleki deneyimin tıp biliminde önemli bir yeri olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanları arasındaki çatışmanın tıp etiği ile ilişkisi değerlendirilmiş, hekimler ve hemşireler tarafından 5 üzerinden 3,44 puan ile ölçeklendirilmiştir. (42)

Tedavi seçimi yapılırken etik olan davranış, hekimin tıbbi deneyiminden daha çok temel tıbbi kaynaklara uygun olan ve bilimsel tedavi yöntemleri ilkelerine bağlı kalınması olmalıdır. Çalışmamızın sonucunda katılımcıların bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmesi etik davranıştan uzak olarak değerlendirilirken kliniklerde uygulanma sıklığının düşük olması pratikte etik ilkelere uyumlu sonuç alınmasını sağlamıştır. Kadınların erkeklere göre bu konuda daha etik düşündükleri gözlenmiştir.

5.2. Hekimin Gönüllü Olarak Eğitici Konferans Düzenlemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu klinikte hekimin gönüllü olarak asistan, intörn veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşıyla ilgili eğitici konferanslar düzenleme sıklığını % 20 ve daha az olarak değerlendirdi. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde yaş grupları arasında fark belirlenmedi. Erkeklerin % 32,0'ı, kadınların % 40,6'sı aynı cevabı destekledi. Cerrahi klinikte eğitici konferansların düzenlenme sıklığının dahili kliniklere göre biraz daha fazla olduğu belirtildi. Dahili klinikte çalışan hekimler eğitici konferansların kendi kliniklerinde görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtmiş olup, yaş arttıkça kabul edilebilirlik oranında artış tespit edildi. Katılımcı erkekler % 41,6 kadınlar ise % 38,6 oranında bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtmiştir. Cerrahi ve dahili klinikler ve meslek grupları arasına kabul edilebilirlik açısından belirgin fark gözlenmemiştir.

Karatepe ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada halka yönelik konferanslar vermenin kuramsal ölçekte gerekliliği sorgulanmış ve bu gerekliliğin olduğu, hemşireler tarafından daha yüksek olmak üzere hekim ve hemşirelerce belirtilmiştir. (43)

Benzer bir çalışmada ise asistan eğitimi ve sürekli meslek içi eğitimin kliniklerde sürdürülmesinin etik olarak gerekliliği ve bu tür konferanslara duyulan ihtiyaç sorgulanmış, hekim ve hemşirelerden bu ihtiyacın 5 üzerinden ölçeklendirmeleri istenmiş; hekimler 4,05, hemşireler ise 3,98 olarak ölçeklendirmiştir. Bu değerler hizmet içi eğitime ve eğitici konferanslara duyulan ihtiyacı yansıtmaktadır. (42)

Amerika’da yapılan bir çalışmada, Amerika ve İngiltere’de son bir yıl içinde meslek içi eğitim veya toplum kurumlarında eğitim düzenleme sıklığını değerlendirilmiş, oranlar sırasıyla % 40,9 ve % 29,1 olarak tespit edilmiştir. (44)

Yapılan çalışmalarda da hekimin eğitici konferanslar düzenlemesi gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışmamızda ise eğitici konferans düzenleme sıklığı tüm kliniklerde düşük olarak tespit edilmiştir. Ancak gerekliliği konusundaki düşünceler, yapılan diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

5.3. Kıdemli Hekimin Yeni Başlayan Hekimden Talepleriyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu kıdemli doktorun yeni başlayan doktordan santral katater takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimi yapmasını isteyip tekniği açıklayarak yanından ayrılmasının kliniklerinde görülme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde yaş grupları arasında fark gözlenmedi. Erkeklerin % 76,8’i, kadınların % 72,8’i aynı cevabı destekledi. Dahili klinikte bu durumun görülme oranı cerrahi kliniğe göre daha fazlayken, meslek grupları arasında fark belirlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 35 yaş ve üstündeki katılımcıların kabul edilemezlik oranı diğer yaş gruplarına göre daha yüksekti. Kadınların % 57,9’u erkeklerin % 50,4’ü bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Cerrahi branş çalışanları, daha yüksek oranda bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

Yapılan bir çalışmada kuramsal etik bilgisine sahip olmanın, yaşanan duruma objektif bakabilmek ve karşısındaki kişiyle empati kurabilmek için gerekli olduğu belirtilmiştir. Hekimler % 7,3 hemşireler % 6,8 oranında bu etik bilgi gerekliliğinin olduğunu bildirmişlerdir. (45)

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu davranışın görülme sıklığının düşük olmasının yanında katılımcıların da bu davranışı kesinlikle kabul edilemez olarak görmesi olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.4. Hekimin Personele Sesini Yükselterek Konuşması Ve Aşağılamasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalıştığı klinikte kendinden alt kıdemdeki diğer hekim ve yardımcı personele uygunsuz davranışlarda bulunma ve onları utandırma sıklığının

% 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış izlendi. Erkeklerin % 70,4'ü, kadınların % 61,4'ü aynı cevabı verdi. Dahili klinikle cerrahi klinikte çalışanların cevapları kıyaslandığında bu durumun dahili kliniklerde daha az görüldüğü tespit edildi. Cerrahi klinikte çalışan hemşireler diğer klinik çalışanlarından farklı olarak kliniklerinde bu durumun görülme sıklığının % 20-% 40 arasında olduğunu belirtirken dahili klinikte çalışan hemşireler de aynı klinikte çalışan hekimlere göre bu davranışın görülme sıklığının biraz daha yüksek olduğunu belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu savundu. Kesinlikle kabul edilemezlik oranında 25 yaş ve altı grupta en yüksekti. Erkeklerin % 55,2'si, Kadınların % 75,2'si aynı cevabı destekledi. Yine bu oran dahili kliniklerde cerrahi kliniklere göre biraz daha yüksek iken meslek grupları arasında belirgin fark gözlenmedi.

Türk Tabipler Birliği'nin Temmuz 2004'te yayınladığı Hekimlik Meslek Etiği Kuralları kitapçığı madde 16'da "Hekim, meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek sahipleri ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz." ifadesi hekimlerin çalıştığı yardımcı personelle ve diğer meslektaşlarıyla ilişkilerindeki sınırları belirlenmiştir. (40)

Cenevre bildirgesinde kullanılan "meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağım" ifadesi de yine hekimin meslektaşlarıyla ilişkilerinde benimseyeceği davranış biçimi için yol gösterici olmalıdır. (46) Dünya Tabipler Birliği el kitabında geleceğin hekimleri olarak öğrencilerin, meslek ahlakının değerlerini korumaya özen göstermelerinin beklendiği, diğer öğrencilere meslektaşları olarak davranması gerektiği ve mesleğe uygun olmayan davranışlar karşısında uyarmayı da içermek üzere gerektiğinde her yardımı sunmaları gerektiği belirtilmiştir. (47)

Hekimlerin yardımcı sağlık personeli ile iletişiminin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelere, hekimlerle iletişimdeki engellerin neler olduğu sorulmuş, hemşireler % 28 oranında hekimlerin ifade eksikliği nedeniyle, % 25 oranında hekimlerin acele ettiklerinden dolayı ve % 21 oranında hekimlerin personelle iletişim zorluğu yaşadığı için engel yaşadıklarını belirtmişlerdir. (48)

Bir çalışmada hekimlerin % 45,6'sı hizmetlerin yürütülmesi sürecinde hemşirelerden farklı bakış açısına sahip olmalarının çatışmaya yol açtığını belirtmişlerdir. (49)

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre bu davranışın görülme sıklığının düşük olmasının yanında katılımcıların çoğunluğunun bu davranışı kesinlikle kabul edilemez olarak yorumlaması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.5. Hekimin Sabah Toplantılarına Katılmama Sıklığıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin nöbet sonrasında toplantılara katılmayı reddedip nöbeti devir alacak kişilere gerekli notları ileterek klinikten ayrılması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. 35 yaş ve üzeri katılımcıların aynı cevabı verme oranları biraz daha yüksekti. Erkeklerin % 83,2'si, kadınların ise % 76,2'si aynı cevabı verdi. Cerrahi kliniklerde bu durumun daha az görüldüğü belirtilirken hekimler hemşirelere göre bu durumun daha az görüldüğünü belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üzerindeki katılımcılarda aynı cevabı verme oranı daha yüksekti. Kadınların % 42,1'i, erkeklerin ise % 47,2'si aynı cevabı verdi. Cerrahi klinik hemşireleri bu soruya kabul edilemez cevabını verirken dahili klinikte cevaplar arasında fark yoktu.

Uluslararası Hekimlik Ahlakı yasasında hekimlerin birbirlerine karşı olan görevleri tanımlanmış ve hekimin, meslektaşlarından nasıl bir davranış bekliyorsa, onun da onlara karşı öyle davranması gerektiği açıklanmıştır. (50)

Dünya Tabipler Birliği'nin kabul ettiği etik kurallarda hekimlerin çalışma grupları ve nöbetler gibi ortak çalışmalarda tam olarak katkıda bulunmaları gerektiği belirtilmiştir. (47) Yapılan bir çalışmada, vaka tartışmalarına katılma ve katkı sağlamanın klinik etkinlikte etik olarak gerekliliği sorgulanmış ve ne kadar gerekli olduğunun 5 puan üzerinden puanlanması istenmiş; hekimler 3,32, hemşireler ise 4,08 puan değerinde katılımın gerekli olduğunu belirtmiştir. (42)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların da bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünmesi etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.6. Hekimin İlaç Mümessillerinin Çalışmasına İzin Verme ve Onlardan Hediye Kabul Etmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalışma saatleri içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin verip, ilaç mümessillerinin randevu almadan gelmesinin ve düzenli hediye getirmesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtirken 25-35 yaş arasındaki katılımcıların aynı cevap oranı daha düşüktü. Erkeklerin % 68,0'ı kadınların % 70,3'ü aynı cevabı verirken cerrahi kliniklerde, dahili kliniklere oranla aynı cevap oranı daha düşüktü.

Tüm kliniklerden sadece cerrahi klinik hemşirelerinin cevap oranı daha düşüktü. Klinikler arasında belirgin fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken bu oran 35 yaş ve üzerindeki katılımcılarda daha yüksekti. Kabul edilemezlik oranı erkeklerde % 33,6, kadınlarda % 35,6 idi. Cerrahi klinik hemşirelerinde kesinlikle kabul edilemez, kabul edilemez ve kararsızım şıklarına verilen cevaplar eşit iken aynı klinik hekimlerinde kabul edilemez cevabı daha sıktı. Genel olarak dahili ve cerrahi klinikler arasında fark gözlenmedi.

Yapılan bir çalışmada hekimin ilaç tanıtımı yapan firma temsilcileriyle ilişkisinde yaşanabilen en ciddi etik sorunun, ilişkinin hasta için seçilecek ilacın belirlenmesinde etkili olması olduğu belirtilmiştir. (51) İlaç tanıtıcılarıyla ilişkide sınırların belirlenememesi, hekimin kişisel çıkarlarını hasta yararından üstün tutmasına neden olabilmesinin yanında sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve toplumun hekimlere güveninin zedelenmesine neden olabilir. (52) Düzce ili aile hekimlerinde yapılan bir araştırmada ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler konusuyla ilgili etik eğitim alma talebinin % 55,6 olduğu belirlenmiştir. (53)

Çalışmamızda bu davranışın görülmesi sıklığının düşük olması ve katılımcıların çoğunluğunun bu davranışı kesinlikle kabul edilemez olarak değerlendirmesi etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir. Ancak cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin kabul edilemezlik açısından net olmayan cevapları bu konuda etik eğitim ihtiyaçları olduğu şeklinde yorumlanabilir.

5.7. Hekimin Cinsel Açıdan Uygunsuz Davranışlarda Bulunmasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimlerin çalıştıkları personele veya hastalara karşı cinsel yönden uygunsuz davranışta bulunma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Verilen cevaplarda yaş grupları arasında fark görülmedi. Erkeklerin % 98,4'ü, kadınların % 97,0'ı aynı cevabı verdi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark yoktu. Hekimlerin bu cevabı verme oranı her iki klinikte de hemşirelerden biraz daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Bu oran 35 yaş ve üstü katılımcılarda daha fazla iken erkeklerde bu oran % 88,0 kadınlarda % 91,1 olarak tespit edildi. Aynı cevap oranı dahili klinikte cerrahi kliniğe göre daha yüksekken oranın en düşük olduğu grup cerrahi klinik hemşireleriydi.

Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabında “Hasta-hekim ilişkisinin özel doğası cinsel bir çekim yaratabilir. Tıp etiğinin temel kurallarından biri bu tür bir çekime karşı

direnış gösterilmesi gerektiğidir.” ifadesi yer almaktadır. Nitekim Hipokrat Andında “Hangi evi ziyaret edersem edeyim hastanın yararı için çalışacağım, tüm art niyetlerden uzak olacağım, erkek ve kadınlarla cinsel ilişkiye girmeyeceğim. ...” ifadesi kullanılmaktadır. (54)

Amerika ve İngiltere’de çalışan hekimlere uygulanan bir anket çalışmasında Amerika’daki hekimlerin % 92,1’i, İngiltere’deki hekimlerin % 91,7’si hastayla seksüel bir ilişkinin asla uygun olmadığını düşünmekteydi. (44) Yapılan bir çalışmada hekimlerin birlikte çalıştıkları kişilerle veya öğrencilerle cinsel veya romantik ilişkiler konusunda etik eğitim gerekliliği olduğu belirlenmiştir. (55)

Çalışmamızda, benzer çalışmalarda olduğu gibi bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların da bu davranışı kesinlikle kabul edilemez bir durum olarak görüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.8. Hekimin Özel İşlerinden Dolayı Klinikteki İşlerini Aksatmasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalıştığı servise özel işlerinden dolayı veya özel klinikte çalıştığı için bazen uğramayıp işlerin aksamasına neden olma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında da artış olduğu tespit edildi. Erkeklerden % 83,2 kadınlardan % 86,1 aynı cevabı verdi. Cerrahi ve dahili klinikler ve meslek grupları arasında fark belirlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üstü grupta bu oran daha yüksekti. Erkeklerde % 61,6 kadınlarda % 58,9 katılımcı aynı cevabı verdi. Cerrahi klinikte, dahili kliniğe göre verilen cevap oranı biraz daha düşükken, meslek grupları arasında fark görülmedi.

Kamu görevlileri etik rehberinde “Mesai saatleri dışında da olsa, kamu görevlisinin kamu hizmeti dışında özel bir iş yapması çıkar çatışmasına neden olduğu için etik ilkelere aykırıdır” ifadesi yer almaktadır. (56) Amsterdam Bildirgesi’nde de hekimin, sağlık hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi ve tüm kişilerin bu hizmetten yararlanabilmesi için ulaşılabilir olması gerektiği belirtilmektedir. (57)

Yapılan bir çalışmada Amerika ve İngiltere’de, çalışmaya katılan hekimlerin % 80’den fazlası kendi mali çıkarlarından önce hasta haklarının korunması gerektiğini düşünmüştür. (44)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların çoğunun da bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyor olması, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.9. Hekimin Hastaya Konuşma Hakkı Vermemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastaya hastalığının sonuçlarıyla ilgili bilgi verip soru sorma hakkı vermeden hastanın yanından ayrılması sıklığının % 20 ve daha az olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında da artış izlendi. Bu cevabı veren erkeklerin oranı % 76,0 kadınların oranı % 70,3 idi. Dahili klinikte çalışanlar, cerrahi kliniğe göre bu durumun daha az gözlemlendiğini belirtti. Dahili klinikte meslek grupları arasında fark izlenmezken, cerrahi klinikte çalışan hemşireler, aynı kliniklerde çalışan hekimlere göre bu durumun daha sık yaşandığını belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken bu oran 35 yaş ve üzerindeki katılımcılarda daha yüksekti. Erkekler % 43,2, kadınlar % 48,5 oranında aynı cevabı verdi. Dahili klinikte çalışanlar bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken cerrahi klinikte çalışanlar bu durumun kabul edilemez olduğunu belirtti. Meslek grupları arasında ise belirgin fark gözlenmedi.

Hastanın, hastalığıyla ilgili her türlü bilgiyi alma hakkı vardır. Bu bilgilendirme hastanın anlayacağı bir dilde olmalıdır ve hastanın sağlığıyla ilgili tüm endişeleri açıklığa kavuşturulmalıdır. Nitekim günümüz tıbbının hasta yaklaşımında “Hastalık yoktur, hasta vardır” ilkesi benimsenmiştir. Hekim, hastasının sözünü kesmemeye, sabırsızlık göstermeyerek hastanın cesaretini kırmamaya ve olumsuz tepki vermemeye özen göstermelidir. (58)

Amerikan Hastaneler Birliğinin Hasta Hakları Beyannamesine göre hasta hekiminden hastalığı ile ilgili tanı, tedavi ve hastalığının aşamaları ile ilgili güncel bilgileri anlayacağı bir dille alma hakkına sahiptir. (59) Yapılan bir çalışmada hekimlere yöneltilen eleştirilerin çoğunun bilgi eksikliğinden ziyade hasta-hekim ilişkisindeki sorunlardan kaynaklanmakta olduğu tespit edilmiştir. (60)

Hekimin hastayla sağlıklı bir iletişim kurarak hastayı aydınlatması, tedavi başarısının önemli bir kısmını oluşturur. Hastayla iletişim kurmanın önemi konusunda bilinç düzeyini belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada klinik ortamda hekimlerin, hemşirelerin, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ve öğrenci hemşirelerin hastayla iletişim kurma becerileri değerlendirilmiş

ve hekimlerin % 20'si, hemşirelerin % 76,7'si, öğrenci hemşirelerin % 56,7'si ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin % 26,7'si iletişimi doğru tanımlayabilmişlerdir. (61)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların çoğunluğunun bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirildi.

5.10. Hekimin Temel Tıbbi Kaynaklara Göre Değersiz, Pahalı İlaçları Reçete Etmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan veya piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor olması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkekler % 89,6, kadınlar % 92,6 oranında bu cevabı destekledi. Dahili kliniklerde aynı cevap oranı biraz daha yüksek iken meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üzerindeki kişilerde aynı cevap oranı biraz daha yüksekti. Bu oran erkeklerde % 59,2, kadınlarda % 53,0 olarak tespit edildi. Verilen cevapta cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmezken cerrahi klinik hekimlerinde aynı klinikteki hemşirelere göre oran daha yüksekti. Dahili klinik çalışanlarında meslek grupları açısından fark yoktu.

Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez. (62) Yapılan bir çalışmada hemşireler, bazı hekimlerin sırf firma kazansın diye fazla ilaç yazdığını, tıbbi gereklilik olmasa bile hastaların ilaç isteklerini geri çevirmediklerini ve eczacıların karne yoluyla çok ilaç yazdırdıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin % 11,9'u gereksiz ilaç yazılması ve tetkik istenmesinin etik dışı olduğunu belirtmişlerdir. (7)

Türk Tabipler Birliği'ne göre gelişmekte olan tıbbi teknolojilerin sunduğu hizmetler, gerektiği yerde ve zamanda, konusunda yetkin uzman hekimlerce kullanılmalı ve bunlar, kanıta dayalı tıp ilkeleriyle uyumlu olmalı, gereksiz kullanımdan kaçınılmalıdır. (63)

Yapılan bir çalışmada sosyal güvenlik kurumlarının gereksiz harcamalara sokulması ile ilgili hekim ve hemşirelere yöneltilen bir soruya, hekimler hemşirelere göre bu durumun tıp etiği ile daha fazla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bunun da meslek doğası gereği hekimlerin tıbbi giderler konusunda daha doğrudan bir sorumluluk taşıdığından dolayı olabileceği düşünülmüştür. (64)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların da bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.11. Hekimin Hastadan İzinsiz Yakınlarına Bilgi Vermesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastadan izin almadan hastanın sağlık durumuyla ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor olma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 72,0'si, kadınların % 55,4'ü aynı cevabı destekledi. Cerrahi kliniklerde verilen cevabın oranı biraz daha fazla iken hekimlerin aynı cevap oranı hemşirelere göre daha fazla idi. Cerrahi klinik hemşireleri bu durumun kliniklerinde daha sık gözlemlendiğini belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken yaş grupları arasında fark gözlenmedi. Erkeklerden % 24,0 oranında katılımcı bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken aynı oranda katılımcı sadece kabul edilemez cevabını verdi. Kadınlardan ise % 30,7'si kesinlikle kabul edilemez cevabını verdi. Cerrahi kliniklerde çalışan katılımcılar bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünürken aksine dahili kliniklerde çalışanlar kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrindeydi. Bu durumun cerrahi klinikte operasyon sonrası hasta ile iletişimin sağlıklı olamayacağından dolayı hasta yakınları ile iletişime geçilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Meslek grupları arasında verilen cevap oranları açısından fark gözlenmedi.

Lizbon Bildirgesinde “Hastanın kişisel bilgilerinin, tanı ve tedavisinin, sağlık durumunun ve her türlü özel bilgilerinin gizli tutulması ve korunması sağlanmalıdır.” ifadesi yer almaktadır. (65) Amsterdam Bildirgesinde ise “Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personeline ihtiyaç söz konusu olduğunda hastanın onayı olduğu varsayılarak açıklama yapılabilir.” denilmektedir. (66)

Yapılan bir çalışmada hekimlerin ve hemşirelerin, sır saklama ilkesini önem sıralamasının orta sıralarına yerleştirdiği görülmüştür. (67) Kocaeli’nde 1999’da yapılan “Hekimin Etik Duyarlılığı” başlıklı bir çalışmada, karar verme bağlamında, klinisyen hekimlerin yarıdan fazlasının sır saklama ilkelerine önem verdiği saptanmıştır. (68)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi kliniklerde çalışan katılımcıların bu davranışın kabul edilebilir olduğunu düşünmesi, hastanın cerrahi operasyon sonrasında bilinç düzeyinin normale gelmesi sürecinde hasta yakınlarının hekimden bilgi alması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

5.12. Hastanın Gönüllü Olarak Getirdiği Hediyeleri Kabul Etmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul etme sıklığının çalıştıkları klinikte % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Verilen cevapta yaş grupları ve cinsiyet açısından fark gözlenmedi. Cerrahi kliniklerde aynı cevabı verenlerin oranı dahili kliniklere göre biraz daha düşüktü. Dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşirelerin arasında fark gözlenmezken cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde % 20 ve daha az cevabı ile % 40-% 60 arası sıklıkta cevabının oranları eşitti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtirken 25 yaş ve altı grupta kabul edilebilirlik oranı diğer yaş gruplarına göre daha düşüktü. Erkeklerin % 40,0'ı, kadınların % 44,1'i aynı cevabı destekledi. Kabul edilebilirlik oranı cerrahi kliniklerde daha yüksekti. Dahili klinik hekimlerinde bu oran en düşük, cerrahi klinik hemşirelerinde ise en yüksekti.

Yapılan bir çalışmada hekimlerin fedakar davranışları karşısında hastaların gönüllü olarak hediye getirmesini, hekimler saygı ve şükran unsuru olarak kabul etmişlerdir. (69) Bir başka çalışmada hastaların bazen hediye ve minnet borcu olarak hekime para verilebildiğini, kullanılan araç ve gerecin karşılığı olarak da ücret alınmış olabileceğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kabul edilebilir olduğunu düşünmesi etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.13. Hekimin Hastasına Gereksiz İlaç Başlama veya Cerrahi Tedavi Planlamasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastasına çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlaması veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen cerrahi tedavi planlaması sıklığını % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında da artış izlendi, erkeklerin % 86,4'ü kadınların ise % 84,2'si aynı cevabı destekledi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark izlenmedi. Dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşireler arasında fark izlenmezken cerrahi klinik hemşirelerinde aynı cevap oranı biraz daha düşüktü.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumu kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken bu oran yaş arttıkça yükselmekteydi. Erkeklerin % 49,6'sı kadınların % 54,5'i aynı cevabı destekledi. Bu oran cerrahi kliniklerde biraz daha düşükken meslek grupları arasında fark gözlenmedi. Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde ise bu oran en yüksekti.

Hastaya gereksiz tedavi başlanması, hem sağlık kurumlarını gereksiz masrafa sokmaya hem de hastaya dolaylı olarak zarar vermeye neden olur. Bunun nedeni bireysel çıkarların düşünülmesi veya mesleki bilgi yetersizliği olabilir. Psikiyatri servisinde çalışan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin tıbbi bilgi ve becerilerinin zayıf olduğu ve profesyonellik açısından yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır. (70)

Sağlık kurumlarının gereksiz masrafa sokulmasının tıp etiğiyle ilişkisi ile ilgili hekim ve hemşirelerin fikrinin alındığı bir çalışmada ise hekimlerin yarıdan fazlası bu durumun etiğe aykırı olduğunu savunmuş, hemşirelerin ise daha az bir kısmı bu fikri desteklemiştir. Bunun nedeninin de hekimlerin mevcut konuda daha fazla sorumluluk taşıyor olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. (67)

Hekimin zarar vermeme, yararlı olanı yapma ve kişinin sağlık hakkının korunması kapsamındaki görevlerini yerine getirmesi yükümlülükleri vardır. (71) Örs, hekim yansız davranarak, hastanın yerine kendisini koyarak, her zaman zorunlu olan tedavinin yapılmasını sağlaması gerektiğini savunmaktadır. (1)

Hipokrat Andı'nda ise hastaya zarar vermeme konusunda şöyle bir ifade yer almaktadır: "Kasıtlı bütün zararlardan kaçınacağım. İnsanların bedenini ve kişiliğini kötüye ve kişisel amaçlarım için kullanmayacağım." Bu ifade hekimlere tedavi seçimi sırasında hasta için en iyi olanı tercih etme yükümlülüğü getirmektedir. (54)

Özlü'nün yaptığı bir çalışmada hekimin sadece hastasının yararını amaçlaması gerektiği, gerçekleştirmeyi amaçladığı kendisine özgü meşru amaçları (para kazanma, ün kazanma, bilimsel yayın yapma) veya çalıştığı kurumun, geri ödeme kurumunun çıkarlarını (para kazanma, kar etme, hasta kaçırmama, maliyetleri azaltma) önceleyerek, hastasına tıbben gerekli olmayan, doğru olmayan veya hastaya zarar veren bir girişimde bulunamayacağı veya tıbben gereken bir müdahaleyi yapmaktan imtina edemeyeceği, hekimle hasta arasında sıradan bir satıcı-müşteri ilişkisi kurulamayacağı belirtilmiştir. (72)

Sur ve Çekin'in çalışmasında hastalar, hekimlerin yan etkilerini düşünmeden fazla ilaç yazdıklarını, gereksiz ameliyat yaptıklarını belirtmiş, bazı hastalar ise yanlış teşhis ve tedaviden şikayet etmişlerdir. (7)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.14. Hekimin Tedavi Düzenlerken Hastanın Fikrini Almamasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin tedavi uygulamalarında seçenekleri hastayla paylaşmayıp tedaviye karar verirken hastanın fikrini almama sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üstü katılımcılarda aynı cevap oranı daha yüksekti. Erkeklerin % 68,8'i, kadınların % 65,3'ü aynı cevabı verdi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark belirlenmedi. Hekimlerin aynı cevabı verme oranı hemşirelerden daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 35 yaş altındaki katılımcılar kesinlikle kabul edilemez cevabı verirken, 35 yaş üzerindeki kabul edilemez cevabını verdi. Erkeklerin % 36,8'i kabul edilemez cevabı verirken kadınların % 37,6'sı kesinlikle kabul edilemez cevabı verdiler. Erkeklerin kesinlikle kabul edilemez oranı % 35,2 idi. Cerrahi kliniklerde kabul edilemez cevabı verilirken meslek grupları arasında fark yoktu. Dahili kliniklerde ise kesinlikle kabul edilemez cevabı verildi ve hemşirelerin bu cevabı verme oranı daha yüksekti.

Amsterdam Bildirgesi'nde belirtilen “ Hasta hür iradesiyle kendi geleceği hakkında karar verme hakkına sahiptir” ifadesiyle hastanın kendisiyle ilgili bir karar alınırken fikrinin önemsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. (73) Hastaya klinik durumu ve tedavi seçenekleri, anlayacağı bir dille açıklandıktan sonra, tedavi seçiminde onun da fikrinin alınması etik anlayışa uygun olan yaklaşım olacaktır. Hekimlerin bu konuyla ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada katılımcı hekimlerin % 95,9'u, hastanın bilgilendirilmesinin gerekli olduğunu savunmuşlardır. (4)

Yapılan bir çalışmada, en doğru olsa bile hastayla ilgili karar alırken, mutlaka hastanın ve ailesinin katılımının sağlanması gerekliliği sorgulanmış ve hekimlerin % 78,1'i, hemşirelerin ise % 55,4'ü bunun gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak yoğun bakım ünitelerinde bu katılımın zor olduğu belirtilmiştir. (21) Japonya'da yapılan bir çalışma da yoğun bakım ünitelerinde hasta fikrinin alınmadığını, çünkü hastanın ölüyor olduğu ve zaman kısıtlılığı olduğu belirtilmiştir. (74) Zencir ve arkadaşlarının, hekim ve hemşirelerin hasta hakları konusundaki tutumlarını inceledikleri bir araştırmada katılımcılar, hastaların kendilerine uygulanacak bakım ve tedaviyi bilme hakkının olduğunu belirtmişlerdir.(75)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.15. Hekimin Hastasına Tedavi Hakkında Bilgi Vermemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastasına verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermeme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş grupları ve cinsiyetler arasında belirgin fark gözlenmedi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark yoktu. Aynı cevap oranı cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde, hekimlere göre daha düşükken dahili kliniklerde çalışan hemşirelerde hekimlere göre daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 25 yaş ve altı katılımcılar aynı cevabı desteklerken 25 yaş ve üstü katılımcılar kabul edilemez cevabını verdi. Erkeklerin % 42,4'ü kadınların % 38,6'sı aynı cevabı verirken kadınların % 44,1'i kabul edilemez cevabı verdi. Cerrahi kliniklerde çalışanlar kesinlikle kabul edilemez, dahili kliniklerde çalışanlar kabul edilemez cevabını verdi. Cerrahi kliniklerde çalışan hekimlerin verilen cevap oranı hemşirelerden yüksekken dahili kliniklerde çalışanlar arasında fark gözlenmedi.

Amsterdam Bildirgesi'nde hekimin hastaya, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi vermesi ile ilgili "Hastaların düşünülen tedavi yöntemi, her yöntemin olası risk ve faydaları, tedavi olmamanın sonuçları da dahil alternatif yöntemler, tanı, tedavi ve tedavi süreci de dahil kendi sağlık durumlarıyla ilgili tüm tıbbi gerçekleri içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir" ifadesi yer almaktadır. (65)

Yargıtay kararına göre hekimin aydınlatmasıyla yetinmeyip ayrıca bilgi isteyen hastanın, ayrıca bilgilendirilme hakkının olduğu belirtilmiştir. (76)

Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilmesi ile ilgili hekimler ve hekim adayları üzerinde yapılan bir anket çalışmasında, ülkemizde hala paternalistik hekimlik anlayışının hakim olduğu gözlenmiş, hastalarla yüz yüze yapılan görüşmelerde ise hastaların bilgilendirilme düzeyinin batı standartlarından çok düşük olduğu gözlenmiştir. (77)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.16. Hekimin Tanıyı Hastadan Gizlemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizleyip konuyu öncelikle hasta yakınlarıyla paylaşma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında azalma gözlemlendi. Erkeklerin % 40,0'ı, kadınların % 45,5'i aynı cevabı verdi. Klinikler arasında fark yoktu. Cerrahi klinik hemşirelerin aynı cevap oranı hekimlerden yüksekken, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin aynı cevap oranı hekimlerden daha düşüktü.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. 25 – 35 yaş arasındaki katılımcıların çoğunluğu kararsız olduklarını belirtirken, diğer yaş grubundaki katılımcıların kabul edilebilir cevabı daha fazlaydı. Erkeklerin % 32,8'i, kadınların % 30,2'si kabul edilebilir cevabını verirken, % 30,2 kadın katılımcı kararsız olduklarını belirtti. Cerrahi kliniklerde çalışanlar kabul edilebilir, dahili kliniklerde çalışanlar ise kararsız cevabını verdiler. Cerrahi kliniklerdeki hekimlerin kabul edilebilirlik oranı hemşirelerden yüksekken dahili kliniklerde çalışan hekimlerin kararsızlık oranı hemşirelerden düşüktü.

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda "Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir." ifadesi yer almaktadır. (78)

Hekimler ve hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, özellikle kanserli hastaların bilgilendirilmesi konusunda özerkliğe saygı ilkesinin uygulanmadığı gözlemlenmiştir. (79) İntörnlere üzerinde yürütülmüş bir araştırmada ise, hastanın bilgi sahibi olma hakkının, en önemli hak kabul edilmesi yaklaşımının yeni nesillerde arttığı gözlemlenmiştir. (80)

Çocuk hastaların bilgilendirilmesi ile ilgili yapılan bir anket çalışmasında ise özellikle ciddi müdahale gerektiren tıbbi bir durumda, % 87,7 oranında katılımcı hastayla konuşulması ve fikrinin alınması gerektiğini savunmuştur. (4)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması etik açıdan olumlu görülse de katılımcıların bu davranışın kabul edilebilir olduğunu düşünmesi, bu konuda etik açıdan bilgilendirilme gerekliliği olduğunu göstermiştir.

5.17. Hekimin Sağlık Hizmetleri Sınırlı Kaynakları Uygun Kullanabilmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabilme sıklığının % 60 -% 80 sıklıkta görüldüğünü belirtti. 25 – 35 yaş arası katılımcılar bu durumun % 80 - % 100 sıklıkta görüldüğünü belirtirken 25 yaş ve altı katılımcıları % 60 - % 80 ile % 90 ve üzeri sıklıkta görülme oranlarına verdikleri yanıt eşitti. Erkeklerin % 34,4'ü, kadınların ise % 29,2'si aynı cevabı verirken, % 31,7 kadın % 90 ve üzeri sıklıkta görüldüğünü belirtti. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmezken dahili klinik hemşirelerinin % 90 ve daha fazla cevabı oranı daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtti. Kabul edilebilirlik oranı 25 yaş ve altı grupta diğer yaş gruplarına göre daha düşüktü. Erkeklerin % 58,4'ü, kadınların % 48,0'ı aynı cevabı verdi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmezken aynı cevap oranı hekimlerde hemşirelerden daha yüksekti.

Hekimler tıbbi kaynakları kullanırken, birey ve toplum gereksinimlerini dikkate almalı ve bir denge kurmalıdır. Kaynakları kullanırken maliyet etkinliğini göz önünde bulundurmalıdır. (81) Özellikle mali kısıtlılık durumlarında hekimlerin mali kaynakları etkin ve adil şekilde kullanabilmesi, etik ilkelerin merkezini oluşturur ve bu durum profesyonellik anlamında çok önemlidir. (82)

Amsterdam Bildirgesi'nde sağlık hizmeti sunanların, kaynakların sınırlı olduğu özel bir tedavinin gerçekleştirilmesinde, hastalar arasında seçim yapılması gerektiğinde tüm hastalar arasında dürüstçe, ayırım yapmadan, tıbbi gereklilikler dikkate alınarak tedavi planlanmalıdır denilmektedir. (65) Ersoy ve Altun, kısıtlı kaynakların topluma ait olduğunu belirterek toplumun, bu kaynakların eşit ve adil bir şekilde paylaşılması için paylaşımcı etik ilkelerin uygulanmasını beklediğini bildirmektedir. (83)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının yüksek olması ve katılımcıların bu davranışın kabul edilebilir olduğunu düşünüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.18. Hekimin Hastaları Arasında Ayrımcılık Yapmasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapması sıklığının % 20 ve altı sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap

oranında da artış izlendi. Erkeklerin % 93,6'sı, kadınların % 89,1'i aynı cevabı verdi. Cerrahi kliniklerdeki aynı cevap oranı dahili kliniklerden daha düşüktü. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin cevap oranı hekimlerden ve diğer kliniklerdeki hemşirelerden daha düşüktü.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş grupları arasında fark gözlenmedi. Erkeklerin % 80,8'i, kadınların % 72,8 aynı cevabı verdi. Cerrahi kliniklerde aynı cevap oranı dahili kliniklerden daha düşüktü. Cerrahi kliniklerdeki hekim ve hemşirelerin cevap oranı, dahili kliniklerdeki hekim ve hemşirelere göre daha düşüktü.

Amsterdam Bildirgesi'nde hastaların, ahlaki ve kültürel değerleri ile dini ve felsefi inançlarına saygı gösterilmesi hakkının olduğu bildirilmiştir. (34)

Hastalara anket uygulanarak yapılan bir çalışma sonucunda, hastaların % 38'i hekimlerin ve hemşirelerin, hastaların sosyoekonomik düzeylerine göre hastalara farklı davrandıklarını hissettiklerini belirtmişlerdir. (7)

Amerika'da yapılan bir çalışmada hekimlere, ayrımcılıkla ilgili uygulanan anket sonucunda; Amerika'da % 94,9, İngiltere'de % 97,0 hekim, hastalar arasında inançlarına göre asla ayırım yapılmadığını belirtmişlerdir. (44)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.19. Hekimin Hastanın Hislerini Önemsememesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastasına sağlığıyla ilgili yaşadığı travmayı dikkate almayıp hastanın hissettiklerini önemsememe sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 69,6'sı, kadınların % 71,8'i aynı cevabı verdi. Aynı cevap oranı dahili klinikte ve dahili klinikte çalışan hekim ve hemşirelerde, cerrahi klinikte ve cerrahi klinikte çalışan hekim ve hemşirelerden daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş grupları arasında verilen cevap oranı açısından belirgin bir fark yoktu. Erkeklerin % 48,8'i, kadınların % 54,0'ı aynı cevabı verdi. Cerrahi kliniklerde çalışan hekimler ve dahili kliniklerde çalışan hekim ve hemşireler kesinlikle kabul edilemez cevabını verirken, cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler aynı oranda kabul edilemez cevabı verdi.

Hekim, hastanın değerli olduğuna inanmalıdır ve bu inançla etik davranış boyutuyla hareket edilmesinin hekimlik etiği profesyonelliği için gerekli olduğu bilincinde olmalıdır. (84) Yapılan bir çalışmada, yaşanan durumlara objektif bakabilme ve karşısındakiyle empati kurabilme üzerinden katkı sağlayacağı görüşü hekimlerde % 7,3 hemşirelerde % 6,8 olarak belirlenmiştir. (42)

Bir akademisyenin röportajında hasta-hekim iletişimindeki empati eksikliğinin, hastalığın tedavi sürecindeki olumsuz etkisini, Aile Hekimleri.net dergisindeki röportajında dile getirerek bu tür davranışların hastanın özgüvenini yok edip yaşamaya olan inanç, moral ve motivasyon kaybı ve intihar düşüncesine bile neden olabileceğini belirtmiştir. (85)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.20. Hekimin Hastalardan Hediye Kabul Etmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastalarından çeşitli hediyeler talep etmesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 96,0'ı, kadınların % 93,6'sı aynı cevabı destekledi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmedi. Doktorlar, hemşirelere göre bu durumun kliniklerinde daha az görüldüğünü belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 80,0'ı kadınların % 76'2'si aynı cevabı destekledi. Dahili kliniklerdeki aynı cevap oranı cerrahi kliniklerden daha yüksekti. Aynı cevap oranı cerrahi klinik hemşirelerinde en düşükken dahili klinik hekimlerinde en yüksekti.

Yapılan bir çalışmada hekimlerin % 69'u hekimlik mesleği uygulamalarında, maddi kazanç elde ediş yöntemlerinde etik dışı yanların olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada hekimin hastadan bıçak parası istemesi veya muayenehaneye giderek fazladan para ödemesini, çalışmaya katılan hekimlerin % 21'i, hemşirelerin % 32'si, hastaların ise % 14'ü hekimlerin hakkı olarak gördüğünü belirtmişlerdir. Aksine hekimlerin % 35'i bıçak parası almanın en sık rastlanan etik dışı davranış olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların % 43'ü de hekimlerin para için hastaların sağlığını ihmal ettiğini düşünmektedir. (7)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.21. Hekimin Hastalarını Bekletmesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalıştığı kliniğe geç gelerek hastalarını bekletmesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 80,0'ı kadınların % 79,7'si aynı cevabı destekledi. Dahili klinikte çalışanlar bu durumun cerrahi kliniklere göre daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Cerrahi klinik hemşirelerinin aynı cevap oranı diğer tüm katılımcılara göre daha düşüktü.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 25 – 35 yaş arası katılımcılar kesinlikle kabul edilemez cevabını verirken, diğer yaş grubundaki katılımcılar kabul edilemez cevabını verdi. Erkeklerin % 45,0'ı kabul edilemez, kadınların % 43,6'sı kesinlikle kabul edilemez cevabını verdi. Cerrahi ve dahili kliniklerde çalışanlar arasında kabul edilebilirlik açısından fark gözlenmedi. Katılımcı hekimler kabul edilemez cevabını verirken, hemşireler kesinlikle kabul edilemez cevabını verdi.

Amsterdam Bildirgesi'nde "Hastalar hekimlerinin muayene saatlerini ve hekimi ne zaman nerede bulabileceklerini önceden bilme hakkına sahiptir" ifadesi yer almaktadır. (34)

Yapılan bir çalışmada hekimlerin, mesai saatinde görev yerinde bulunmaması nedeniyle % 9,1 kere şikayet edildiği tespit etmişlerdir. (7)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.22. Hekimin Hastaları İçin Fedakarlıkta Bulunmasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastaların sağlık hizmetinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakarlıkta bulunması sıklığının % 90 ve üzeri sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üstü katılımcılarda % 20 ve daha az sıklıkta ile % 90 ve daha fazla sıklıkta seçeneklerine verilen cevap oranı eşitti, diğer yaş grupları arasında fark yoktu. Erkeklerin % 38,4'ü, kadınların % 31,2'si % 90 ve üzeri sıklıkta görüldüğü cevabını verdi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında belirgin fark gözlenmedi. Cerrahi klinikte çalışan hekimler % 60 –

% 80 sıklıkta bu durumun görüldüğünü belirtirken, diğer katılımcılar arasında hemşirelerin % 90 ve üzeri seçeneğini seçme oranı daha düşüktü.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtirken yaş grupları arasında belirgin fark gözlenmedi. Erkeklerin % 44,0'ı, kadınların % 47,5'i aynı cevabı destekledi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark görülmezken hemşirelerin kabul edilebilirlik oranı hekimlerden fazlaydı.

Hekimlik yemininde fedakarlık, hekimin hastasının iyiliğini her zaman kendi çıkarlarının üstünde tutması anlamına gelir. (86) Ancak hekimin kendisini önemli risk altına sokan eylemlerde etik yükümlülük hekime yüklenemez. (87, 88)

Tıbbi profesyonelliğin en temel özelliği hekimin günlük işlerinde fedakarlık göstermesidir. (89) Fedakarlık bir hekimde olması gereken temel özelliklerden biridir. Profesyonelliği oluşturan temel faktörler hastayı düşünme, sorumluluk, insancılık, mesleki yeterlilik ve çok iyi iletişim kurabilmektir. (90)

Hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin fedakarlıkla kişisel yarar çatışması durumuyla % 44,6 oranında karşılaştığı, bu sorunun çözümünde de % 35,7 güçlük yaşanmadığını, % 7,1'i ise çok güçlük yaşandığını belirtmişlerdir. (53)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının yüksek olması ve katılımcıların bu davranışın kabul edilebilir olduğunu düşünüyor olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.23. Hekimin Hastaların Mahremiyetine Özen Göstermemesiyle İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermeme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üstü katılımcılarda verilen cevap oranı en yüksekti. Erkeklerin % 84,4'ü, kadınların % 84,2'si aynı cevabı destekliyordu. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmezken aynı cevap oranı hekimlerde hemşirelerden daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş arttıkça aynı cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 60,8'i, kadınların % 63,9'ü aynı cevabı destekledi. Dahili kliniklerdeki aynı cevap oranı cerrahi kliniklerden yüksekti. Cerrahi klinik hekim ve hemşirelerinin aynı cevap oranı dahili klinik hekim ve hemşirelerine göre daha düşüktü.

Amsterdam Bildirgesi'nde hastanın, mahremiyetine saygı gösterilme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. (34) Bir çalışmada katılımcıların yarısı, sağlık uygulamalarında mahremiyete saygı gösterildiğini belirtmiştir. (91) Bir başka araştırmada ise aile hekimliği uygulamalarında, hasta hekim ilişkisinin daha karmaşık olduğu, mahremiyet ve gizliliğe ilişkin etik ikilemlerle sıkça karşılaşılabilceği belirtilmiştir. (92)

İntörner ve hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada hekimlerin çok az bir kısmı, hemşirelerin ise tamamına yakını hasta mahremiyetini önemsediklerini belirtmişlerdir. (75) Aydemir'in çalışmasında hastaların diğer personelden, diğer hastalardan ve hatta kendi aile bireylerinden bile gizlilik isteyebileceği, sağlık personelinin hastanın mahremiyet ihtiyaçlarını öğrenmesi ve bu ihtiyaçlara cevap verecek düzenlemeleri gerçekleştirmesi gerektiği belirtilmiş, bununla ilgili yapılan anket çalışmasında ise hastanelerin % 80,3'ünün tamamen, % 17,9'unun ise kısmen bu kurala uyduğu belirlenmiştir. (93)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.24. Hekimin Klinikte Görev Dağılımı Yaparken Bireysel İlişkilerine Göre Davranmasıyla İlgili Soruya Verilen Cevapların Değerlendirmesi

Katılımcıların çoğunluğu hekimin, klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket edip, herkese eşit davranmaması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belitti. 35 yaş ve üstü katılımcılarda verilen cevap oranı en yüksekti. Erkeklerin % 69,6'sı, kadınların % 68,3'ü aynı cevabı destekledi. Dahili kliniklerdeki aynı cevap oranı cerrahi kliniklerden ve diğer tüm katılımcılardan daha yüksekti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. Yaş arttıkça verilen cevap oranında artış gözlemlendi. Erkeklerin % 55,2'si, kadınların % 56,4'ü aynı cevabı destekledi. Cerrahi ve dahili klinikler arasında ve meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

Yapılan bir çalışmada hekimler, hekimlerin yardımcı sağlık personeliyle uyum sorunu ve çıkar çatışması yaşanmasının % 15 sıklıkta yaşandığını belirtmişlerdir. (7)

Çalışmamızda bu davranışın görülme sıklığının düşük olması ve katılımcıların bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrinde olması etik açıdan olumlu olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇLAR

Araştırmamıza 01.01.2014 ile 01.07.2014 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan klinisyen hekimler ve hemşireler katıldı. Katılım, elden dağıtılıp toplanan anketlerle sağlandı.

6.1. Araştırmaya 188'i hekim (% 57,1), 139'u hemşire (% 42,5) olmak üzere toplamda 327 kişi katıldı. Hekimlerin yaş ortalaması $32,37 \pm 7,78$ iken hemşirelerin yaş ortalaması $30,06 \pm 7,26$ olarak saptandı. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 25 yaş ve altı katılımcı sayısı 67 (% 20,5), 25-35 yaş arası katılımcı sayısı 172 (% 52,6), 35 yaş ve üzeri katılımcı sayısı 88 (% 26,9) idi.

6.2. Araştırmaya 125'i erkek (% 38,2) 202'si kadın (% 61,8) katıldı. Hekimlerin 116'sı erkek (% 62,0) 72'si kadın (% 38,0), hemşirelerin 9'u erkek (% 6,4) 130'u kadın (% 64,4) idi.

6.3. Hekimlerin 15'i profesör (% 8,0), 10'u doçent (% 5,3), 14'ü yardımcı doçent (% 7,4), 11'i uzman doktor (% 5,9) ve 138'i asistan doktor (% 73,4) idi.

6.4. Katılımcıların çoğunluğu çalıştıkları kliniklerde hekimlerin kendi deneyimlerine göre tedavi düzenleme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtmişlerdir. Kadınlar erkeklere oranla, cerrahi klinik hemşireleri ise diğer tüm katılımcılara göre bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark yoktu.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu savunurken erkeklerin oranı daha yüksek tespit edilmiştir. Meslek grupları ve klinikler arasında ise bu açıdan belirgin fark gözlenmemiştir. Yaş grupları arasında ise belirgin fark gözlenmemiştir.

6.5. Katılımcıların çoğunluğu hekimlerin kendi branşıyla ilgili eğitici konferanslar düzenleme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtmişlerdir. Cerrahi kliniklerde daha sık eğitici konferansların yapıldığı belirtildi. Kadın katılımcılar da eğitici konferans sıklığının daha fazla olduğunu belirtirken yaş grupları arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu belirtirken yaş arttıkça bu oranda artış izlendi. Erkek katılımcılarda bu oran kadınlardan daha yüksekken klinikler arasında ve meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

6.6. Katılımcıların çoğunluğu hekimin yeni başlayan doktordan daha önce yapmadığı girişimi öğretip girişimi yaparken yanından ayrılması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta

görüldüğünü belirtti. Erkek katılımcılar ve cerrahi klinik çalışanları bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken yaş grupları arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üzeri katılımcılarda ve kadınlarda bu oran daha yüksekti. Cerrahi klinik çalışanları dahili kliniklere göre daha yüksek oranda bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyordu.

6.7. Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalıştığı klinikte daha alt kidede olan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline uygunsuz davranışlarda bulunma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Erkek katılımcılar kadınlara göre bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken yaş arttıkça aynı düşünceye katılanlarda artış gözlemlendi. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler % 20-% 40 sıklıkta bu durumla karşılaştıklarını belirtirken, cerrahi kliniklerde de dahili kliniklere oranla bu durumla daha sık karşılaşıldığı gözlemlendi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken bu oran 25 yaş ve altı katılımcılarda en yüksekti. Kadınlar erkeklere göre ve dahili klinikler cerrahi kliniklere göre daha yüksek oranda bu durumun kesinlikle kabul edilemez bir davranış olduğunu düşünürken meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

6.8. Katılımcıların çoğunluğu hekimin nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddetme davranışının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Erkekler ve 35 yaş ve üzeri katılımcılar bu durumla daha az karşılaştıklarını ifade etti. Hekimler hemşirelere göre bu durumun daha az görüldüğünü belirtirken cerrahi kliniklerde çalışanlar bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğu fikrindeydi. 35 yaş ve üzeri katılımcılar ve erkekler daha yüksek oranda bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünüyordu. Cerrahi klinik hemşireleri ise bu davranışın kabul edilemez olduğunu belirtti.

6.9. Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalışma saatleri içerisinde ilaç mümessillerinin çalışması ve hediye getirmesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Erkekler, 25-35 yaş arası katılımcılar ve cerrahi klinik çalışanları bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtti. Klinikler arasında belirgin fark görülmezken cerrahi klinik hemşireleri bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken kadınlarda ve 35 yaş ve üzeri katılımcılarda bu oran daha yüksekti. Cerrahi klinik

hemşirelerinde kabul edilemezlik açısından netlik izlenmezken cerrahi ve dahili klinikler arasında fark gözlenmedi.

6.10. Katılımcıların çoğunluğu hekimin çalıştığı personele veya hastalara cinsel yönden uygunsuz davranışta bulunma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş grupları arasında ve her iki klinik arasında belirgin fark izlenmezken erkekler bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtti. Hekimler, hemşirelere göre bu durumla daha az sıklıkta karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üzerindeki katılımcılar ve kadınların oranı daha yüksekti. Bu oranın en düşük olduğu grup cerrahi klinik hemşireleriydi.

6.11. Katılımcıların çoğunluğu hekimin özel işlerinden dolayı çalıştıkları kliniğe bazen uğramayarak işlerin aksamasına neden olma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğünü düşünenlerin sayısında artış gözlemlendi. Kadınlar, erkeklere göre bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında ve meslek grupları arasında fark tespit edilmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken erkekler, dahili klinik çalışanları ve 35 yaş üstü katılımcılar, daha yüksek oranda bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirttiler.

6.12. Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastaya, hastalığı ile ilgili bilgi vererek soru sorma hakkı vermeden ayrılması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğünü belirtenlerin oranı artarken erkeklerde de bu oran daha yüksekti. Dahili kliniklerde çalışanlar bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken 35 yaş ve üzeri katılımcıların ve kadınların bu cevabı verme oranı daha yüksekti. Dahili klinik çalışanları daha yüksek oranda bu durumun kabul edilemez olduğunu düşünürken meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

6.13. Katılımcıların çoğunluğu hekimin uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan veya piyasaya göre daha pahalı yeni ilaçları sürekli reçete etme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu davranışın daha az görüldüğünü düşünenlerde artış gözlemlendi. Kadınlarda ve dahili kliniklerde bu oran daha fazlaydı. Meslek grupları arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 35 yaş ve üzerindeki katılımcılarda, cerrahi klinik hekimlerinde ve erkeklerde bu oran daha yüksekti. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark yoktu.

6.14. Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastadan izin almadan, sağlık durumuyla ilgili hasta yakınlarına bilgi vermesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça oranda artış gözlemlendi. Erkekler, cerrahi kliniklerde çalışanlar ve hekimler bu durumla daha az karşılaştıklarını belirttiler. Cerrahi klinik hemşirelerinin bu durumla daha sık karşılaştıkları tespit edildi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünürken kadınların bu düşüncesi erkeklerden fazlaydı. Cerrahi kliniklerde çalışanlar bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmekteydiler. Meslek grupları arasında ise fark gözlenmedi.

6.15. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul etme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş grupları ve cinsiyetler arasında fark gözlenmezken cerrahi klinik çalışanları bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtti. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler ise aynı cevapla eşit oranda % 40-% 60 sıklıkta bu durumun görüldüğünü belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmekteydi. 25 yaş üzeri katılımcılarda, cerrahi klinik çalışanlarında ve kadınlarda bu oran daha yüksekti. Cerrahi klinik hemşireleri en yüksek oranda bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmekteydi.

6.16. Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastasına çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlaması veya sonraki bir tedavi seçeneği olsa da cerrahi tedavi planlaması sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu oranda artış izlenirken kadınlar bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtti. Cerrahi ve dahili klinikler arasında fark izlenmezken cerrahi klinik hemşireleri bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünmekteydi. Dahili klinik çalışanları ve kadınlar daha yüksek oranda bu davranışın kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünmekteydiler. Meslek grupları arasında ise fark gözlenmedi.

6.17. Katılımcıların çoğunluğu hekimin tedavi uygulamalarını hastayla paylaşmayıp tedaviye karar verirken hastanın fikrini almama sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu

belirtti. 35 yaş ve üzeri katılımcılar, hekimler ve erkekler bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu düşünmekteydi. 35 yaş ve üzeri, cerrahi klinik çalışanları ve erkeklerin çoğunluğu ise kabul edilemez cevabını verdiler. Hemşirelerin kesinlikle kabul edilemez cevabı daha yüksekti.

6.18. Katılımcıların çoğunluğu hekimin hastasına tedavi etkinliği veya yan etkileri hakkında bilgi vermemesinin % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş grupları, cinsiyetler ve klinikler arasında fark gözlenmedi. Cerrahi klinik hemşireleri hekimlere göre bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtirken dahili klinik hemşireleri hekimlere göre daha az karşılaştıklarını belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtti. 25 yaş ve altı katılımcılar, cerrahi klinik çalışanları ve erkekler bu cevabı destekleme oranı daha yüksekken cerrahi kliniklerde çalışan hekimlerin cevap oranı hemşirelerden yüksekti. Dahili kliniklerde hekim ve hemşireler arasında fark izlenmedi.

6.19. Katılımcıların çoğunluğu hekimin kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizleyerek hasta yakınıyla paylaşmasının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça bu durumla karşılaşma oranında artış olduğu tespit edildi. Erkekler, cerrahi klinik hekimleri ve dahili klinik hemşireleri bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında fark yoktu.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmekteydi. 25-35 yaş arası katılımcılar, dahili klinik çalışanları ve aynı oranda kadınlar kararsız olduklarını belirtti. Erkekler ve cerrahi klinik çalışanları ise bu davranışın kabul edilebilir olduğunu belirtti.

6.20. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda personel ve tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabilme sıklığının % 60- % 80 sıklıkta görüldüğünü belirtti. 25-35 yaş arası katılımcılar, kadınlar bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında fark yoktu. Dahili klinik hemşireleri bu durumla karşılaşma oranı en yüksek olan gruptu.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu düşünmekteydi. 25 yaş üstü katılımcılar, erkekler ve hekimlerde bu oran daha yüksekken klinikler arasında fark gözlenmedi.

6.21. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastaları arasında ayrımcılık yapma sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta görüldüğünü belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğü tespit edildi. Erkeklerde ve dahili klinik çalışanlarında bu oran daha yüksekken cerrahi klinik hemşireleri diğer katılımcılara göre bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu belirtirken erkekler, dahili klinikler ve dahili klinik hekim ve hemşirelerinde de bu oran daha yüksekti.

6.22. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastasının sağlığıyla ilgili yaşadığı travmayı dikkate almayarak hastanın hislerini önemsememe sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğünü düşünenler artmaktaydı. Kadınlar, dahili kliniklerde çalışanlar ve dahili klinik hekim ve hemşireleri bu durumla daha az karşılaştıklarını belirttiler.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu ifade ederken kadınlarda bu oran daha yüksekti. Cerrahi klinik hemşirelerinin kabul edilemez düşüncesi, diğer tüm katılımcılardan daha düşüktü.

6.23. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastasından hediye talep etme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğünü düşünenler artmaktaydı. Kadınlar ve hekimler bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında fark tespit edilmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu ifade ederken yaş arttıkça oranda artış izlendi. Erkeklerde, dahili klinik çalışanlarında ve dahili klinik hekimlerinde bu oran daha yüksekti.

6.24. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, kliniğe geç gelerek hastalarını bekletme sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. Yaş arttıkça bu durumun daha az görüldüğünü düşünenler artmaktaydı. Kadınlar, cerrahi kliniklerde çalışanlar ve cerrahi klinik hemşireleri bu durumla daha sık karşılaştıklarını belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu ifade ederken 25-35 yaş arası katılımcılar bu cevabı destekledi. Diğer yaşlardaki çalışanlar, erkekler ve hekimler ise kabul edilemez bir davranış olduğunu düşünmekteydi. Klinikler arasında fark gözlenmedi.

6.25. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, fedakarlıkta bulunma sıklığının % 90 ve daha fazla sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üzeri katılımcılarda % 20 ve daha az ile % 90 ve daha fazla seçenekleri eşit oranda cevaplanmıştı. Kadınlar daha az oranda fedakarlık

yapıldığını belirtmekteydi. Cerrahi kliniklerde çalışan hekimler daha az oranda fedakarlık yapıldığını düşünürken klinikler arasında fark tespit edilmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kabul edilebilir olduğunu ifade ederken yaş grupları arasında ve klinikler arasında fark gözlenmedi. Kadınlar ve hemşirelerin kabul edilebilirlik oranı daha yüksekti.

6.26. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, hastanın mahremiyetine özen göstermemesi sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üzeri katılımcılar, erkekler ve hekimler bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtirken klinikler arasında fark gözlenmedi.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu ifade ederken yaş arttıkça oran artmaktaydı. Kadınlarda, dahili klinik çalışanlarında ve dahili klinik hekim ve hemşirelerinde bu oran daha yüksek olarak tespit edildi.

6.27. Katılımcıların çoğunluğu hekimin, görev dağılımı yaparken çalışanlarla bireysel ilişkilerine göre hareket edip herkese eşit davranmama sıklığının % 20 ve daha az sıklıkta olduğunu belirtti. 35 yaş ve üzeri katılımcılar, erkekler, dahili klinik çalışanları ve dahili klinik hekimleri bu durumla daha az karşılaştıklarını belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu bu durumun kesinlikle kabul edilemez olduğunu ifade ederken yaş arttıkça oran artmaktaydı. Kadınlarda bu oran daha yüksekken klinikler arasında ve meslek grupları arasında fark tespit edilmedi.

7. ÖNERİLER

7.1. Hekimlerinin tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynakları dikkate alarak tedavi seçimi yapmaları etik bir davranıştır, araştırma sonucunda katılımcıların verdiği cevaplar bu davranışı desteklememiştir. Katılımcıların bu konuyla ilgili eğitim almaları önerilebilir.

7.2. Hekimlerin gönüllü olarak eğitici konferanslar düzenlemesi katılımcılar tarafından etik bir davranış olarak görülmektedir ancak çalışmamızın sonucuna göre bu konferansların düzenlenme sıklığı azdır. Kaynaklarda da görüldüğü gibi eğitici konferanslara ihtiyaç vardır. Hekimlerin eğitici konferans düzenlemesi için gerekli şartlar oluşturulmalıdır.

7.3. Hastanın kanser gibi ciddi hastalıklarda hekim tarafından bilgilendirilmesi ile ilgili katılımcılar öncelikle hasta yakınlarının bilgilendirilmesini uygun görmüş olsalar da hekimlik meslek etiği kurallarına göre öncelikle hastayı veya hastanın izin verdiği herhangi bir kişiyi bilgilendirmesinin uygun olduğu belirtilmiştir. Hasta bilgilendirilmesi konusunda katılımcıların eğitilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Örs Y, Geçmişte ve Günümüzde Hekim-Hasta İlişkisi, Tıp Dünyası 1975; 48(6): 224-30.
2. Erdemir AD, Tıpta Etik ve Deontoloji (21. Yüzyılda), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2011.
3. Alan S, Adana'da Eğitim Hastanelerinde Sağlık Hizmetini Alanlar ile Verenlerin Özerkliğe Saygı ve Paternalizme Yatkınlıkları, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2005.
4. Yürütücü A, Gürbüz H, Hekimlerin Ahlaki Değerleri ile Mesleki Etiğinin İstatistiksel Olarak İncelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 2001, C.6, S.1, s.157-172.
5. Müftüoğlu A, Erdemir Demirhan A, Uzel İ, Tıp-Etik İlişkisinin Felsefi Temellerinin Araştırılması, Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı, Biyoetik Derneği Yayınları, 2003, Cilt:1, 568-574.
6. Civaner M, Sarıkaya Ö, Balcıoğlu H, Uzmanlık Eğitiminde Tıp Etiği, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2009; 9:132-8.
7. Sur H, Çekin M, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Etik, Yolsuzluğun Önlenmesi İçin Etik Projesi Akademik Araştırma Çalışması, T.C. Başbakanlık Kamu Görevlileri Etik Kurulu, 2009.
8. Kadioğlu S, Arda B, Tıp ve Genel Ahlak, Tıp Etiği Araştırmaları, Biyoetik Derneği Yayınları, 1999, 80-84.
9. Yıldırım G, Kadioğlu S, Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 29 (2): 7-12, 2007.
10. Akpınar A, Alvur T.M, Ersoy N, Topsever P, Düzce İli Aile Hekimlerinin Yaşadığı Etik Sorunlara Dayanan Bir Etik Eğitim Programı Önerisi, II. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 2009.
11. Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, TTB Yayınları, 2006, Ankara.
12. Mc Manus IC, Wakeford RE, Core medical curriculum, B.M.J.I. 1989; 298: 1051.
13. Mitchel KR, Lovat J, Teaching bioethics to medical students: the Newcastle experience. Med Educ 1992; 26: 290-300.
14. Mac Nair T, Medical ethics. BMJ, 1999; 319 (Suppl. 2): 7214.
15. Doyal L, Gillon R, Medical ethics and law as a core subject in medical education, BMJ 1998; 316: 1623-4.

16. Arda B, Kahya E, Başağaç Tamay G, Etiğe kavramsal giriş ve temel yaklaşımlar, Bilim Etiği ve Bilim Tarihi, Eds: Arda B, Kahya E, Başağaç Tamay G, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2004, s:21–36.
17. Kadioğlu S, Etik Etik Dedikleri, III. Koloproktoloji-Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı, Adana, 2007, s: 86–88.
18. Beauchamp TL, Childress JF, Principles of Biomedical Ethics, 3th ed, Oxford Uni. Press, 1989;120;7-65, JAMA 1990; 263 (5): 696-700.
19. Ersoy N, Aydın E, Tıp Etiği İlkeleri, Klinik Tıbbi Etik 1995, 2-3: 48-52.
20. Aydın E, Ersoy N, Klinikte Etik Karar Verme Süreci, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik, 1995,1:12-16.
21. Öztürk H, Hintistan S, Kasım S, Candaş B, Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2009;13(2):77-84.
22. Oğuz Y, Tıp Etiğinde Temel İlkeler, Etik Bunun Neresinde! Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, 1997: 27–33.
23. Beauchamp TL, Philosophical Ethics, 2nd ed. New York: McGraw Hi!, Inc 1991; 188-99.
24. Kadioğlu S, Deontoloji Ders Notları, Adana, 2003.
25. Ersoy N, Erdemir Demirhan A, Öncel Ö, Aksoy Ş, Aydınlatılmış Onam, Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Kitapevleri, İstanbul, 2003:204 230.
26. Oğuz Y, Etik Kurullar, Tıpta Sınırlı Kaynakların Kullanımı (Adalet İlkesi), Van Tıp Dergisi, Özel Ek, 1999: 4–8.
27. Aksoy Ş, Şahinoğlu Pelin S, Arda B, Özçelikay G, Sağlık Kaynaklarının Dağıtımında ve Tedavi Kararının Verilmesinde Kullanılan Kriterlerin Etik Tartışması, Şahinoğlu Pelin S, Arda B, Özçelikay G, Özgür A, Şenler Çay F, III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri, Biyoetik Derneği Yayınları, Ankara, 1998: 419–423.
28. Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Bildirgesi, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, Birinci Baskı, TTB Yayınları, 2010: 14.
29. Alma-Ata Bildirgesi, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı, Alma Ata Bildirisi 1978, (<http://www.un.org.tr/who/Who.htm>), Erişim Tarihi: 2007.
30. Erci B, Tuncel Ş, Temel Sağlık Hizmetleri, Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni, 1991, 23,(3): 181-187.
31. Lizbon Bildirgesi, Türk Tabipler Birliği Hasta Hakları, Temel Belgeler, İletişim Yayınları, İstanbul, 1999, s:83.

32. Ottawa Şartı, 1986, http://www.un.org.tr/doc_pdf/ottawa_chart.pdf), Erişim Tarihi: 2012.
33. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Global Konferanslardan Bildiriler, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,1. Baskı Nisan 2011, Ankara, s: 6.
34. Hatun Ş, Amsterdam Bildirgesi, Hasta Hakları, İletişim Yayınları, İstanbul, 1999; s:84-88.
35. Kopenhag Bildirisi, 1994, <http://www.un.org.tr/who/KOPENHAG.HTM>)
36. Bali Bildirgesi, 1995, http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta_haklari/bildirgeler.htm)
37. Jakarta Deklarasyonu, 1997 <http://www.Idp.org/iuhpe/jakdec.htm>)
38. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, WHO Liasion Office, 1996 <http://www.euro.who.int>).
39. WHO Liasion Office, Dubrovnik Sözleşmesi, Güneydoğu Avrupa'da ki Sağlık Hizmetlerinden Yararlanamayan Nüfusların Sağlık İhtiyaçlarının Karşıllanması, 2001. (<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4dubrovniksozlesme.htm>)
40. Hekimlik mesleği etik kuralları, Türk Tabipler Birliği Yayını, 2004.
41. G.J. Annas A, National Bill of Patients' Rights, The New Engl. J. Of Med, 1998:338 (10) 698
42. Kadıgölu S, Yıldırım G, Sağlık profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi A.B.D. 2008; s: 87.
43. Karatepe M, Bozkurt İA, Bozkır M, Pratisyen Hekimlere Verilen Tıbbi Etik Eğitiminin Değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 2006; 14: 23–37.
44. Martin Roland M, Rao R. S, Sibbald B, Professional values and reported behaviours of doctors in the USA and UK: quantitative survey, BMJ Qual Saf 2011, (<http://qualitysafety.bmj.com>).
45. Kadıgölu S, Yıldırım G, Sağlık profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi A.B.D. 2008; S: 88.
46. Fusun Sayek, TTB Raporları/Kitapları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 2009, S: 15.
47. John R. Williams, Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği El Kitabı, Çev: Murat Civaner, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005; s:43.

48. Tjia J, Mazor M. K, Field T, Meterko V, Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety, *J Patient Saf.* 2009, 5(3): 145–152.)
49. Demir B, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneğinde Hastane Organizasyonu İçerisinde Hekim-Hemşire İlişkisinin Çatışma ve Güç İlişkileri Açısından Analizi; Sosyoekonomik Düzeyin, Eğitimin, Cinsiyet ve Çalışma Süresinin Etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji A.B.D. Ankara.
50. Füsün Sayek, T.T.B. Raporları/kitapları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, 2009; s:17.
51. Declaration concerning Physician-Industry Relationship, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları, 1. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2008:46-8.
52. Lo B, Kluwer W, Resolving ethical dilemmas. A guide for clinicians, 4th ed. 2009:75-81, 151-59, 238-41, 251-5.
53. Akpınar A, Düzce İli Aile Hekimlerinin Yaşadığı Etik Sorunlara Dayanan Bir Etik Eğitim Programı Önerisi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013;5(1):3-10.
54. Uğurlu M. C, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 50, Sayı 2, 1997.
55. Lapid M, Moutier C, Dunn L, Professionalism and Ethics Education on Relationships and Boundaries: Psychiatric Residents' Training Preferences, *Academic Psychiatry*, 2009, 33:6.
56. T.C. Başbakanlık Kamu Görevlileri Etik Kurulu, Kamu Görevlileri Etik Rehberi, 2012.
57. İpek E, Doğan F, Hastanın Yasal Sorumlulukları ve Hakları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. 2009.
58. Özlü T, Hekim-hasta ilişkisi, hasta eğitimi ve hastanın tıbbi kararlara katılımı, *Klinik Bilimler ve Doktor*, 1999.
59. Abrams N, Buckner A, Patient's Bill of Rights American Hospital Association 1973, *Medical Ethics. A Clinical Textbook and Reference for the Health Professions*, Cambridge Mass. 1983, s:643-644.
60. Ladouceur R, Family physicians and professionalism, *Canadian Family Physician*, V:55, P:963, 2009.
61. Babadağlı B, Erim S.E, Erdoğan S, Hekim ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:3 2006.

62. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Bölüm:4, Madde:30, Ankara, 2012. (<http://www.ttb.org.tr>).
63. Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu Etik Bildirgeleri, Türk Tabipleri Birliği Yayınları Birinci Baskı, 2010.
64. Kadıgözü S, Yıldırım G, Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Tez Çalışması, Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi A.B.D. 2008; S:101.
65. Görkey Ş, Hasta Hakları, Medikal Etik, (Ed. H.Hatemi – H. Doğan), 2003:4:100-126
66. International Digest of Health Legislation IDHL, 1994: 45(3) 411.
67. Kadıgözü S, Yıldırım G, Sağlık profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri, Tez Çalışması, Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi A.B.D. 2008;S:97.
68. Ersoy N, Gündoğmuş ÜN, Aslan H, Gündoğmuş A, Hekimin Etik Duyarlılığı, I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, 1999: 24–28.
69. Glannon W, Ross L.F, Are doctors altruistic?, J Med Ethics, 2002;28:68–69.
70. Cullen M.W, Reed D.A, Halvorsen A.J, Selection Criteria for Internal Medicine Residency Applicants and Professionalism Ratings During Internship, Mayo Clin Proc. 2011;86(3):197-202.
71. Kalaça Ç, Tıbbi Girişimi Reddeden Hatanın Karar Verme Yeterliğinin Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 1994.
72. Özlü T, Karşılıklı Haklar ve Sorumluluklar Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi, Yasal Düzenlemeler Işığında Hekim Hakları, Hekim Sorumluluğu, Hekim-Hasta ilişkisi, İzmir Tabip Odası, 2009.
73. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Birinci Baskı, 2010.
74. Kinoshita S, Respecting the wishes of patients in intensive care units. Nurs Ethics, 2007;14:651-64.
75. Zencir GG, Erdal E, Zencir M, Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi, Ersoy N, Gündoğmuş NÜ, I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, 1999, 105–113.
76. Yargıtay Dördüncü Hukuk mahkemesinin 07.03.1977 sayılı tarih, 1976/6297 E-1977-2541K. Sayılı kararı, YKD, Haziran 1978, c.9, s.7.

77. Samur M, Şenler F.Ç, Akbulut H, Kanser Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu: Hekim ve Hekim Adaylarının Yaklaşımları Hakkında Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde Yapılan Sınırlı Bir Araştırmanın Sonuçları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2000, c:53, s:3, 161-166.
78. Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 2005.
79. Aydın E, Sayek İ, Karağaoğlu E, Büken Ö, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinisyen Hekimlerinin Etik Bilgi ve Farkındalıkları, Hacettepe Tıp Dergisi, 2006; 37: 98–115.
80. Önal E, Tümerdem Y, Hasta Hakları, Sağlık Hakkı ve Tıp Etiği. İntörlere Yönelik Bir Anket Bağlamında, Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1999; 7 (2): 72–77.
81. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe., WONCA Europe Office Publication, 2002:5-23.
82. MacKenzie C. R, What Would a Good Doctor Do? Reflections on the Ethics of Medicine, Hospital for Special Surgery 2009, 5: 196–199.
83. Ersoy N, Altun İ, Tıbbi Kaynakların Paylaşılması ile İlgili Hemşirelerin Görüşleri, Ersoy N, Gündoğmuş NÜ, I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı, 1999:119–123.
84. Beach M.C, Duggan P.S, Cassel C.K, What Does ‘Respect’ Mean? Exploring the Moral Obligation of Health Professionals to Respect Patients, Society of General Internal Medicine 2007;22: 692–695.
85. Aile Hekimleri.net, Nisan 2014, s:12-15. (www.ailehekimleri.net).
86. World Medical Association. Medical Ethics Manuel. 2nd ed. Ferney-Voltaire Cedex: The World Medical Association; 2009:17-19,68-73,86-91.
87. Güven T, Ersoy N, (Virtues: A New Approach in Medical Ethics), Tıp Etiği 2000;8(1):51-59.
88. Beauchamp TL, Childress JF, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 2009:47-51.
89. Glannon W, Ross L.F, Are doctors altruistic?, J Med Ethics 2002;28:68–69.
90. Mueller P.S, Incorporating Professionalism into Medical Education: The Mayo Clinic Experience, Keio J Med 58 (3) : 133–143, 2009.
91. Uçar M, Ataç A, Yıldırım V, Hasta Memnuniyeti ile İlgili Bir Araştırma, Erdemir Demirhan A, Uzel İ, Öncel Ö, Oğuz Y, Aksoy Ş, Şahinoğlu S, Kadioğlu S, Örnek Büken

N, Doğan H, Yetener M, Atıcı E. Uluslararası Katılımlı, III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kitabı Cilt 2, Biyoetik Derneği Yayınları, 2003: 1202.

92. Pérez-Cárceles MD, Pereñiguez JE, Osuna E, Luna A, Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care, J Med Ethics. 2005;31(9):531-5.
93. Aydemir İ, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, 2010.

HEKİMLERİN MESLEKİ PROFESYONELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

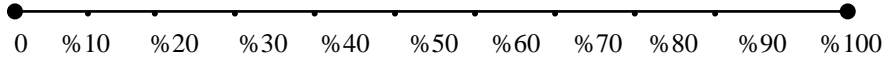
ANKET FORMU

Değerli katılımcı, tez çalışmamla ilgili sorulardan oluşan anketi cevaplayarak destek verdiğiniz için teşekkür ederim. Bu veriler kişisel bilgilerle ilişkilendirilmeyecek, sadece bilimsel amaç için kullanılacaktır.

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet:
- 3) Çalıştığı klinik:
- 4) Görevi:
- 5) Ünvanı:

6) Kliniğinizde çalışan hekim tedavi düzenlerken temel tıbbi kaynaklardan ve klinikte çalışan diğer hekimlerin deneyimlerinden farklı olsa da kendi deneyimlerine göre tedavi düzenliyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

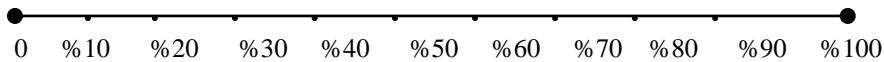


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

7) Kliniğinizde çalışan hekim gönüllü olarak asistan, intörnler veya yardımcı sağlık personeli için kendi branşı ile ilgili eğitici konferanslar düzenliyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

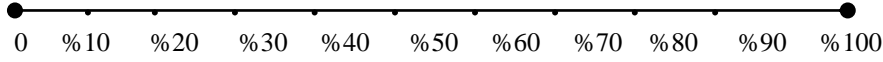


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 8) Kıdemli doktor yeni başlayan doktordan santral kateter takma, göğüs tüpü takma, parasentez yapma gibi yeni asistanın daha önce yapmadığı girişimleri yapmasını istiyor. Kıdemli doktor girişimin tekniğini açıklıyor ve yeni doktor bu girişimi yaparken yanından ayrılıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

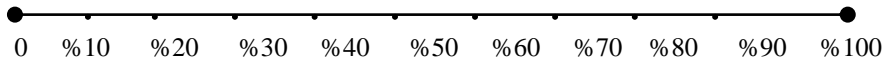


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 9) Kliniğinizde çalışan hekim klinikte alt kıdemdeki diğer hekimlere ve yardımcı personeline sesini yükselterek konuşma veya aşağılama gibi uygunsuz davranışlarda bulunarak onları utandırıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

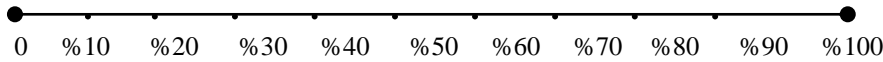


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 10) Kliniğinizdeki hekim nöbet sonrası sabah toplantılarına katılmayı reddediyor. Nöbeti devir alacak ekibe hasta ile ilgili gerekli notları vererek çalıştığı klinikten ayrılıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

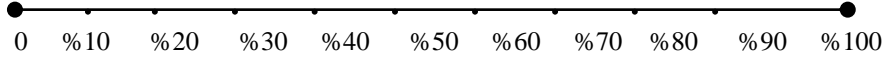


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 11) Kliniğinizde çalışan hekim çalışma saati içinde ilaç mümessillerinin çalışmasına izin veriyor. Bu nedenle ilaç mümessilleri de hekimden randevu almadan ziyarete geliyor. Hekime düzenli olarak hediyeler veriyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

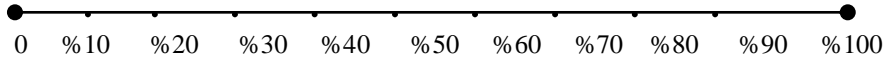


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 12) Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı personeline veya hastalarına karşı cinsel açıdan uygunsuz davranışlarda bulunuyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

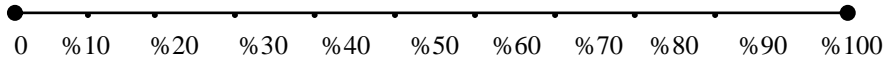


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

- 13) Kliniğinizde çalışan hekim çalıştığı servise, özel işlerinden dolayı ya da özel klinikte de çalıştığı için bazen uğramıyor ve işlerin aksamasına neden oluyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

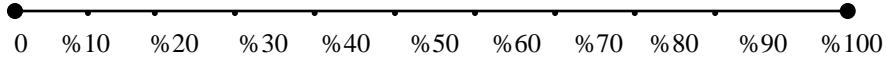


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

14) Kliniğinizde çalışan hekim hastaya hastalığının sonuçları ile ilgili bilgi verip hastaya soru sorma hakkı vermeden hemen oradan ayrılıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

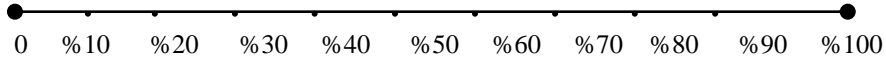


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

15) Kliniğinizde çalışan hekim uluslararası temel tıbbi kaynaklara göre değeri olmayan ve piyasaya göre daha pahalı olan yeni ilaçları sürekli reçete ediyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

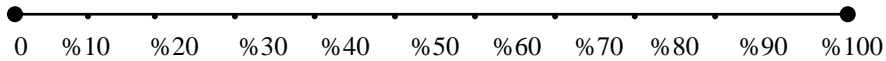


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

16) Kliniğinizde çalışan hekim, hastadan izin almaksızın hastanın sağlık durumu ile ilgili hasta yakınlarına bilgi veriyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

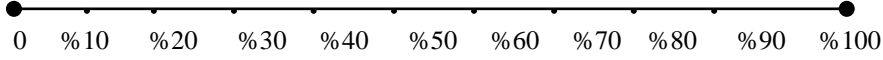


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

17) Kliniğinizde çalışan hekim hastaların gönüllü olarak getirdikleri hediyeleri kabul ediyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

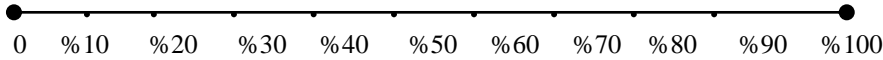


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

18) Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, çok gerekli olmadığı halde ilaç tedavisi başlıyor veya daha sonraki bir tedavi seçeneği olmasına rağmen hastaya cerrahi tedavi planlıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

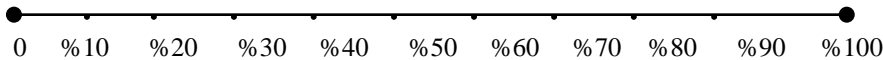


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

19) Kliniğinizde çalışan hekim tedavi uygulamalarında tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmıyor, tedaviye karar verirken hastanın fikrini almıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

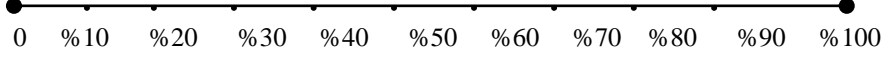


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

20) Kliniğinizde çalışan hekim hastasına, verdiği tedavinin etkinliği ve yan etkileri konusunda bilgi vermiyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

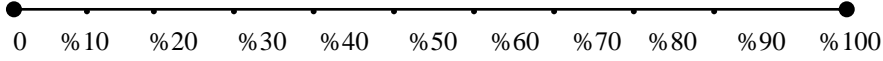


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

21) Kliniğinizde çalışan hekim, kanser gibi ciddi hastalıklarda tanıyı hastadan gizliyor. Konuyu yalnızca hastanın yakınları ile paylaşıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

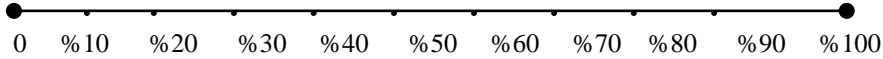


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

22) Kliniğinizde çalışan hekim sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu durumlarda, mevcut personel ya da tıbbi malzemeyi en uygun şekilde kullanabiliyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

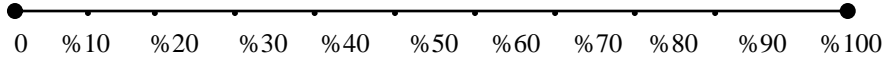


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

23) Kliniğinizde çalışan hekim, hastalar arasında cinsiyet, din ve etnik ayrımcılık yapıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

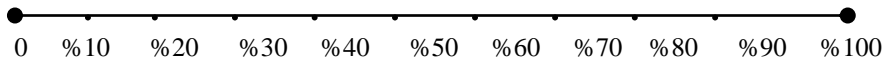


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

24) Kliniğinizde çalışan hekim hastasının hastalığı ile ilgili yaşadığı travmayı dikkate almıyor, hastanın hissettiklerini önemsemiyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

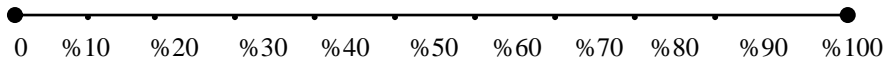


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

25) Kliniğinizde çalışan hekim hastalarından çeşitli hediyeler talep ediyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

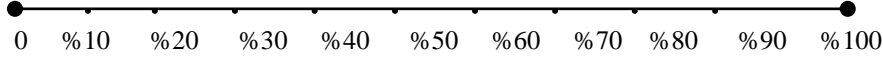


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

26) Kliniğinizde çalışan hekim, çalıştığı polikliniğe veya servise geç gelerek hastalarını bekletiyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

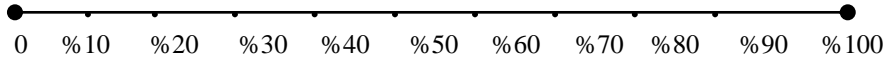


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

27) Kliniğinizde çalışan hekim hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için fedakârlıkta bulunuyor (örneğin, mesai bitmesine rağmen bekleyen hastaların muayenesini yapıyor).

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

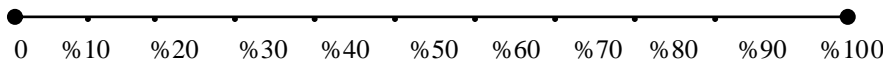


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

28) Kliniğinizde çalışan hekim, hasta muayenesi ve tedavi girişimleri sırasında hasta mahremiyetine gerekli özeni göstermiyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?

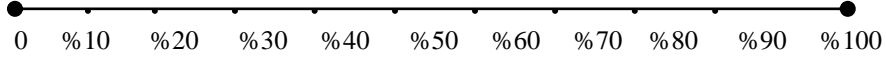


Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

29) Kliniğinizde çalışan hekim klinikte görev dağılımı yaparken çalışanlarla olan bireysel ilişkilerine göre hareket ediyor, herkese eşit davranmıyor.

Çalıştığınız klinikte bu durum ne kadar sıklıkla yaşanmaktadır?



Bu davranış ne kadar kabul edilebilir?

- 1) Kesinlikle kabul edilemez
- 2) Kabul edilemez
- 3) Kararsızım
- 4) Kabul edilebilir
- 5) Kesinlikle kabul edilebilir

TEŞEKKÜRLER



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/796

27.12.2013

Sayın : Prof. Dr. Füsun YARIŞ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hekimlerin mesleki profesyonelliğinin değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KA EK 2013/486 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.12.2013 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Doç.Dr.A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkan Yrd.

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: HEKİMLERİN MESLEKİ PROFESYONELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta-hekim ilişkisinin dengeli bir şekilde sürdürülmesi hem hastanın hekime olan güveninin sağlanması hem de hekimin mesleki doyuma ulaşması açısından oldukça önemlidir. Hasta-hekim ilişkisinde hekimin etik davranması profesyonellik için ana unsurlardan biridir ve bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde hayati önem taşımaktadır.

Bu amaçla profesyonellik için ölçüm kriteri olarak seçilen sorulardan oluşturulan anket formunun, hastanemiz kliniğinde çalışan hekim ve hemşireler tarafından doldurulması istenmektedir. Bunun dışında katılımcılardan herhangi bir şey talep edilmeyecektir. Yapılan bu çalışmada sonuçlar sadece bu araştırma için kullanılacak, kişisel bilgilerle ilişkilendirilmeyecektir. Gönüllü araştırmaya katılmak istemediği durumda anketi doldurmayabilir. Çalışma süreci içinde herhangi bir nedenle başvurulmak istenirse; Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, asistan doktor Fatma Nihal Yoloğlu'na 05055824153 numaralı telefonda veya fna.yologlu@hotmail.com adresinden ulaşılabilir.